

Rui Alexandre Pires Nunes

TRABALHO DE PROJETO

Perceção dos enfermeiros das suas competências na otimização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência – estudo de caso.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

MÉDICO CIRÚRGICA

7ª Edição

Orientação: Professor Doutor João Duarte.

Professora Doutora Madalena Cunha.



Viseu

Fevereiro de 2021

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, 7ª ed.

Rui Alexandre Pires Nunes

TRABALHO DE PROJECTO

Perceção dos enfermeiros das suas competências na
otimização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência –
estudo de caso

Orientação: Professor Doutor João Duarte.

Professora Doutora Madalena Cunha.

Viseu

Fevereiro de 2021

“Onde as necessidades do mundo e os seus talentos se cruzam,

aí está a sua vocação.”

(Aristóteles)

“Equidistantes dos átomos e das estrelas,

estamos a expandir os nossos horizontes de exploração

para abrangermos tanto o infinitamente pequeno como o infinitamente grande.”

Carl Sagan (1988)

Dedicatória

À minha Mãe,

Pela sua forma particular de me estimular o gosto pela minha profissão.

Ao meu Pai,

Por me estimular o gosto pelos livros e pelo saber.

A ambos, à Tina e ao Mané,

Por todas as bases do que sou.

À “Ti” Júlia,

Pelo apoio e suporte.

À Telma, ao Abel e à Diana,

Por me fazerem voltar a acreditar...

Que o meu empenho e dedicação possa constituir exemplo

e inspiração ao longo do vosso caminho.

À Ana,

Por todos os momentos, todos os gestos e todas as palavras e, sobretudo,

por tudo o que as palavras não são capazes de abarcar.

A minha imensa Gratidão!

Agradecimento

Concluído que está este Trabalho de Projeto, cabe aqui um agradecimento formal à Excelentíssima Senhora Professora Doutora Madalena Cunha e ao Excelentíssimo Senhor Professor Doutor João Duarte, meus Orientadores, pelo seu rigoroso nível científico, pela sua disponibilidade, dedicação e empenho, pelo incentivo e a confiança, pelas análises críticas e pelo rigor do acompanhamento, por incutirem sempre confiança no meu trabalho permitindo, passo por passo, a realização de todas as etapas subjacentes ao trabalho.

Prefácio

A atribuição do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o corolário de um percurso de superação. Muito mais que um Grau Académico, sem tal menosprezar, é por mim visto como um patamar maior de crescimento pessoal e profissional como enfermeiro.

Muito cedo, no meu percurso estudantil, e de vida, eu percebi o que queria fazer no futuro. Ainda na juventude decidi - queria trabalhar num hospital a ajudar as pessoas.

Num percurso mais ou menos sinuoso haveria de ingressar no Curso Superior de Enfermagem. No qual, num dos primeiros Ensinos Clínicos, um doente a quem cuidei, após os cuidados de higiene, e enquanto lhe calçava os chinelos, ajoelhado à sua frente, me disse tocando-me no ombro: “Você é meu amigo.”. O Sr. “António”, na altura com 90 e tal anos, dizia-me - um miúdo desconhecido de 19, que o tinha tratado bem, ao ponto de me considerar no âmbito de uma das mais fortes e bonitas ligações relacionais entre pessoas - a amizade. Nesse momento tomei consciência de mim, pensando: “Devo estar a fazer bem!”

Nunca mais deixei de encetar esforços na perseguição dessa noção, dessa consciência, de exercer com excelência a minha profissão - a Enfermagem. Digo muita vez, com um sorriso, que tenho a imensa felicidade de fazer o que gosto e de gostar do que faço.

Passados quase 20 anos de profissão, 16 dos quais num serviço de urgência, entendi que estava pronto, e era altura, de ingressar num Curso de Especialização em Enfermagem e conseqüente Mestrado. Estava preparado para ser Enfermeiro Especialista.

Um longo, porque acidentado, percurso curricular e académico, repleto de importantes acontecimentos, aprendizagens e pessoas. Em paralelo, a nível profissional, sai de um serviço onde me sentia realizado, ingressando noutra, contrariado, mas onde aprendi imenso, num processo que interrompeu e desviou o trajeto mas que enriqueceu profundamente o caminho. Depois outra mudança para hoje estar integrado num serviço e numa instituição que me realiza pessoal e profissionalmente, à qual pretendo dar todo o meu empenho e contributo, sendo este trabalho reflexo de tal. O rumo mantém-se inalterado.

Pelo meio, transversalmente, um projeto familiar Maior...

O que busquei, acredito que consegui – competência em Enfermagem, entendida como um conhecimento aprofundado e reconhecido que confere um sentimento de Mestria, uma habilidade para gerir na complexidade, e uma capacidade de exercer, planificar e decidir.

Porque faço das conversas lições, e porque este percurso assenta em múltiplas e imensas lições, e maiores aprendizagens, a todos quantos me ajudaram a chegar aqui, expresso, ainda que o sentimento transborde a dimensão das palavras, a minha gratidão.

Fevereiro de 2021

Resumo

Enquadramento: A atualidade, impôs aos Serviços de Urgência novos desafios organizacionais e de condutas profissionais, com a necessidade imperativa de se reinventarem para encontrar soluções que dessem resposta ao fluxo de doentes no contexto da Pandemia por doença pelo novo coronavírus (COVID-19) e ainda assim manter a atividade assistencial normal. Para além desta nova realidade, mantêm-se os velhos problemas dos Serviços de Urgência, muitas vezes em sobrelotação e com constrangimentos relacionados com os fluxos de doentes no SU.

Objetivos: Propor Projeto de Intervenção, elaborado sob a Metodologia de Projeto, focado na otimização de circuito de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência.

Analisar a perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU.

Metodologia: Tendo identificado, por prática reflexiva no âmbito do Curso de Mestrado, uma realidade que se nos afigura como um problema passível de resolução – constrangimentos nos circuitos de encaminhamento de doentes no SU, propusemo-nos analisá-lo sob uma abordagem enquadrável na Metodologia de Trabalho de Projeto desenvolvendo um Projeto de Intervenção.

Procurámos fundamentar com conhecimento científico a concordância com identificação de necessidade de melhorias nos processos internos do Serviço de Urgência e a existência de competências dos enfermeiros para realizar a otimização dos circuitos dos doentes. Por outro lado interessa saber o que pensam os enfermeiros, para verificar se identificam a necessidade de otimização dos circuitos de doentes e se terão a noção de que detêm competência nessa matéria. Propomos a realização um estudo de natureza qualitativa, de cariz exploratório e de análise descritiva, sob a forma de estudo de caso, no qual a opinião dos enfermeiros será recolhida através entrevista semiestruturada e os dados tratados estatisticamente e através de análise de conteúdo.

Resultados: Desenvolvemos Projeto de Intervenção que acreditamos ter potencial de melhoria dos circuitos de encaminhamento de doentes e na qualidade dos cuidados centrados na pessoa.

Conclusão: Do trabalho de pesquisa realizado e pela análise dos contributos à compreensão da problemática, constatámos que existe necessidade de otimização nos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, e que há evidência de que os enfermeiros detêm competência na otimização desses circuitos de doentes no SU. A intervenção dos enfermeiros, para além de potenciar a melhoria da qualidade assistencial do SU, constitui-se um meio de afirmação da autonomia da enfermagem desenvolvendo oportunidades para o Cuidar.

Palavras-chave: enfermagem; competência dos enfermeiros; serviço de urgência e emergência; circuitos de doentes.

Abstract

Background: These days, have imposed to the Emergency Department new organizational and professional challenges, with the imperative need to reinvent themselves to find solutions that respond to the flow of patients in the context of Pandemic due to the disease by the new coronavirus (COVID-19) and yet maintain normal assistance activity. In addition to this new reality, the old problems of the ED remain, often overcrowded and with constraints related to patient flows in the SU.

Objectives: Propose an Intervention Project, developed under the Project Methodology, focused on optimizing the circuit for referring patients to the Emergency Department.

Analyze the perception of nurses in the Emergency Department regarding their intervention skills in the optimization of patient referral circuits.

Methodology: Having identified, through reflective practice in the context of the Master's Course, a reality that seems to us to be a problem that can be solved - constraints in the patient referral circuits in the SU, we proposed to analyze it under an approach that fits in the Work Methodology Project by developing an Intervention Project.

We sought to substantiate with scientific knowledge the agreement with the identification of the need for improvements in the internal processes of the Emergency Department and the existence of nurses skills to optimize the circuits of patients. On the other hand, it is interesting to know what nurses think, to check if they identify the need to optimize patient circuits and if they will have the notion that they have competence in this matter.

We propose to conduct a qualitative study, exploratory and descriptive analysis, in the form of a case study, in which the nurses' opinion will be collected through semi-structured interviews and the data treated statistically and through content analysis.

Results: We have developed an Intervention Project that we believe has the potential to improve patient referral circuits and the quality of person-centered care.

Conclusion: From the research work carried out and the analysis of the contributions to the understanding of the problem, we found that there is a need for optimization in the patient referral circuits in the Emergency Department, and that there is evidence that nurses have competence in the optimization of these patient circuits. in the SU. The nurses' intervention, in addition to enhancing the improvement of the care quality of the US, constitutes a means of affirming the autonomy of nursing by developing opportunities for Caring.

Keywords: nursing; nurses skills; urgency and emergency service; patient circuits.

Índice

Introdução	1
Parte I - Enunciado da problemática	5
1- Competências dos enfermeiros e os circuitos de doentes nos Serviços de Urgência..	7
Parte II- Enquadramento teórico	15
2- Serviço de Urgência.....	17
2.1.- Contexto de Regulamentação.....	20
2.2- Contexto Estrutural	23
2.3- Contexto de Funcionamento	25
3- Circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência.....	31
4- Imperativo da busca continua da Qualidade	35
5- Pertinência da intervenção nos circuitos de doentes	41
6- Enfermagem nos circuitos de doentes do Serviço de Urgência	47
7- Cuidar no Serviço de Urgência	55
Parte III- Projeto de Intervenção	61
8- Projeto de intervenção de otimização de circuito de encaminhamento de doentes.	63
8.1- Caracterização do contexto objeto de estudo	64
8.2- Diagnóstico de situação	68
8.3- Definição de objetivos	68
8.4- Planeamento de intervenção	69
8.5- Execução e avaliação	71
8.6- Divulgação de resultados	72
Parte IV- Metodologia	73
9- Métodos	75
9.1- Construção do modelo de análise.....	77
9.2- Tipo de Estudo	79
9.3- Participantes no estudo	83
9.4- Instrumento de colheita de dados.....	84
9.5- Aplicação do instrumento de colheita dos dados	85
10- Tratamento dos dados.....	87
11- Procedimentos ético-legais e deontológicos.....	89
Conclusão	91
Referências Bibliográficas	93

Anexos.....	102
Anexo 1 – Pedido de autorização para realização de entrevistas ao Conselho de Administração do Hospital.....	104
Anexo 2 – Pedido de autorização para realização de entrevistas à Comissão de Ética	117
Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado	121
Anexo 4 – Instrumento de Recolha de Dados.....	125
Anexo 5 – Projeto de intervenção proposto como exemplo de melhoria.....	129
Anexo 6 – Cronograma de Atividades	136

Índice de Figuras

Fig. 1 – Fluxograma de encaminhamento de doentes no SU (DGIS 2007)	25
Fig. 2 - Fluxograma de encaminhamento de doentes no SU (DGS 2018)	27
Fig. 3 – Extratos de plantas funcionais dos Planos de Emergência Interna e Externa do Serviço de Urgência (CHUC, 2018)	68
Fig. 4 - Modelo de análise da temática em investigação (elaboração própria)	79

Índice de Siglas

AVC -	Acidente Vascular Cerebral
CNRU -	Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> (Doença por Coronavírus – 2019)
CRRNEU -	Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência
DGS -	Direção Gral de Saúde
EAM-	Enfarte Agudo do Miocárdio
GPT-	Grupo Português de Triagem
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</i> (Síndrome respiratória aguda grave por coronavírus 2)
SU -	Serviço de Urgência
SUB -	Serviço de Urgência Básica
SUMC -	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
SUP -	Serviço de Urgência Polivalente

Introdução

Ao Homem¹ exige-se que tome a iniciativa de duvidar de todas as coisas em que encontre a mínima suspeita, e que esta dúvida, que se defende seja provisória, metódica e voluntária, se consista como um meio ou um caminho seguro para a certeza. Assim defendia Descartes, na sua obra fundamental *Discurso do Método*, a dúvida cartesiana, enquanto processo intelectual de obtenção do conhecimento, distinguindo-a da dúvida cética, por quanto esta era definitiva, um fim em si mesmo, uma vez que os cétricos duvidam por duvidar (Guimarães, 1987). A dúvida cartesiana constituir-se-ia precursora do método científico.

“Vivemos o nosso quotidiano sem entendermos quase nada do mundo” escreveu o famoso cientista Carl Sagan, na introdução do livro *Breve História do Tempo – do Big Bang aos Buracos Negros*, de Stephen W. Hawking (1988). Aqueles autores defendem que refletimos pouco sobre as questões fundamentais da nossa existência e que poucos de nós dedicam algum tempo a indagar porque é que determinada natureza é assim ou se haverá limites definidos para o conhecimento humano (Hawking, 1988).

O presente Trabalho de Projeto cumpre o objetivo maior de refletir sobre as práticas de Enfermagem, inserida num ambiente de prática específico – o Serviço de Urgência, procurando a mestria do entendimento sobre questões relacionadas com as competências dos enfermeiros e na prestação de cuidados diferenciados à Pessoa em Situação Crítica, em particular em contexto do Serviço de Urgência.

Assim, na prossecução de estudos integrados no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica surge o Trabalho de Projeto. Esta componente destes estudos assume-se como um período privilegiado e de relevância na globalidade da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-metodológica consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à Pessoa em Situação Crítica.

¹ Ainda que a linguagem inclusiva atual questione a utilização da referência “Homem”, como representante do homem e da mulher, optou-se por manter o sentido paradigmático original.

Por se enquadrar na área científica do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, como forma de integrara as competências e os conhecimentos adquiridos ao longo do Curso, propomos a realização de Projeto de Intervenção elaborado sob a Metodologia de Projeto, que, sendo fundamentada em adequado enquadramento teórico e metodológico, lhe atribui características e valor científico (Sousa e Baptista, 2014), e tratando-se de um trabalho original e especialmente realizado para este fim, responde aos requisitos para obtenção do Grau de Mestre.

No que se refere à Pessoa em Situação Crítica, na primeira linha da resposta hospitalar, surge o Serviço de Urgência, que geralmente se acredita poder dar resposta a praticamente todas as situações de doença, e não só, pois que lhe é reconhecida a capacidade de prestar cuidados apropriados e atempados 24 horas por dia, sete dias por semana. Devido a essa convicção, que gera uso inadequado, mas também por constrangimentos vários no fluxo de doentes ao entrar, no processamento interno e ao sair dos Serviços de Urgência, estes vêm-se atualmente confrontados por problemas de sobrelotação que condicionam a qualidade geral dos cuidados de saúde aí prestados.

Assim, e porque este é um tema de particular interesse e importância para o autor, por exercer funções num Serviço de Urgência Polivalente, e porque é de crucial relevância no contexto dos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, propomo-nos com este projeto analisar aspetos relacionados com percurso da pessoa doente no SU, em particular nos circuitos desenhados para dar resposta às diferentes intervenções de que o doente necessita e ao papel dos enfermeiros na sua otimização.

Para tal pretendemos responder à questão central da investigação:

«Que perceção manifestam os enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente à sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU?»

E, nesse sentido, pretendemos cumprir os objetivos gerais de

«Propor Projeto de Intervenção, elaborado sob a Metodologia de Projeto, focado na otimização de circuito de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência» e

«Analisar a perceção manifestada pelos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU».

Com o presente projeto pretendemos, para além explanar o assunto em análise com vista à sua compreensão, defender a proposição de que os enfermeiros possuem, nesta área específica, mais competências do que aquelas que de fato acreditam ter e de que fazem uso, sendo que o uso pleno das suas competências é forma de a Enfermagem afirmar a sua identidade e autonomia. Nesse pressuposto elaborou-se o Projeto de Intervenção buscando aplicar aquelas competências à resolução de um problema concreto da prática profissional.

Assim, iniciado com a necessária introdução ao trabalho desenvolvido, na qual se convida a leitura e atenção ao mesmo, e terminado com conclusão, o corpo do projeto constitui-se em quatro partes: enunciado da problemática, enquadramento teórico, projeto de intervenção e metodologia.

Na parte I, Enunciado da Problemática, faz-se a contextualização geral do tema, as motivações do investigador e o caminho escolhido para a prossecução da investigação.

No Enquadramento Teórico, Parte II, procurou-se fazer uma revisão do conhecimento sobre o tema, cumprindo-se a seguinte lógica dedutiva: partindo do conceito e realidade dos Serviços de Urgência, abordámos um aspeto particular do seu funcionamento com interesse para este projeto - o circuito interno de doentes, seguidamente invocamos o imperativo da melhoria da qualidade como motivação maior para o esforço de melhoria continua da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem em particular, após o que nos concentrámos em analisar os referidos circuitos na perspetiva de identificar constrangimentos solucionáveis, enquanto campo de ação no âmbito deste projeto, por último defendemos a evidência das competências dos enfermeiros na otimização dos circuitos dos doentes no contexto da prestação de cuidados de enfermagem no SU, e a imperiosa demanda profissional de Cuidar a pessoa doente.

A apresentação do Projeto de Intervenção elaborado surge em pormenor na Parte III – Projeto de Intervenção, fazendo-se a descrição da metodologia e das etapas processuais desenvolvidas.

Na Parte VI – Metodologia, faz-se a explanação do desenho geral do estudo que se projeta realizar, no que se refere ao modelo de análise, tipo de estudo, questões de investigação, variáveis, população e amostra, instrumento de colheita de dados e respetivo tratamento.

Na Conclusão faz-se o resumo de algumas ilações que o trabalho desenvolvido nos suscitou, enquanto percurso de aprendizagem e aquisição de conhecimentos e competências. Referimos alguns constrangimentos e limitações, derivadas desse percurso e apresentamos propostas de estudos complementares ou clarificadores da temática.

O Projeto é exequível porque acreditamos que a análise dos dados recolhidos através do instrumento elaborado lhe dará resposta, além de que depende apenas do autor mediante autorização das entidades com responsabilidade ética e legal; tem relevância porque procura responder a questões que outros autores tem valorizado nos seus estudos, ainda que não tenhamos encontrado estudos recentes que versem sobre o tema particular, ou pelo menos não nesta forma de abordagem; por ultimo acreditamos na clareza da intenção da investigação, pois busca resposta às inquietações genuínas do autor.

Como refere Lucília Nunes (2019), “*é muito relevante pensar o pensamento de Enfermagem, seja em termos de desenvolvimento de competências, seja em termos de aprofundamento de intervenções e modelos clínicos de cuidados*”, com o presente Trabalho de Projeto, procura-se, humildemente, contribuir para esse mesmo desígnio: pensar o pensamento de Enfermagem, com vista ao desenvolvimento da profissão e do seu fim último – prestar cuidados ao ser humano atendendo às suas necessidades e às suas respostas aos processos de vida, de saúde/doença, de desenvolvimento.

Parte I - Enunciado da problemática

1- Competências dos enfermeiros e os circuitos de doentes nos Serviços de Urgência

“*A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale (...)*” assim começa o texto de um dos maiores e mais famosos tratados sobre a prática de enfermagem em contexto de Serviço de Urgência (Sheehy, 2001). No manual “Enfermagem de Urgência: da teoria à prática”, coordenado por Susan Sheehy (2001), faz-se presente que o serviço de urgência é uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde e que a enfermagem nesse contexto foi das áreas de especialização que mais evoluiu.

O imaginário comum dos enfermeiros atribui a Florence Nightingale a fundação da enfermagem moderna, nomeadamente devido à sistematização que impôs relativamente aos comportamentos da pessoa enfermeiro, assim como à organização dos serviços e grupo profissional, num contexto muito adverso de prestação de cuidados – assistência a soldados feridos na guerra da Crimeia (Vieira, 2008).

Sheehy (2001) cria o paralelismo teórico-conceitual entre a Urgência e o trabalho de Florence Nightingale defendendo que, ao caráter pioneiro do rigor de princípios metodológicos e organização aplicado aos cuidados aos doentes em situações sujeitas a circunstâncias adversas, se compara o serviço de urgência enquanto área da prestação de cuidados altamente diferenciada científica e tecnologicamente, em constante mutação, com pessoas altamente interessadas, cuja organização é uma tarefa desafiadora. A autora refere que “*as pessoas que trabalham na urgência constituem um desafio ímpar para a gestão*”.

O instante oposto ao da fundação da história da Enfermagem moderna - a atualidade, impôs aos Serviços de Urgência novos desafios organizacionais e de condutas profissionais, com a necessidade imperativa de se reinventarem para encontrar soluções que dessem resposta ao fluxo de doentes no contexto da Pandemia por doença pelo novo coronavírus (COVID-19) (DGS, 2020).

A generalidade dos hospitais viu-se obrigado a dar resposta a situações para as quais não estavam preparados, o que resultou num esforço de reorganização de circuitos e de espaços, em particular para lidar com os doentes suspeitos de infeção por COVID-

19, e ainda assim manter a atividade assistencial normal. Reorganização essa com base na implementação de um modelo inovador de abordagem dos doentes com suspeita e confirmação de infecção por SARS-CoV-2 (DGS, 2020).

Esse processo de reorganização impunha que se mobilizasse todos os agentes com responsabilidades e conhecimento na matéria, pretendendo-se sustentada em evidência e continuamente adaptada à evolução epidemiológica (DGS, 2020).

Mas, para além desta nova realidade, os velhos problemas dos Serviços de Urgência ainda se mantêm, nomeadamente o uso inadequado do serviço, em particular por situações de doença aguda não urgente, ou a permanência de doentes a aguardar internamento ou alta, que resulta muitas vezes em sobrelotação e que exacerba os constrangimentos relacionados com os fluxos de doentes no SU.

Assim, enquanto figura central da organização hospitalar, os enfermeiros, nos diferentes patamares hierárquicos e consequentes níveis de decisão, têm a oportunidade de participar com os seus contributos, pois que, a Enfermagem pela sua experiência, representatividade e contributos estratégicos e económicos, é considerada uma classe profissional muito importante nos sistemas de saúde de qualquer país (Jesus, Roque e Amaral, 2015).

Importa, agora, saber se os enfermeiros se sentem empoderados, valorizados e coresponsabilizados para essa participação na organização dos ambientes da prática, em particular em contexto de Serviço de Urgência, no sentido que esses ambientes se constituem como o *“conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem”* (Amaral e Ferreira, 2013).

Há a suspeita de que a resposta poderá ser – não!

Apesar dos ganhos em saúde sensíveis aos contributos da enfermagem, conseguido em parte pela evolução do seu conhecimento científico, continua a não existir, dentro da esfera profissional e fora dela, o reconhecimento da sua autonomia de saber e de intervenção, essa perceção por parte dos enfermeiros influencia a forma como se relacionam e apresentam perante a equipa de saúde (Ribeiro, 2011).

A evolução da prática de enfermagem tem envolvido a extensão do âmbito das funções dos profissionais. No entanto, os profissionais demonstram ceticismo relativamente à utilização da reflexão sobre as práticas porquanto entendem que esta retira tempo à prestação de cuidados (Fernandes e Vareta, 2019).

Estudos demonstram que, apesar do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem ao longo das últimas décadas, prevalece entre os enfermeiros a ideia de que as teorias são irrelevantes para a conceção e prestação dos cuidados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018).

Existe evidência de que parte dos enfermeiros que prestam cuidados demonstram dificuldade em reconhecer a relevância da investigação científica e utilizar os mais recentes resultados dos estudos ou das teorias de enfermagem na sua prática. Parece existir uma diferença percecionada entre o que está patente nos documentos científicos e regulamentares e que se ensina nas escolas e o que se realiza nos contextos de prática clínica (Nunes, 2017).

Tais argumentos parecem justificar que os enfermeiros possam não ter consciência plena da amplitude das suas próprias competências, e que haja repercussão, constituindo-se limitação, dessa circunstância na sua prática profissional nos diferentes contextos.

Porém, há consenso que a prática de enfermagem assenta na integração do conhecimento, por via de um processo reflexivo e crítico, desejavelmente em espiral, conjugando teoria e prática, pois que, do enfermeiro que presta cuidados, se espera que saiba o que está a fazer, porquê e para quê (Nunes, 2017). E exige-se reflexão sobre a prática, cabendo aos enfermeiros refletir nos cuidados prestados buscando a excelência do exercício profissional (OE, 2002).

Sendo certo que nem a prática decorre independentemente da teoria nem a teoria dispensa a realização da prática, essa consciência por parte dos enfermeiros está patente no significativo manancial de estudos científicos e teses por eles produzidos, nos últimos anos, no âmbito da realização de mestrados e doutoramentos em, ou sobre, enfermagem. Dessas investigações, cerca de um terço, versa sobre intervenções e modelos de intervenção (Nunes, 2017).

É inegável a constatação de que os cuidados de saúde têm aumentado muito significativamente a sua complexidade, configurando um desafio para os enfermeiros, pelos contributos exigidos à tomada de decisão, incorporar os resultados da investigação

e integrar novas competências, para fazer face às modificações dos contextos das práticas (Vieira, 2008).

Efetivamente, o ambiente das práticas, entendido como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem, tem sido uma das áreas em foco em investigações recentes. Num estudo realizado em 31 hospitais portugueses, é afirmado que os enfermeiros percecionam como desfavorável a qualidade dos ambientes de prática da maior parte dos hospitais. Sendo que, os dados revelam, entre outros, que as dimensões relacionadas com a participação dos enfermeiros na governação hospitalar e a gestão, liderança e suporte dos enfermeiros, foram das mais críticas. (Jesus, Roque & Amaral (2015).

Deste modo, segundo os mesmos autores, existe a necessidade de uma imediata e profunda intervenção na qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos hospitais portugueses. Em particular nas dimensões adequação de recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação hospitalar e gestão, liderança e apoio dos enfermeiros (Jesus, Roque & Amaral. 2015).

Assim, no que respeita aos Serviços de Urgência, visto como um ambiente de prática específico onde têm lugar intervenções e competências de enfermagem também específicas, e aos seus constrangimentos de funcionamento, nomeadamente na admissão, processamento e saída de doentes, sendo os enfermeiros os profissionais de saúde mais habilitados, de entre os que se encontram a desenvolver a sua atividade de forma exclusiva ao SU e, como tal, todos os dias vivem e possuem consciência do cerne dos problemas (Gonçalves, 2018), são eles os profissionais melhor posicionados para desenvolver esforços de melhoria dos SU, e dos respetivos fluxos de doentes.

Neste sentido, na componente de intervenção no contexto da prática do Trabalho de Projeto, elaborámos um Projeto de Intervenção cujo foco é a otimização dos circuitos de encaminhamento de doentes relacionados com uma área clínica específica do Serviço de Urgência, que se identificou como um problema passível de resolução por metodologia científica, e que consta na forma de esquema resumo sistematizado no Anexo 5.

O Projeto de Intervenção visa a prossecução dos seguintes objetivos:

- Realizar diagnóstico de situação relativamente aos constrangimentos percecionados dos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência;

- Elaborar uma proposta de intervenção resolutiva dos constrangimentos identificados, focado na otimização de circuito de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência;
- Executar sinalização estrutural de apoio à implementação da proposta de intervenção;
- Programar e realizar formação focando aspetos processuais relacionados com os circuitos de encaminhamento de doentes no serviço de Urgência, com vista à sua análise e melhoria;
- Elaboração de cartaz representativo de Algoritmo Universal de Avaliação do Doente Víctima de Doença Súbita (Ponce e Mendes, 2020);
- Auscultação, da opinião dos enfermeiros quanto à pertinência de intervenções de melhoria dos circuitos de doentes.

Consideramos que seria parte importante do projeto de intervenção questionar os enfermeiros quanto à sua noção relativamente às oportunidades de melhoria do problema em análise e das soluções resolutivas propostas. Assim, entendemos ir mais longe desenvolvendo um projeto de trabalho de investigação que por um lado completasse o projeto de intervenção e por outro se constituísse como base científica para a sua validação.

Desse modo, na componente de investigação do presente projeto, pretende-se analisar a perceção que os enfermeiros dos Serviços de Urgência detém relativamente à sua competência profissional, enquanto agente com competência para propiciar a mudança, na definição e organização das dinâmicas dos circuitos de encaminhamento de doentes, dentro do próprio SU, assim como da sua noção relativamente às possibilidades de melhoria dos mesmos. No sentido de que se preconiza que os enfermeiros despendam tempo para refletir sobre as práticas e intervenham nos ambientes de cuidados, com vista à sua melhoria nos diferentes aspetos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com esse propósito definiu-se a seguinte questão central de investigação:

- Que perceções manifestam os enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente à sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU?

Estabelecendo-se como objetivos gerais:

- Analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU.
- Explicar a relação das características profissionais, nomeadamente o tempo de serviço e formação especializada, com a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes.

Para além da investigação relativamente à percepção que os enfermeiros detêm da competência, faz-se a defesa de que de fato a detêm e de que essa prática, de questionar e de procurar a melhoria constante dos circuitos e procedimentos organizacionais do Serviço de Urgência, deva ser uma constante resultante da reflexão das práticas e sobre as práticas e da aplicação da evidência científica.

Os estudos revelam que, apesar da falta de consenso entre os enfermeiros relativamente ao contributo dos referenciais teóricos no exercício profissional, o crescente interesse em utilizar esses referenciais da disciplina para orientar a prática de enfermagem, pode constituir uma oportunidade de definir um novo rumo (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018).

Por outro lado, para além dos aspetos particulares relativamente aos fluxos de doentes no SU, referidos anteriormente, investigações recentes demonstram que, durante a hospitalização da pessoa doente, o foco principal dos enfermeiros e outros profissionais de saúde é resolver o problema agudo, com menor atenção à avaliação de riscos e prevenção de complicações, em particular na pessoa idosa. Para os quais o ambiente hospitalar está associado à sensação de inutilidade, medo e falta de controlo sobre o que acontece. Parece existir a tendência dos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, despendem pouco tempo ao conhecimento da pessoa, sendo tal justificado pelos ambientes clínicos que priorizam a dimensão técnica, como é, por natureza, o Serviço de Urgência (Cruz, Gomes & Parreira, 2017).

Em concordância, entre as características estruturais básicas do modelo dominante de saúde, encontrou-se uma abordagem puramente assistencial onde os doentes são tendencialmente passivos, e no qual se estabelece uma relação assimétrica na qual os profissionais de saúde mantêm o poder. Identifica-se uma visão biomédico-tecnológica que torna a dimensão biopsicossocial dos doentes invisível. Essa visão é justificada pela padronização de protocolos de ação focados apenas nas doenças (Gurrutxaga, 2018).

No entanto, o cuidar no serviço de urgência, tem sido identificado como mais do que saber usar conhecimentos técnicos e científicos, implica também que os profissionais sejam capazes de criar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender o que a pessoa verbaliza e demonstrar disponibilidade (Veríssimo, 2018).

Em estudos recentes à cerca da satisfação dos utentes relativamente ao processo de triagem demonstram que há menor satisfação com a abordagem dos enfermeiros no acolhimento. Tal facto toma particular importância uma vez que o acolhimento à pessoa doente assume significativa relevância no Serviço de Urgência. A primeira impressão, aquando da entrada numa unidade de cuidados hospitalares, marca a pessoa de forma positiva ou negativa e condiciona a apreciação da experiência do que se segue, no seu percurso e período de permanência no SU, assim como acerca do Hospital e do serviço que lhe é prestado (Veríssimo, 2018).

Embora o cuidado seja o cerne da profissão de enfermagem, uma análise do atual contexto social e dos cuidados de saúde demonstrou que é necessário que os enfermeiros realizem um esforço consciente para o preservar, tanto na prática como na gestão dos cuidados, assim como nos contextos de investigação e formação em enfermagem. Será importante o que fizermos, porque a enfermagem é uma parte do sistema de saúde e, para cumprir o desígnio de colocar a pessoa no centro dos cuidados, será importante definir novos papéis, tanto para os enfermeiros como para os doentes beneficiários dos cuidados (Gurrutxaga, 2018).

Face ao exposto, acreditamos que a questão em estudo é pertinente e atual por um lado porque em ciência, e na área da saúde em particular, haverá sempre espaço para melhoria e os esforços nesse sentido serão sempre uteis e recompensadores. Por outro lado, porque a evidência científica, assim como vários documentos normativos atuais, impõem a implementação de padronização de procedimentos e a otimização dos ambientes de práticas, em unidades de prestação de cuidados de saúde, com o envolvimento de todos os profissionais de saúde no âmbito das suas competências

específicas, tendo em consideração que a melhoria contínua é um imperativo que resulta do superior interesse dos cidadãos alvo dos cuidados e um compromisso deontológico. Por outro lado ainda, porque se defende que esta temática poderá constituir-se um campo de afirmação da identidade e autonomia da enfermagem.

Quanto mais formos capazes de aprofundar, modular, descobrir, inventar, sobre a disciplina de enfermagem, mais ganhos terão o cidadão, as famílias, os grupos e as comunidades (Nunes, 2019).

Parte II- Enquadramento teórico

2- Serviço de Urgência

Na atualidade, existe uma expectativa pública de que os Serviços de Urgência são capazes de dar resposta a praticamente todas as situações de doença, e não só, pois que lhe é reconhecida a capacidade de prestar cuidados apropriados e atempados 24 horas por dia, sete dias por semana, tendo a capacidade de proteger e cuidar da população em situações de desastre ou emergências públicas (Gonçalves, 2018). No entanto, o número de episódios de urgência hospitalar constitui o pior indicador de saúde em Portugal, comparado com os países da OCDE (Ponce & Mendes, 2019).

O Serviço de Urgência, é frequentemente utilizado como a principal forma de contacto do doente com o sistema de saúde. Em geral, as pessoas que acreditam que quando afetadas de alguma forma de doença têm o direito de se dirigirem ao SU e de aí serem atendidas e que nenhum profissional pode recusar o atendimento independentemente da gravidade da situação, ainda que haja o conhecimento de que há serviços de saúde específicos para diferentes tipologias de doença (Fernandes, 2016).

Está descrito que, para muitos utentes, o serviço de urgência é a principal fonte de assistência médica, independentemente da gravidade da situação, que geralmente necessita de outro tipo de cuidados, eventualmente menos diferenciados. Algumas das razões que os doentes apontam para esse recurso aos SU são a falta de acesso ao médico de família ou a conveniência da disponibilidade em 24 horas (Oliveira, 2008).

Esta última razão serve também para justificar a utilização dos Serviços de Urgência por grupos sociais desfavorecidos, que vêm nos SU garantia de abrigo (Gonçalves, 2018). Outra das razões apontada é a perceção de gravidade da doença pelo doente, a autoavaliação do estado de doença determina a escolha da tipologia do serviço de saúde procurado (Oliveira, 2006; Fernandes, 2016).

A evidência demonstra que os doentes ditos não urgentes representam cerca de 40% das admissões totais dos SU (GPT, 2009). Valor esse que, com discretas oscilações, se tem mantido constante nos últimos anos e está em linha com a utilização dos Serviços de Urgência a nível internacional, alguma variação pode estar associada a diferenças na definição de tais casos (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018). Esta situação provoca significativos constrangimentos no normal funcionamento dos SU

na tentativa da prossecução do seu fim - a prestação de cuidados aos doentes em situação de urgência e emergência (Jarvis, 2016).

A utilização dos Serviços de Urgência constitui uma preocupação a nível nacional e mundial. Têm sido identificados múltiplos determinantes do acesso ao SU, cuja análise permitirá procurar sugestões com o objetivo de induzir uma utilização racional dos cuidados de saúde o que tenderá a contribuir para a obtenção de importantes ganhos em saúde (Dixe, et al, 2018).

Mas não são só os problemas prévios ao serviço de urgência, ou seja relacionados com o acesso ao SU, que é necessário analisar e resolver. As ineficácias dos SU podem ser abordadas de acordo com diferentes modelos conceptuais de análise, um dos mais difundidos é o modelo “*Input, Throughput and Output*”, ou seja, admissão, processamento e saída, de doentes no SU. O modelo aborda os problemas do fluxo de doentes utilizadores dos SU de acordo essas três categorias. Portanto, o volume, gravidade e o tipo de doentes, estarão categorizados ao nível da admissão, as atividades que dentro do SU interferem com o fluxo de doentes estão incluídos nos fatores de processamento, já os obstáculos que impedem a drenagem dos doentes do SU dizem respeito aos fatores de saída (Bergs et al., 2016 citado por Gonçalves, 2018).

Sob esta perspetiva estão descritos múltiplos constrangimentos do funcionamento dos Serviços de Urgência, desde logo a afluência como atrás descrito, a ineficiência de encaminhamentos e circuitos internos dos doentes no SU, estruturas envelhecidas e inadaptables às exigências atuais, exagerada prescrição de exames auxiliares de diagnóstico, inadequação de recursos humanos, prevalência de elevada demora média dos episódios de urgência, internamento em corredor devido aos atrasos da execução dos internamentos nas enfermarias, dificuldade em drenar os doentes no momento da alta para o exterior, entre outros (Gonçalves, 2018; GT-SU, 2019).

Ainda assim, os serviços de urgência têm vindo a ser reestruturados, não só pela despesa que acarretam para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas também para garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes (Dixe, et al, 2018).

Em Portugal, muita tem sido a produção de regulamentação, dando resposta, de forma mais ou menos consistente, aos relatórios e pareceres de diversos grupos de trabalho e entidades do setor, assim como à produção de estudos de investigação, introduzindo alterações e induzindo ajustes à estrutura e processos com vista à procura da

melhoria da resposta às necessidades das populações nesta área da prestação de cuidados de saúde.

Investigadores em Portugal, tem associado a nomenclatura, patente na regulamentação legislativa, deste serviço de ação médica à sua definição, porquanto o Serviço de Urgência deve dar resposta às situações enquadradas nas definições de urgência e emergência, sendo que a primeira contém a segunda, o que justifica a abrangência do nome. Situação diferente dos países anglo-saxónicos que assumem a definição de Departamento de Emergência ou Sala de Emergência (*Emergency Departments or Emergency Room*) (Machado, 2008).

Assim, importa desde logo, clarificar aqueles conceitos. Sendo diferentes na sua gravidade, entende-se por emergência e urgência, uma situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de se vir a verificar, um compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (DR, 2006).

Esta diferença, defendida por especialistas e assumida pela tutela, condiz com o que tecnicamente se defende, ou seja com o estado da arte. Decorre desta definição, que no que respeita à sua missão, os serviços de urgência, enquanto serviços multidisciplinares e multiprofissionais, têm como objetivo a prestação de cuidados àquelas situações e não outras, ou seja não está destinado a situações que não se enquadrem nos conceitos de urgência ou emergência (Machado, 2008).

O uso inadequado dos Serviços de Urgência resulta muitas vezes em sobrelotação, entendida como a inadequação de recursos disponíveis à procura dos serviços, acarretando constrangimentos para todos os envolvidos – doentes, familiares, profissionais de saúde, instituições. A sobrelotação é hoje reconhecida com um dos principais problemas nos SU portugueses e internacionais, cuja resolução é considerada como uma questão de saúde pública (Jarvis, 2016; Gonçalves, 2018; Dixe, et al, 2018).

Abertos 24 horas por dia, 365 dias por ano, com uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida, com múltiplas situações imprevisíveis, exigindo grande capacidade de flexibilidade de adaptação, os Serviços de Urgência são um desafio para os seus profissionais e para o SNS em geral (GT-SU, 2019).

2.1.- Contexto de Regulamentação

Serviços de Urgência “*são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*”, como está definido no Despacho Normativo n.º 11/2002 de 06 de março, que esclarece que situações de urgência e emergência médicas são definidas como situações cuja gravidade exijam intervenção médica imediata.

Não sendo exaustivos, interessa fazer referência aos principais documentos regulamentares sobre os Serviços de Urgência produzidos em Portugal nos últimos anos, cujos mais importantes ascendem a 1996, aquando da criação da 1ª Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (CNRU) (GT-SU, 2019).

O Despacho 18459/2006 de 30 de julho, corrigido pelo Despacho 24681/2006 e clarificado pelo Despacho 727/2007, do Ministério da Saúde, estabelecem três níveis de hierarquização das Unidades Básicas de Urgência, correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, tendo em conta as necessidades efetivas das populações, as idiossincrasias geográficas e as diversas condições de acessibilidades regionais, a saber: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básica (SUB).

O referido Despacho 18459/2006 de 30 de julho, redefine também os conceitos de emergência e urgência médica fazendo a distinção entre ambos, nomeadamente referindo que se trata de situações clínicas de instalação súbita, sendo que na primeira se verifica compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais e na segunda há risco de compromisso ou falência.

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) clarifica esses conceitos fundamentais, em particular na natureza das intervenções que lhes dão resposta, referindo que urgência se trata de uma situação clínica que exige avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo, e emergência uma situação em que existe risco de perda de vida ou função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo. A CRRNEU realça a distinção das situações pouco urgentes ou não urgentes referindo, inclusivamente, que no que respeita à atividade assistencial dos Serviços de Urgência, sendo que apenas 54% dos casos atendidos são triados como

urgentes, muito urgentes ou emergentes, portanto, os restantes 46% são considerados pouco urgentes ou não urgentes (CRRNEU, 2012).

É através do Despacho n.º 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, (DR, 2014), que se dá a maior fundamentação e impulso ao funcionamento atual dos Serviços de Urgência. Naquele Despacho são definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência, de forma a responder ao doente urgente e emergente, salvaguardando que o sistema de urgência tem por missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes, diferenciando dos Cuidados de Saúde Primários aos quais é atribuída a responsabilidade do atendimento a situações agudas não urgentes. É também definida a Rede de Referência de Urgência e Emergência na qual são definidas competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos de doentes.

Trata-se de um documento legislativo abrangente e agregador, pois que

“determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação” (DR, 2014).

No que respeita aos recursos humanos, o Despacho n.º 10319/2014 (DR, 2014), estabelece objetivos nos quais recomenda a existência preferencial de equipas dedicadas e estabelece mínimos relativos à formação e perfil de competências exigível aos profissionais que exercem funções no SU nas suas diferentes tipologias.

Posteriormente o manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências (2015) publicado pela ACSS refere que o serviço de urgência tem por objetivo *“a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”*.

O Manual de Standards, publicado pela Direção-Geral da Saúde, constitui um referencial de padrões de qualidade, adaptado especificamente para as diferentes tipologias de unidades de saúde, destina-se aos Serviços de Urgência porém assume a designação de Unidades de Urgência e Emergência (DGS, 2016).

Muitos tem sido os organismos e grupos de trabalho, maioritariamente na dependência do Ministério da Saúde mas também relacionados com as ordens profissionais e outras instituições, que tem emitido publicações, pareceres ou documentos de trabalho com vista a contribuir para o desenvolvimento dos Serviços de Urgência. Alguns dos quais com caráter informativo outros constituindo-se recomendações de aplicação.

A Direção Geral da Saúde tem emitido múltiplos documentos, normas, circulares normativas, entre outras, com vista à organização do atendimento aos cidadãos nos Serviços de Saúde. Exemplo de tais documentos são as Normas relacionadas com a implementação de Vias Verdes enquanto procedimentos que dão resposta situações de doença específicas que exigem respostas também diferenciadas cuja padronização e protocolização acresce ganhos para os doentes. Atualmente estão implementadas, mais ou menos consistentemente, as Vias Verdes do Trauma, do AVC, do EAM e da Sepsis (DGS, 2018).

2.2- Contexto Estrutural

Os diversos Serviços de Urgência possuem significativas diferenças entre si, as suas estruturas dependem das instituições que os acolhem, da sua dimensão, contexto histórico e filosofia de gestão.

No entanto, o Serviço de Urgência, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 (DR, 2014), deve, necessariamente, incluir as seguintes áreas: Área de admissão e registo; Área de triagem de prioridades; Área de espera; Área de avaliação clínica; Sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida; Área de Ortopneumologia; Área de curta permanência e observação; Área de informação e comunicação com familiares.

Os requisitos arquitetónicos e técnicos, nos diversos espaços do Serviço de Urgência, devem ser sistematizados com o objetivo de permitir a melhor abordagem, tratamento e estabilização dos doentes, existindo especificidades particularmente relevantes no caso dos Serviços de Urgência Polivalentes. Os espaços de prestação de cuidados deverão ser normalizados no que respeita às logísticas necessárias, aos procedimentos a realizar, aos acessos aos equipamentos e aos posicionamentos das equipas, numa lógica de crescente organização dos cuidados em circuitos de encaminhamento de acordo com situação clínica dos doentes, sendo recomendado, sempre que aplicável, um circuito unidirecional no fluxo de entrada e saída de doentes (ACSS, 2019).

Os Serviço de Urgência, analisados sob o ponto de vista da estrutura, esta deve dar resposta às questões da funcionalidade e organização. A este respeito, importa que a construção dos espaços e dos elementos estruturais, que servem de suporte à execução dos cuidados, permitam o desenvolvimento dos procedimentos baseados nas normas e protocolos de atuação existentes, bem assim como o fluxo de pessoas, aspetos essenciais para a operacionalização dos serviços de urgência (Sebastião, 2019).

Aquando do planeamento das diferentes áreas de trabalho de um Serviço de Urgência, deveria ter-se em consideração a composição da população de utentes e o circuito dos vários subgrupos de doentes fora e dentro do SU. Alguns aspetos particulares deveriam ser acutelados, nomeadamente a existência de uma zona mais tranquila para colocar doentes agitados ou suas famílias, vítimas de abuso e para transmitir más notícias.

Por outro lado, sendo o SU um local de vulnerabilidades comunicativas, seria importante existir uma área que permitisse às equipas o afastamento adequado com vista à troca de informações propiciando o alívio de tensões a resolução de conflitos (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

O Ministério da Saúde através da Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007), organizou um conjunto de recomendações e orientações para o planeamento das estruturas física e funcional do Serviço de Urgência, que publicou num documento de referência denominado “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência”. Nele é apresentada uma listagem exhaustiva dos espaços recomendados para o Serviço de Urgência e é realizada uma descrição das suas características assim como das suas funcionalidades, que quando interligados permite construir um esboço do funcionamento do SU. Tal esboço é incluído no documento com a representação de um fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência (Fig. 1) que, sendo simples, permite de forma visual dar uma ideia dos espaços que o constituem e da sua funcionalidade.

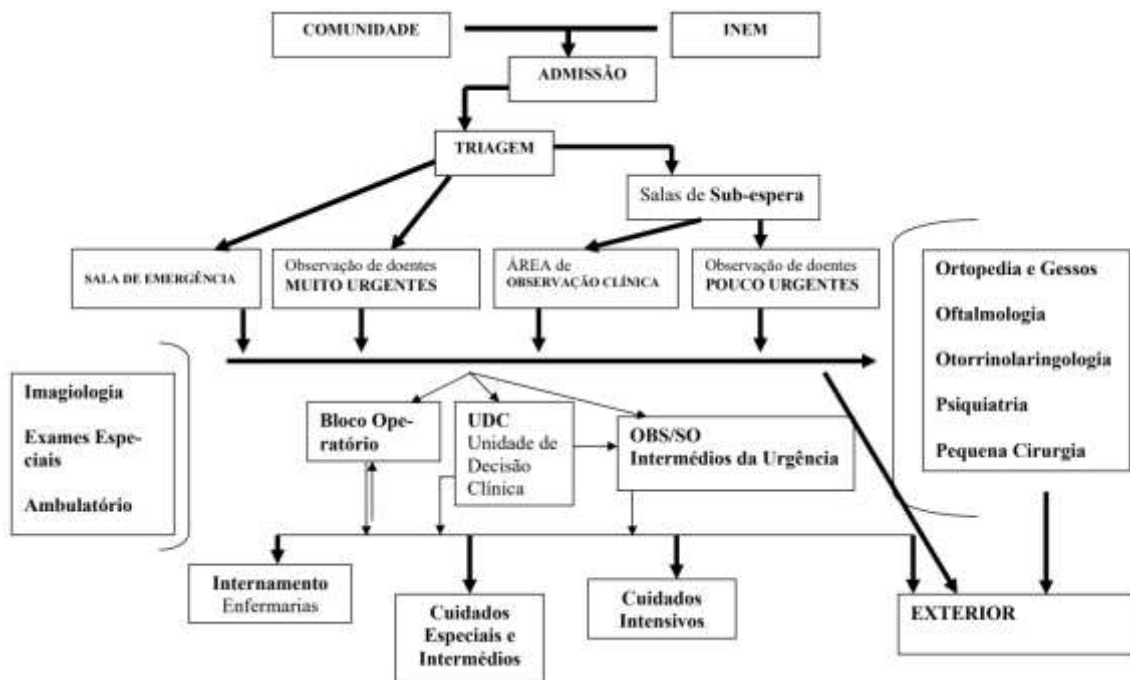


Fig. 1 – Fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência (DGIES, 2007).

2.3- Contexto de Funcionamento

Os Serviços de Urgência estão organizados geograficamente de modo a funcionarem em rede estabelecendo relações de complementaridade, hierarquização e apoio técnico entre instituições garantindo a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, procurando a máxima rentabilização da capacidade instalada, de acordo com a Rede de Serviços de Urgência (GT-SU, 2019).

Tal como estabelecido na legislação em vigor, as unidades de prestação de cuidados de saúde ao doente urgente e emergente estão categorizadas e três níveis de diferenciação, Serviço de Urgência Básico (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (DR, 2014), com características específicas:

“Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, ou como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que, no entanto, exijam transferência para um nível de cuidados mais diferenciado

O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando -se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência

O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.”
(DR, 2014)

Quanto ao funcionamento, é determinado que deve funcionar um sistema de triagem de doentes e devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição clara das atividades que são realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes (DR, 2014).

A generalidade dos Serviços de Urgência, em particular os de grandes dimensões, estão organizados estruturalmente em diversas áreas de observação, para dar resposta ao

processo funcional de separar os doentes em piores condições dos que não apresentam condições tão urgentes (Fig. 1), sendo que a equipa está dividida em grupos de profissionais distribuídos por cada um destes grupos de doentes (GPT, 2009).

A DGS recomenda que se instituem procedimentos uniformizados e algoritmos que fundamentem as tomadas de decisão dos profissionais de saúde dando resposta ao afluxo de doentes, numa atuação centrada em prioridades, com vista ao encaminhamento do doente num circuito interno do SU, para áreas de especialidade ou de gravidade da doença, com o objetivo de facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução de tempos de espera e de permanência no SU, garantindo uma oferta de cuidados ajustada às necessidades e com salvaguarda da qualidade e segurança (DGS, 2018).

Neste contexto os Serviços de Urgência estão obrigados à implementação das Vias Verdes e outros protocolos de atuação produzidos pela Direção Geral da Saúde como forma de otimizar o acesso de doentes com determinadas patologias aos cuidados de saúde urgentes como se ilustra na Fig. 2 (DGS, 2018).

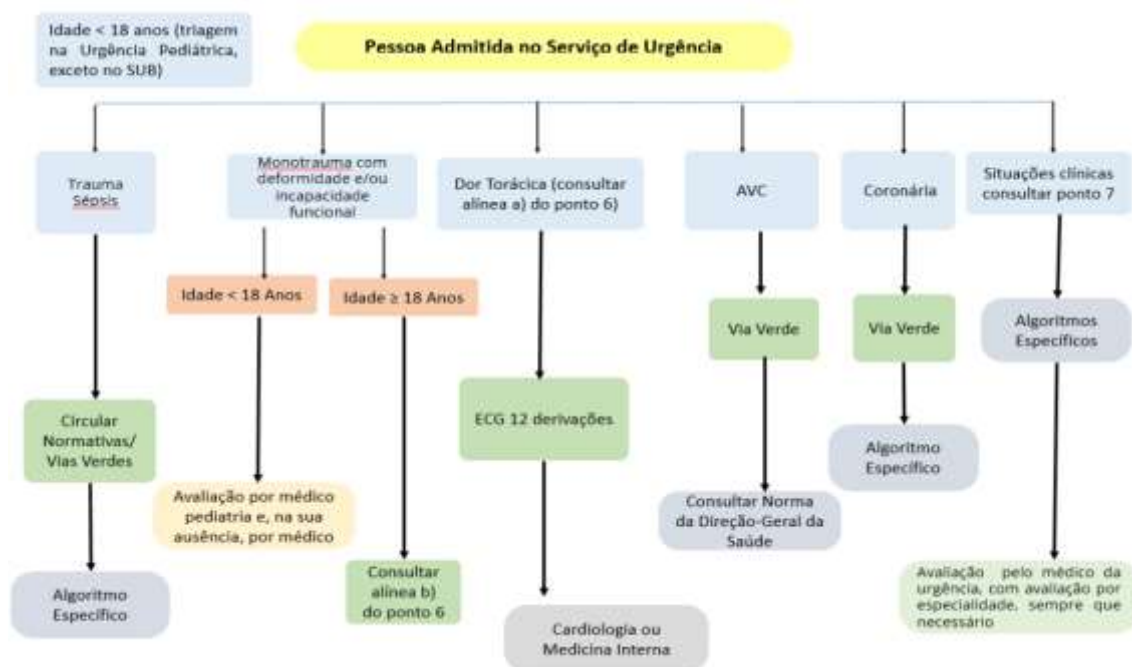


Fig. 2 – Fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência (DGS, 2018).

Os Serviços de Urgência adotaram a triagem como base do seu funcionamento, mas a triagem, por si, só é útil na identificação de doentes de maior risco, é necessário desenvolver ferramentas para gerir o percurso do doente no serviço, propiciando que ele seja encaminhado para o local do serviço mais adequado à situação clínica, de modo a ser observado pelo profissional mais habilitado, criando condições de segurança para a sua avaliação e tratamento (GPT, 2009).

Recomenda-se a implementação de triagem, seguida dos encaminhamentos definidos internamente, mas considerando as Vias Verdes, garantindo o seu cumprimento prioritário. Há evidência de que a ausência de triagem de pessoas poderá constituir um obstáculo ao funcionamento adequado dos serviços de urgência. Pois que a triagem permite identificar precocemente a pessoa que necessita de atendimento urgente de uma forma objetiva e contínua ao longo do tempo e permite ainda integrar vias verdes e normativos nos serviços de urgência e algoritmos clínicos (DGS, 2018).

O método de triagem adotado por parte significativa dos Serviços de Urgência em Portugal, resulta da aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester, criado no Reino Unido em 1997, sendo maioritariamente realizado por enfermeiros (Sebastião, 2019).

Em termos gerais, este método de triagem, proporciona aos profissionais de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica que se baseia na avaliação realizada a partir da queixa apresentada, ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente. A partir da queixa inicial da pessoa, enquadra-se a mesma num dos fluxogramas, 52 no total, criados para dar resposta a quase todas as situações que surgem nos serviços de urgência incluindo situação de catástrofe, no decurso do fluxograma averigua-se sistematicamente a presença de determinados sinais e sintomas, adequados à queixa do doente, através de um breve questionário estruturado em perguntas rápidas, definindo a prioridade clínica a atribuir (GPT, 2009).

O Protocolo de Triagem de Manchester foi criado como uma ferramenta de gestão de risco clínico, que identifica a prioridade clínica dos doentes, após o que o profissional que realiza a triagem, deve decidir para onde encaminhar os doentes no Serviço. Assim, para além da atribuição de uma prioridade, foi identificada a necessidade de desenvolver ferramentas de gestão do percurso do doente no serviço. Tendo em conta que a necessidade de monitorização não cessa após a primeira triagem, é muito importante que qualquer deterioração posterior seja identificada, podendo dar lugar a uma nova avaliação (GPT, 2009).

Como referido, os doentes devem ser encaminhados no SU diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação (DR, 2014), podendo constituir-se modelos diferentes de organização interna, com efeito, nos dois Serviços de Urgência de hospitais de uma grande cidade do centro do país, verifica-se a opção por modelos opostos.

O SU do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC), pertencente ao Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), está internamente dividido estrutural e funcionalmente por áreas diferenciadas por especialidades, a saber: Área Médica 1 e 2, Área Cirúrgica, Ortopedia, Psiquiatria. Já o SU do Hospital Geral do CHUC (que anteriormente pertencia ao Centro Hospitalar de Coimbra, extinto por fusão com os HUC, constituindo-se o atual CHUC, EPE) está organizado por espaços correspondentes à prioridade atribuída, nomeadamente: Zona de Verdes e Azúis, Sala 1 – doentes amarelos, Sala 2 – doentes amarelos e/ou laranja, Sala 3 – doentes com prioridade laranja.²

Assim, no HUC, os doentes, após a triagem, são divididos por tipologia de situação clínica conjugada com aprioridade atribuída para as diferentes áreas em que o SU está organizado. Doentes com queixas tipificadas pelos fluxogramas como cirúrgicas serão encaminhados para a área cirúrgica, doentes que se enquadrem em categoria de patologias médicas serão encaminhados para a área médica. Podendo acontecer que doentes com uma mesma tipologia de doença ou situação, mas de diferentes níveis de prioridade, sejam encaminhados para uma mesma zona do SU. Por exemplo, no contexto do Protocolo de Triagem de Manchester (GPT,2009), em uso no SU, de acordo com o fluxograma – “Ferida”, os doentes com prioridades laranja, amarelo ou verde, podem ser alocados juntos na área cirúrgica. Ou os doentes que apresentem traumatismos das extremidades, fluxograma – “Problemas nos membros”, podem permanecer juntos na área dedicada à Ortopedia, independentemente da prioridade atribuída.

Já no modelo seguido pelo HG, os doentes serão alocados aos diferentes espaços de acordo com a prioridade atribuída, independentemente da tipologia de doença ou da especialidade médica que os irá observar. Deste modo, doentes triados com a mesma prioridade amarelo, serão encaminhados para a Sala 1, onde diferentes especialidades médicas conviverão na observação dos doentes. O mesmo acontecendo com as demais prioridades. De salientar que, em complemento das observações por especialidades

² Dados resultantes da experiência do autor, que desempenhou funções nos dois Serviços de Urgência.

particulares e para condutas com elas relacionados, existem salas de procedimentos com características diferenciadas para dar resposta a essas situações, por exemplo a Sala de Pequena Cirurgia e a Sala de Ortopedia/Gessos.

No entanto, em ambos os SU, e no que respeita aos doentes emergentes, com prioridade vermelho ou laranja com significativos sinais de alarme, por exemplo doentes enquadrados nas Vias Verdes definidas pela DGS, estes serão alocados à Sala de Emergência, onde também não há distinção entre a tipologia da situação clínica, podendo permanecer lado a lado doentes com AVC, EAM e SEPSIS, com doentes Politraumatizados (situações todas elas enquadradas em Vias Verdes de acordo com as recomendações da DGS).

Portanto, ainda que seguindo diferentes modelos organizacionais, o Serviço de Urgência deve permitir e propiciar o desenvolvimento de um processo organizado e sistematizado que se constitua na abordagem da pessoa doente, com o objetivo de identificar em segurança e por ordem de gravidade os problemas existentes, estabelecendo prioridades de atendimento, e a instituição dos processos terapêuticos adequados.

3- Circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência

O Despacho n.º 10319/2014 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de 11 de agosto, reconheceu como obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no serviço de urgência, com o objetivo de que em todos os hospitais exista um sistema de triagem que permita aos profissionais distinguir graus de prioridade dos doentes de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios pré-estabelecidos de tempo até à primeira observação médica. Esta obrigatoriedade é reforçada pelo Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, do mesmo órgão de soberania, que determina a implementação do sistema de triagem de Manchester e estabelece os prazos para que tal aconteça, assim como das respetivas auditorias.

Para além da triagem, devem ser desenvolvidos fluxos de doentes, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição das atividades que são realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes (Despacho n.º 10319/2014).

Também o Grupo Português de Triagem (GPT) (2009), defende que não se deve confundir prioridade clínica com gestão clínica de um doente. Pois que a primeira depende de recolha de informações que permitam a separação dos doentes pelas cinco categorias de prioridade, já a segunda depende de um vasto número de fatores, exigindo uma maior compreensão das necessidades do doente.

Numa visão abrangente dos processos envolvidos na prestação de cuidados no serviço de urgência, aceita-se que o processo de triagem de Manchester é bastante simples – com base na principal queixa, e na resposta a um algoritmo de apoio à decisão, os doentes são colocados numa categoria de triagem e são depois atendidos por ordem de prioridade e tempo de espera. Porém o seguimento do encaminhamento dos doentes no SU depende de muitos outros fatores para além da prioridade clínica (GPT, 2009).

Em concordância, a Direção Geral de Saúde (2018), através da Norma 002/2018, defende que as tomadas de decisão e a uniformização de procedimentos suportadas em algoritmos clínicos, permitem aos profissionais do SU, para além de uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e uma prestação de

cuidados com maior qualidade e segurança e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades.

Esta Norma também argumenta que o encaminhamento interno das situações clínicas deverá ser definido de forma a facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução dos tempos de espera e de permanência no serviço de urgência. (DGS, 2018)

Quer a prioridade clínica como a gestão clínica de um doente no serviço de urgência cumprem o mesmo objetivo de *“proporcionar aos doentes os cuidados no tempo certo pelo profissional mais habilitado, no local do serviço adequado à situação clínica, criando condições de segurança para a sua avaliação e tratamento”* (GPT, 2009).

Do mesmo modo que a forma como o doente chega ao SU nem sempre corresponde á gravidade da situação, por exemplo há doentes com queixas triviais que chamam o 112, sendo transportados em ambulância, e outros, com queixas que podem indicar a presença de enfarte de miocárdio, que chegam por meio próprio. Também dentro da mesma categoria de prioridade existem doentes com diferentes necessidades dependendo da situação clínica, requerendo diferentes abordagens.

De facto, é necessária uma observação e reavaliação constante salvaguardando a identificação dos doentes cuja condição se esteja a alterar após a triagem. Sendo a triagem um processo dinâmico, os doentes precisam de ser frequentemente reavaliados. A situação do doente pode alterar-se após a realização de um procedimento, ou apenas devido à evolução da situação no tempo (GPT, 2009).

Há evidência que, perante a pessoa em situação crítica admitida em Serviço de Urgência, a avaliação correta, com conseqüente estratificação, e a reavaliação permanente com instituição de estratégias terapêuticas adequadas, influenciam significativamente a mortalidade (DGS, 2010; DGS, 2016; DGS, 2018).

O Grupo de Trabalho – Serviço de Urgência (GT-SU) (Ministério da Saúde, 2019), constituído por Despacho n.º 696/2019 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, publicou um relatório em que analisa os modelos organizativos de funcionamento dos Serviços de Urgência. Com o objetivo de otimização da prestação de cuidados urgentes e emergentes, o GT-SU propõe, nesse relatório, um conjunto de medidas corretivas relativa aos principais problemas dos Serviço de Urgência identificados, a saber: Serviços de Urgência que não funcionam como tal (serviços), carecendo de equipas

próprias, formação adequada e liderança; grandeza e tipologia da afluência ao Serviço de Urgência; permanência dos doentes no Serviço de Urgência a aguardar internamento; transporte inter-hospitalar.

Pese embora que tal relatório enumere, sobretudo, problemas do fluxo de doentes antes e depois do Serviço de Urgência, como está explícito nas propostas de implementação, existe também uma proposta de implementação de sistema de indicadores relativos ao funcionamento interno do Serviço de Urgência com vista à monitorização do seu desempenho (Ministério da Saúde, 2019). Ainda que no relatório não tenham sido abordados com profundidade os problemas relacionados com ao fluxo de doentes durante a permanência no SU, os indicadores propostos visam quantificar esses processos, dando pistas sobre aspetos passíveis de ser melhorados. Entre outros, indicam-se de seguida, alguns dos indicadores propostos:

- ✓ Percentagem de doentes admitidos no Serviço de Urgência categorizados em verdes, azuis e brancos, pelo Sistema de Triagem de Manchester;
- ✓ Percentagem de doentes observados dentro dos tempos alvo preconizados pelo Sistema de Triagem de Manchester;
- ✓ Demora média do episódio de urgência;
- ✓ Número de exames complementares por episódio de urgência, indexadas à categorização de prioridade do Sistema de Triagem de Manchester;
- ✓ Número de altas do Serviço de Urgência, indexadas à categorização de prioridade do Sistema de Triagem de Manchester;

É reconhecido que a adoção de medidas relativamente simples e custo-efetivas tem efeitos benéficos na prestação de cuidados aos doentes críticos (DGS, 2010). Desse modo é recomendada pela Direção Geral de Saúde (2010) a implementação de mecanismos organizacionais com o objetivo de facilitar aos profissionais a rápida identificação do estado do doente, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada. Na Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, a Direção Geral de Saúde determina a implementação de norma, de notar que a referida norma separa as vertentes clínica e organizacional.

Com efeito, é universalmente aceite, que perante a pessoa em situação crítica, a avaliação correta, com conseqüente estratificação, e instituição de estratégias terapêuticas precoces, permitem não só a diminuição da mortalidade, mas também a redução substancial de custos (DGS, 2010; DGS, 2016; DGS, 2018).

A implementação alargada de protocolos representa um meio potencial para a melhoria da utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos (DGS, 2016).

4- Imperativo da busca continua da Qualidade

A qualidade é um tema atual, com múltiplas abordagens, porém a sua definição e, por conseguinte, a sua medição, são difíceis. No entanto, parece existir, a esse respeito, um consenso relativamente alargado, em particular no que à qualidade em saúde diz respeito.

Florence Nightingale, no século XIX, terá sido pioneira na abordagem da dimensão da qualidade em saúde. Mas foi Avedis Donabedian, na década de 1960, que desenvolveu a primeira definição composta e consistente, que haveria de se tornar clássica, e que envolvia a tríade – estrutura, processo e resultado (Fragata, 2011).

No Modelo de Donabedian, a estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos, características organizacionais e tipo de administração; o processo refere-se a todas as atividades relacionadas com os cuidados dos serviços de saúde, como o diagnóstico, o tratamento; já os resultados serão as mudanças verificadas no indivíduo ou na população, que podem ser atribuídas aos cuidados de saúde e englobam a mortalidade, qualidade de vida e satisfação de clientes (CHUC, 2017).

Outra via de análise da melhoria contínua da qualidade, numa vertente mais prática, adota um método de abordagem sistemática para a resolução de problemas pela gestão, conhecido como ciclo PDCA, ou ciclo de Deming, por referência ao seu autor, na década de 1980. Utilizando-se a metodologia PDCA - Planear (P – *Plan*), Fazer (D – *Do*), Verificar (C – *Check*) e Corrigir (A – *Act*), desenvolve-se um ciclo de melhoria contínua evitando-se que a avaliação da qualidade seja um momento estático ou pontual, apenas associado ao momento da avaliação (DGS, 2016).

As quatro fases do ciclo PDCA envolvem:

- 1) planear - identificar e analisar o problema;
- 2) executar - desenvolver e testar a potencial solução;
- 3) conferir - medir a eficácia da solução testada e analisar se pode ser melhorada;
- 4) agir - implementar totalmente a solução melhorada.

Sob esta metodologia, todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ter as suas modificações e melhorias implementadas e controladas, e os resultados avaliados de forma cíclica e constante (CHUC, 2017).

Estudos mais recentes propuseram acrescentar ao modelo de Donabedian mais duas componentes referentes à segurança e satisfação dos doentes, na perspetiva que a qualidade em saúde pretende a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente. De modo que a qualidade total em saúde resulte do somatório das componentes - estrutura, processo, resultado, segurança e satisfação dos doentes (Fragata, 2011).

Tendo em conta a crescente complexidade das abordagens da qualidade dos cuidados de saúde, o *Institute of Medicine*, dos Estados Unidos da América, em 2001, estabelecia os componentes fundamentais do modelo de análise da qualidade em saúde, a saber: segurança, acesso a tempo, eficácia, eficiência, equidade e centragem no doente (Fragata, 2011).

Nessa linha, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos (CHUC, 2017).

Em Portugal, qualidade e a segurança no sistema de saúde, tal como determinado no Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio do Ministério da Saúde, que regula a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, “*são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados*”. Sendo a qualidade em saúde definida como “*a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão*” (DR, 2015).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (DR, 2015) adotou, entre outras as seguintes prioridades estratégicas de atuação:

Melhoria da qualidade clínica e organizacional;

Aumento da adesão a normas de orientação clínica;

Reforço da segurança dos doentes;

Monitorização permanente da qualidade e segurança.

Mais qualidade e segurança no sistema de saúde implicam um maior esforço de governação dos decisores e maior envolvimento dos profissionais de saúde e impõe o total empenho e o forte compromisso na redução de custos que não acrescentam valor, na redução de desperdícios e redundâncias, na uniformização de procedimentos, ganhos de eficiência e obtenção de melhores resultados (DR, 2015).

Dando seguimento aos eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a Direção-Geral da Saúde (DGS), implementou um processo de certificação através do qual se verifica e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais (DGS, 2016).

Pretende-se *“favorecer e impulsionar a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados ao cidadão no Sistema Nacional de Saúde, na vertente clínica, de relacionamento com o cidadão, organizacional, processual, de desenvolvimento profissional e da formação contínua”*. Tendo como objetivo último alcançar de forma consistente e sustentável a excelência organizacional e colocá-la ao serviço do cidadão (DGS, 2016).

O Manual de Standards, desenvolvido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, constitui um referencial de padrões de qualidade, adaptado especificamente para as diferentes tipologias de unidades de saúde, fornecendo um instrumento para orientar os profissionais na escolha e introdução de metodologias de gestão da qualidade clínica e da qualidade em geral (DGS, 2016).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais quer por organizações nacionais. Na área da saúde, a qualidade, assume-se como uma tarefa multiprofissional. Ora, o exercício profissional dos enfermeiros insere-se nesse contexto de atuação multiprofissional, sendo que esse exercício é orientado por uma tomada de decisão que implica uma abordagem sistémica e sistemática (OE, 2002). Deste modo, a Enfermagem, definida como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...)”* (OE, 2015), tem importante papel na prossecução da implementação

dos sistemas de qualidade. A qualidade exige reflexão sobre a prática, assim, cabe aos enfermeiros refletir nos cuidados prestados, definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir (OE, 2002).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, no âmbito das suas competências estatutárias, desenvolveu um documento onde define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, dando resposta à necessidade formal e percebida de implementar sistemas de qualidade em saúde, assumindo como uma ação prioritária a definição de uma estratégia que vise a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

Avaliar a qualidade é uma atividade imprescindível ao processo de melhoria contínua, porquanto não só permite tornar visível do nível de qualidade em que se está a operar, como permite as bases para antecipar o que pode ser feito para melhorar o desempenho (CHUC, 2017).

Com vista a proporcionar ferramentas de auxílio aos enfermeiros à implementação de processos de melhoria a Ordem dos Enfermeiros desenvolveu um Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O guião foi elaborado com base no ciclo PDCA, tendo sido adaptado de 4 para 8 fases, para melhor se especificar o pretendido em cada uma delas (OE, 2013). No guião proposto pela OE (2013) é sugerida a adaptação do ciclo original por um com mais etapas:

- 1) identificar e descrever o problema;
- 2) perceber e dimensionar o problema;
- 3) formular objetivos iniciais;
- 4) perceber as causas;
- 5) planear e executar as tarefas/atividades;
- 6) verificar os resultados;
- 7) propor medidas corretivas, regulamentar e treinar a equipa;
- 8) reconhecer e partilhar o sucesso.

O processo de certificação preconizado pela DGS, assume o pressuposto, que lhe serve de ponto de partida, de que existe potencial de melhoria. No modelo metodológico escolhido dá-se particular ênfase para a autoavaliação, convidando os profissionais de saúde a analisar as definições dos standards e o seu propósito, avaliando o seu impacto para a organização e para os processos em que estão envolvidos e refletir sobre eles. Devendo interrogar-se, por exemplo, sobre: “*O que estamos a fazer?*” e “*Que resultados obtemos?*”, para depois, nessa reflexão suportada pelos referencias, se possa chegar à resposta da questão de fundo - “Como os podemos melhorar?” (DGS, 2106).

No que respeita, especificamente, aos Serviços de Urgência, enquanto elementos que constituem o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, existe a obrigatoriedade dos profissionais pugnam por uma melhoria contínua do seu desempenho pessoal e do desempenho das suas organizações e a adoção de ciclos de melhoria contínua. Os serviços devem possuir critérios de qualidade que constituam informação objetiva e comparada, sob a forma de indicadores simples e de fácil interpretação. Todos os SU devem assegurar funções de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a performance do Serviço, baseando-se nomeadamente nos Indicadores de Qualidade (DR, 2014).

5- Pertinência da intervenção nos circuitos de doentes

Os cuidados de saúde representam uma atividade de grupo, exercida por equipas multidisciplinares, com enorme complexidade de interações humanas, estando sujeita, por natureza, à ocorrência de erros humanos e erros de sistema. Assim os cuidados de saúde são considerados uma atividade de risco, risco para os doentes, que podem sair lesados, risco para os profissionais (tanto para a sua saúde como para o seu exercício profissional), assim como para os investidores/pagadores (que no sistema público será o Estado) e gestores, pela possibilidade de desvio dos objetivos da organização – a prestação de cuidados de saúde de qualidade e custo-efetivos. Deste modo a busca da qualidade tem como pilar fundamental a preocupação com a Segurança do Doente (Fragata, 2011).

Neste contexto, mais do que na ação individual dos agentes da prestação de cuidados, as medidas que visam o aumento da segurança do doente, focam-se nos aspetos organizacionais e numa abordagem dos sistemas. Com efeito “...cada sistema está perfeitamente desenhado para obter os resultados que obtém...” (Berwick citado por Fragata, 2011), ou visto noutra perspetiva se se estiver preso à certeza de que “...assim está bem porque sempre foi assim que fizemos as coisas por aqui...”, nunca se obterão resultados diferentes dos que obtém atualmente (Fragata, 2011).

Regra geral, o grande número de admissões nos SU indica baixo desempenho do sistema de saúde, nomeadamente por falta de resposta dos Cuidados de Saúde Primários, já a sua sobrelotação revela o baixo desempenho do hospital e sua rede, ambos induzem à baixa qualidade assistencial (Bittencourt e Hortale, 2009).

A sobrelotação nos Serviços de Urgência é um fenómeno mundial, caracteriza-se por: todas as camas do SU ocupadas; doentes em macas nos corredores; tempo de espera para atendimento acima do preconizado; alta tensão entre os profissionais; pressão de novas admissões. Na revisão da literatura sobre os fatores que contribuem para a sobrelotação, concluiu que o aumento do tempo de permanência no SU é o principal indicador que lhe é sensível; a falta de camas de internamento a principal causa, a par do aumento do afluxo sazonal; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade (Bittencourt e Hortale, 2009).

Em concordância, sobrelotação dos SU é influenciada por diversos fatores tais como o fluxo do pré-hospitalar, ambiente hospitalar (enfermarias e outras vagas de internamento), comunidade e assistência social (no encaminhamento de altas), como tal não deve ser visto como um problema exclusivamente da responsabilidade do SU. No entanto, a importância desses fatores extrínsecos não deve inibir os SU de melhorar seus processos e padrões de trabalho para otimizar o fluxo dos doentes (Jarvis, 2016).

Atualmente, no serviço de urgência como em todo o sistema de saúde, verifica-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos. Num serviço que muitas vezes constitui o primeiro contato do doente com o serviço de saúde, o nível de exigência é cada vez maior dado o crescimento e o envelhecimento populacional. No entanto, algumas infraestruturas são antigas, ou não projetadas para abarcar com as necessidades atuais, desse modo, a manutenção de um alto nível de qualidade e a prestação de cuidados atempados é uma tarefa bastante complexa (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

No contexto de grande contenção económico-financeira, não fará sentido promover soluções que envolvam construções de novas estruturas (às vezes desadequadas às necessidades reais), mas sim a alteração dos fluxos de encaminhamento de doentes de forma a rentabilizar estruturas existentes (onde os circuitos e tempos de trajeto sejam compatíveis com as metas de segurança clínica) (GTRH, 2011).

Em Portugal, a sobrelotação dos Serviços de Urgência é problema amplamente reconhecido por profissionais e utilizadores, mas pouco intervencionado pelos decisores. A nível internacional existe evidência quer da investigação desta problemática, quer da aplicação estratégias resolutivas. Das muitas estratégias preconizadas para a redução da sobrelotação realçam-se as que envolvem questões organizacionais dos serviços, gestão das instituições e priorização dos atendimentos, relativizando o poder de resolução de questões ligadas ao espaço físico ou recursos humanos (Gonçalves, 2018).

Numa revisão sistemática da literatura que procurou identificar intervenções para solucionar a superlotação nos Serviço de Urgência, verificou-se que de entre as que tiveram resultados favoráveis no indicador tempo de permanência, a maioria tinha relação com a melhoria do fluxo no próprio Serviço de Urgência, interferindo ativa e positivamente no fluxo interno dos pacientes. Em oposição, as intervenções que aumentaram as barreiras de acesso aos SU, ou que apenas melhoram a estrutura dos serviços, não tiveram o efeito esperado (Bittencourt e Hortale, 2009).

Há evidência de que alterar o padrão de trabalho existente, introduzindo um modelo de avaliação rápida, otimizando os recursos previamente existentes, está associado à melhoria do fluxo de doentes. Este modelo, que segue uma lógica das linhas de montagem da indústria automóvel (processamento imediato das peças assim que elas chegam a um determinado local não permitindo a sua acumulação), está desenhado para que ocorra a observação, avaliação, diagnóstico e tratamento precoce (quando possível), do doente assim que ele chega a um determinado local no SU, com objetivo de reduzir o de tempo de espera entre cada uma dessas etapas (Jarvis, 2016).

O modelo de avaliação rápida tem melhores resultados quando associado à estratégia de alocação de pacientes semelhantes (no que diz respeito à gravidade da doença ou natureza da queixa) a um determinado fluxo de trabalho (modelo *streaming* no texto original). Por natureza, a triagem leva a um acumular de doentes relativamente estáveis, uma vez que os doentes urgentes e emergentes são atendidos preferencialmente. Da conjugação destes modelos resulta que os doentes sejam observados em tempo útil reduzindo o tempo de permanência (Jarvis, 2016).

Por outro lado, qualquer SU pode subitamente ficar sobrecarregado pelo afluxo de doentes. Por vezes, basta um evento com um doente grave, entrado de novo ou já presente no SU mas que sofreu um agravamento súbito, para provocar um congestionamento. Recomenda-se que cada SU desenvolva meios para lidar com tais situações (GPT, 2009).

Fluxos de doentes sub ótimos e a conseqüente aglomeração representam uma restrição significativa à capacidade do SU de prestar atendimento de emergência e urgência de alta qualidade. Os tempos de espera excessivos, a lentidão no estabelecimento de diagnóstico e atrasos na tomada de decisões terapêuticas e de encaminhamento, são fatores-chave intrínsecos ao SU que afetam o fluxo do doente (Jarvis, 2016).

Os profissionais de saúde são uma das partes centrais neste processo, atuando em ambiente de trabalho por vezes caótico, com elevado número de doentes atendidos e conseqüente carga de trabalho por eles gerada, os profissionais de saúde desempenham um elevado número de tarefas por hora (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

A otimização do fluxo de doentes no SU consegue-se reduzindo o tempo de permanência desses doentes, reduzindo assim a sobrelotação (Jarvis, 2016). Daqui se pode deduzir que num departamento específico da urgência, tal acontece também.

É reconhecido que o Serviço de Urgência deve abranger uma série de protocolos de atuação, nos quais deve ser dada ênfase à interação/coordenação de todos os profissionais de saúde, o que na realidade, nem sempre acontece. Sendo que a comunicação no contexto do SU é uma das causas, pois que muitas vezes está votada ao esquecimento, constituindo um impedimento ao investimento no aperfeiçoamento dos cuidados prestados à pessoa (Veríssimo, 2018).

O desenvolvimento de procedimentos estruturados e protocolos de atuação, constituem uma forma de fornecer ordem no ambiente caótico da urgência. Muitas vezes a disposição e estrutura das áreas de trabalho (planta arquitetónica) não podem ser alteradas, já o trajeto até elas, dentro e para fora delas, pode ser reorganizado e planeado fazendo face às novas condicionantes do funcionamento dos SU. Por outro lado, os profissionais através de um método estruturado, baseado na resolução dos problemas, desenvolvem competências com vista a melhorar a organização do trabalho, que se traduz numa melhoria da prestação de cuidados (Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016).

O ambiente nos serviços de urgência, são ricos para falhas humanas e do sistema. A sobrelotação, a exiguidade dos espaços, a imprevisibilidade, tornam estes espaços caóticos, dificultando o julgamento clínico e o tratamento. É então fundamental o desenho de circuitos, não apenas no que se refere aos aspetos relacionados com a estrutura, instalações e equipamentos, mas também, e sobretudo, aspetos que se prendem com a organização do serviço, em particular a distribuição de tarefas e a protocolização de procedimentos (Fragata, 2005).

Como tal a abordagem dos sistemas deve incidir na criação de modelos de trabalho, desenho de processos, estabelecimento de protocolos, desenvolvendo ambientes seguros nos quais os humanos possam errar cada vez menos. Preconiza-se a modificação dos modelos de trabalho, abandonando a perspetiva da primazia individual e investir no trabalho de equipa, interdependente, cooperativo, colocando o doente no centro dos cuidados, assim como alterar a prática, centrando-a no doente alvo dos cuidados e não nos prestadores (Fragata, 2011).

Recomenda-se uma filosofia de gestão participativa e descentralizada, centrada na pessoa doente, e com forte incentivo ao trabalho de equipa como forma de motivar os colaboradores e estimular a inovação e melhoria dos processos. Uma gestão da qualidade total que procura maximizar a competitividade das organizações através de novas ferramentas e metodologias que ajudam à melhoria contínua dos seus processos e à

prevenção de problemas. Nesta perspectiva, a melhoria contínua da qualidade, poderá ser vista como um processo de mudança que tem como objetivos corrigir erros do sistema, reduzir a variabilidade das práticas e melhorar a sua eficiência. (CHUC, 2017).

O comportamento organizacional pode ser uma área fundamental na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados hospitalares, pois a melhoria do ambiente de trabalho poderá ser uma estratégia de baixo custo, e que as transformações organizacionais bem-sucedidas estão relacionadas com melhores práticas (Aiken *et al* em 2012, citado por Fernandes e Vareta, 2019). Deste modo, poder-se-á inferir que os esforços para melhoria dos circuitos de encaminhamento de doentes, podem trazer melhorias dos cuidados e da qualidade e segurança sem acrescentar significativo aumento dos custos.

Os profissionais do serviço de urgência funcionam em diferentes níveis de organização e interação com os doentes, sabendo que cada profissional não acompanha o doente desde que entra até que sai do SU. Se na triagem, primeiro nível, existe uma relação profissional/doente de um para um, já num segundo nível, os profissionais prestam cuidados a muitos doentes simultaneamente, tendo de fazê-lo de forma eficiente para garantir a segurança não só do doente que está a observar naquele instante, mas de todos os outros doentes que se encontram ao seu cuidado. Num terceiro nível, haverá um líder, geralmente um médico, que irá decidir do encaminhamento seguinte do doente (Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016).

Alguns autores identificaram a necessidade de se implementar estratégias de trabalho que permitam a resolução dos problemas do Serviço de Urgência, de forma que se assegure acesso de qualidade aos doentes, nomeadamente capacitando os enfermeiros e reorganizando o fluxo de doentes no SU (Sebastião, 2019)

Em concordância, a Ordem dos enfermeiros reafirma a obrigatoriedade da existência de práticas profissionais de excelência a construção de ambientes favoráveis ao exercício profissional (OE, 2014).

Muitas vezes a identificação de um problema, em particular o reconhecimento da sua existência, é mais difícil do que a sua resolução. Uma vez reconhecida uma deficiência e identificadas as suas razões, em geral, corrigi-la é mais fácil do que a sua constatação. São muitas as oportunidades de melhoria no Serviço de Urgência, pois os problemas abundam, e constantemente surgem novos (Sheehy, 2001).

Nesse sentido, estudos demonstram que os enfermeiros percebem como desfavorável a qualidade dos ambientes de prática da maior parte dos hospitais portugueses, porquanto num estudo realizado em 31 hospitais, os resultados revelam que, entre outros, as dimensões relacionadas com a participação dos enfermeiros na governação hospitalar e a gestão, liderança e suporte dos enfermeiros, foram das mais críticas. Como tal, “*a qualidade dos ambientes de prática de enfermagem nos hospitais portugueses evidenciada requer uma imediata e profunda intervenção*”, tal facto representa elevada margem para desenvolvimento (Jesus, Roque e Amaral, 2015),

Deste modo, sabendo dos problemas que no SU representam as maiores barreiras à prestação de cuidados centrados no doente, os enfermeiros, pelas suas características, atribuições e competências, são impulsionadores privilegiados de processos de melhoria, como tal têm a responsabilidade de procurar soluções de modo a facilitar um fluxo de doentes seguro e efetivo que promova a qualidade dos cuidados (Gonçalves, 2018, citando Scrofino & Fitzsimons, 2011).

6- Enfermagem nos circuitos de doentes do Serviço de Urgência

É prática comum assegurar a qualidade nas organizações de saúde, em Portugal existe uma crescente valorização da qualidade em saúde, colocada em prática, por exemplo, através da dinamização de processos de acreditação dos hospitais. Como referido anteriormente, qualidade é entendida como um elemento crucial no processo de prestação de cuidados de saúde, caracterizada por múltiplas dimensões, das quais o ambiente da prática poderá ser uma variável determinante (Jesus, Roque e Amaral, 2015).

Os enfermeiros são elementos da equipa de saúde dos Serviços de Urgência habilitados com um portfólio de competências, entendidas como um conjunto de comportamentos que englobam os conhecimentos, as habilidades e os atributos pessoais essenciais para prestarem cuidados de qualidade (Freitas & Parreira, 2013).

Os enfermeiros são a maior porção da equipa multidisciplinar de profissionais que exerce funções num Serviço de Urgência. Independente dessa relação entre número de enfermeiros e o total de profissionais de saúde, importa atentar à quantidade absoluta de profissionais de enfermagem porquanto se devem cumprir dotações seguras. Entende-se que a dotação de enfermagem que garanta cuidados seguros, englobará enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros) e qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) adequado às necessidades dos clientes, e constitui-se condição necessária para a qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, Fernandes, Jesus e Araújo, 2020).

A norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem no SU utiliza a fórmula por posto de trabalho adaptado ao fluxo casuístico e fluxos de procura que é por natureza variável. Nas Salas de Observação do SU, as horas de cuidados necessários têm por referência mínima o valor das unidades de cuidados intermédios (OE, 2014).

Como referido anteriormente a estrutura do Serviço de Urgência comporta diversos espaços destinados à observação, diagnóstico e tratamento dos doentes, assim como espaços de espera, o que constitui a necessidade de múltiplos postos de trabalho para enfermeiros e outros profissionais, justificando atenção à respetiva dotação.

No entanto defende-se que o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a organização de serviços, entre outros (OE, 2014).

Está preconizado que na adequação dos recursos de enfermagem terá de se ter em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos clientes, a qualidade dos cuidados de enfermagem, o nível de qualificação/experiência dos enfermeiros, a carga de trabalho e o ambiente de trabalho (Freitas & Parreira, 2013).

E no que ao ambiente de trabalho, e suas características específicas, diz respeito, sabe-se que qualquer Serviço de Urgência pode, subitamente, ficar sobrecarregado pelo afluxo de doentes. Muitas vezes é a tipologia, e não a quantidade, dos doentes que pode provocar congestionamentos, basta um doente grave, com a necessária mobilização de recursos, para alterar o fluxo normal de doentes e o normal funcionamento do SU (GPT, 2009)

Estudos demonstram que novos conjuntos de competências que a Enfermagem integra, permitem aos enfermeiros refletir e liderar as mudanças dinâmicas dos cuidados de saúde (Jesus, Roque e Amaral, 2015). Como ficou anteriormente demonstrado, o SU está em constante evolução e progresso exigindo aos enfermeiros o aperfeiçoamento e a aquisição e desenvolvimento de competências.

Há evidência de que a qualidade e efetividade da intervenção de enfermagem é afetada pelo ambiente em que a mesma é desenvolvida. Sendo o ambiente, neste contexto, percecionado como um conjunto de circunstâncias ou condições que dificultam ou promovem a intervenção de enfermagem. Deste modo, investir no ambiente da prática de enfermagem é um desafio para a profissão (Fernandes e Vareta, 2019).

Como se expos anteriormente, o ambiente nos Serviços de Urgência contém um conjunto de circunstâncias que muito dificultam a intervenção de enfermagem dificultando o julgamento clínico e o tratamento, tais como: a sobrelotação, a exiguidade dos espaços, a imprevisibilidade, entre outros.

Num estudo realizado em hospitais da região centro de Portugal, Amaral e Ferreira (2013) concluíram que o ambiente da prática tem influência significativa nos resultados

dos cuidados de enfermagem. Os autores referem também que a definição de ambiente da prática que reúne maior consenso é a que o define como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem.

O estudo anteriormente referido recomenda a intervenção nos ambientes de cuidados, com vista à sua otimização, de modo a “*assegurar a qualidade dos cuidados, o que terá certamente repercussões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados de enfermagem*” (Amaral e Ferreira, 2013).

A atenção ao ambiente é basilar para a prática de enfermagem, existindo uma relação bidirecional onde o enfermeiro é influenciado e influencia o ambiente, com repercussão na qualidade dos cuidados. (Fernandes e Vareta, 2019).

Assim, no seguimento do exposto, no que concerne às competências dos enfermeiros no contexto dos fluxos de doentes no SU, e por análise dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros, realçamos a categoria de Organização dos Cuidados de Enfermagem, porquanto, na busca da excelência no exercício profissional, se recomenda, entre outros, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (OE, 2002).

As competências do enfermeiro nesta matéria, entendidas como o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro possui e mobiliza em contexto de prática clínica, de acordo com o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela Ordem dos Enfermeiros (2012), estão explícitas, não obstante outras que aqui se apliquem, no domínio de competências da Prestação e Gestão de Cuidados, em particular a competência relativa à promoção de um ambiente seguro, sob a qual o enfermeiro cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco; utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais; regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança. E também à competência respeitante à promoção de cuidados de saúde interprofissionais, já que o enfermeiro aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes; contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração (OE, 2012).

No que respeita às competências diferenciadas dos enfermeiros detentores de formação especializada a Ordem dos Enfermeiros (OE), com a publicação do Regulamento n.º 429/2018, definiu o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, entre as quais realçamos a competência *“otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica”* sendo que tal competência está descrita como referente à gestão do risco e do ambiente de cuidados, tendo em conta os contextos de atuação e os processos terapêuticos complexos.

Para tal competência a OE (2018) estabelece um quadro de unidades de competência e respetivos critérios de avaliação dos quais salientamos a unidade de competência *“gere as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação”* e os critérios de avaliação:

- Intervém como gestor de risco, na promoção de um ambiente seguro e de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem;
- Monitoriza os fatores desencadeantes de eventos adversos, instituindo estratégias de prevenção na gestão dos processos terapêuticos complexos;
- Desenvolve procedimentos de controlo de eventos adversos.

e a unidade de competência *“promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação”*, assim como os respetivos critérios:

- Reconhece as situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado nos diferentes níveis organizacionais;
- Fomenta medidas de correção, salvaguardando a segurança e qualidade dos cuidados e promovendo a formação da equipa em articulação com comissões ou organismos institucionais.

Numa outra perspetiva de novas abordagens das competências diferenciadas dos enfermeiros, o modelo *Strong Model of Advanced Practice*, desenvolvido nos Estados Unidos da América, em 1994, no Hospital Strong Memorial, em articulação com a

Iniversidade da Rochester, por Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich & Kitzman, (1996), constitui um quadro de referência para a enfermagem avançada, identifica um conjunto de domínios de funções dos enfermeiros de prática avançada, nomeadamente a prestação de cuidados holísticos, suporte de sistemas, a educação, a investigação, a divulgação científica e a liderança profissional (Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich & Kitzman (1996); citado por Fernandes e Vareta, 2019).

De entre os domínios identificados pelo modelo referido, trazemos a esta investigação, não descurando nenhum dos outros, o domínio do suporte de sistemas, por quanto se refere às contribuições dos enfermeiros para a otimização do funcionamento das organizações, com base em metodologias científicas tais como a recolha e análise de dados, seu processamento com vista ao desenvolvimento de propostas de mudança e inovação dos cuidados (Fernandes e Vareta, 2019).

Outro aspeto relevante identificado pelo modelo, originário dos Estados Unidos da América, é o conceito de colaboração, que é definido como a integração das diferentes capacidades e competências dos profissionais de saúde contribuindo para o objetivo da qualidade no atendimento à pessoa (Fernandes e Vareta, 2019).

O modelo *Strong Model of Advanced Practice* integra, e atribui significado, ao potencial de intervenção dos enfermeiros nos aspetos relativos ao funcionamento das organizações, como o são os circuitos de encaminhamento dos doentes no SU. (Fernandes e Vareta, 2019).

A enfermagem, graças ao desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências, possui atributos, ou seja o saber e saber fazer que a caracterizam, que lhe permite dar contribuições pertinentes e singulares à equipa de saúde com vista à prestação de assistência de qualidade à sociedade. Com conseqüente afirmação da identidade profissional e da sua autonomia, que não deve ser entendida como negação da interdisciplinaridade (Ribeiro, 2011), aspeto este que é basilar e valorizado, assumido inclusivamente nos documentos estruturantes da profissão (OE, 2015).

Estudos demonstram que é fulcral, na área da saúde, o desenvolvimento de trabalho de equipa uma vez que os profissionais são confrontados com a necessidade de realizarem um número crescente de atividades, com maior exigência de qualidade, num ambiente complexo e em constante mudança, no qual o trabalho de equipa, que envolve incremento da motivação, melhor comunicação, mais dinamismo e flexibilidade, é

considerada uma ferramenta dinâmica que favorece a resposta às necessidades da pessoa doente e propicia ambientes de trabalho mais agradáveis (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012).

Em concordância, estudos relativos à importância do trabalho de equipas de profissionais de saúde reconhecem a relevância do fator liderança, sendo seu desígnio gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos de todos os intervenientes da equipa multidisciplinar, com vista à otimização dos propósitos da organização. Com efeito, a capacidade do gestor de influenciar os resultados da organização depende mais da implementação de estratégias, motivação e liderança da equipa do que do seu peso hierárquico (Fradique & Mendes, 2013).

Neste contexto o líder deverá ter um papel de facilitador de tarefas, envolvendo-se no trabalho da equipa, fazendo parte ativa da mesma, devendo ser visto como alguém que serve o projeto e não alguém que paira acima dele. No caso das equipas complexas, como na área da saúde, que incluem múltiplos estratos profissionais e níveis hierárquicos distintos – todos relevantes para a prestação de cuidados seguros e de qualidade; a liderança poderá não estar associada à autoridade mas ser fluida e partilhada entre os membros da equipa, de acordo com as características das tarefas (Fragata, 2011).

Num ambiente como o dos Serviços de Urgência, onde prevalece a predominância do poder médico, seguindo uma lógica biomédica e tecnológica, curativa, com foco no sintoma, há espaço para os enfermeiros conquistarem a partilha da liderança, sendo impulsionadores de comportamentos que potenciem a qualidade dos cuidados, e a satisfação dos profissionais, gerando ganhos para a organização que se traduzem na melhoria da prestação de cuidados à pessoa doente. Para além disso, os enfermeiros devem fazer uso da inovação, enquanto dimensão importante do desempenho profissional, sendo criativos na implementação de estratégias, procurando formas inovadoras de prestar os cuidados e facilitar as demais tarefas e intervenções multiprofissionais, sabendo que a gestão de recursos físicos, ambientais e organizacionais influenciam de forma significativa os serviços prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Os enfermeiros detêm competências que lhes atribui particular operacionalidade na sociedade, em particular na prestação de cuidados de saúde, respetiva conceção, planeamento e gestão. Assim, devem refletir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que lhes permita qualificação e valorização, fortalecendo a construção da sua autonomia e identidade profissional. Note-se, que na construção da

autonomia os enfermeiros terão de se mostrar capazes de decidir e de se responsabilizar pelas decisões que toma, assim como sobre os resultados atingidos por essas decisões, baseadas na convicção da centralidade da pessoa nos processos dos cuidados (Ribeiro, 2011).

Aos profissionais de saúde, e aos enfermeiros em particular, exige-se não só conhecimentos individuais ao nível da prestação de cuidados específicos, mas também no que respeita à capacidade para intervir ativamente na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Não podendo cingir-se à prestação de cuidados segundo normas pré-estabelecidas, mas realizando uma avaliação constante dos cuidados prestados, procurando meios para a sua melhoria contínua. Podendo tais circunstâncias constituir uma oportunidade de afirmação por parte dos enfermeiros, tendo em conta que o aumento da exigência e complexidade das instituições poderá propiciar uma maior autonomia profissional (Ferreira & Silva, 2012).

Para além dos processos que lhe são próprios, a enfermagem de urgência rege-se por um conjunto único de normas não-escritas que surgem em função do ambiente e dos doentes, a imprevisibilidade é uma constante, seja da situação dos doentes seja da sua quantidade, a resposta a essas circunstâncias obriga a uma intervenção imediata, onde a perícia, criatividade e intuição dos enfermeiros são fundamentais (Sheehy, 2001).

Nunes (2017) refere que “*a enfermagem tem o potencial de efetuar mudanças de grande alcance*”. A compreensão científica que os enfermeiros detêm do processo de cuidar, conferem-lhes a capacidade de agir, em colaboração com os demais profissionais, contribuindo para o redesenhar dos diferentes ambientes do sistema de saúde (Nunes, 2017).

Interessa agora saber como os enfermeiros percecionam o seu potencial de intervenção nos ambientes da prática, em particular no que se refere aos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, desenvolvendo melhores condições para cuidar da pessoa doente.

7- Cuidar no Serviço de Urgência

Refletir sobre os circuitos de doentes do Serviço de Urgência, com vista à sua otimização, tendo por foco a prestação de cuidados centrados na pessoa doente, é criar espaço para o Cuidar.

Alguns autores defendem que a palavra cuidado deriva de *cura*, do latim, que era usada num contexto de relações amorosas e de amizade, sendo expressão de vigilância, preocupação, de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outros atribuem a origem a *cogitare*, cujo sentido é o mesmo: colocar atenção, mostrar interesse, desvelo, diligência. Cuidar, ainda hoje, mais do que um ato isolado, é uma atitude de ocupação, responsabilização e de envolvimento com outro alguém ou objeto (Silva, 2017).

Numa outra perspetiva, diferentes autores invocam a literatura clássica à procura de respostas para as significações do cuidar humano. Referem um cuidar eminentemente humano que se constitui condição de humanidade, constitutivo e fundador de ser-humano e imperativo ético. No enquadramento da disciplina de enfermagem aquela teorização revela-se importante para a compreensão do conceito de cuidar, que se entende distinto da prestação de cuidados. De tais estudos, emerge também a diferenciação entre o cuidado meramente profissional de pessoas ou de coisas (cuidadores do cabelo, das unhas...), do cuidar profissional de enfermagem que, sendo mais do que prestar cuidados, se aproxima do cuidar universal não profissionalizado (por exemplo o das nossas mães), mas atribuindo-lhe âmbito disciplinar profissionalizado (Queirós, 2015).

O cuidar é visto como sendo o ideal moral da enfermagem. Assente em esforços no sentido de proteger, promover e preservar, ajudando o outro a encontrar sentido na transição saúde/doença, a enfermagem assume um papel crucial no seio da equipa de saúde, pois que *“quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”* (Hesbeen, citado por Almeida, 2007).

Nos documentos estruturantes, é afirmado o reconhecimento do significativo valor o papel do enfermeiro na comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, através do qual é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nele constante a definição de enfermagem como sendo:

“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015).

Também no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, republicado na sua mais recente versão pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, que cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto, é referida a importância da profissão em particular aos cuidados de enfermagem pois que:

“os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.” (DR, 1998).

Porém defende-se que cuidar é muito mais que prestar cuidados, no sentido de fazer, pois que para além da ação, cuidar envolve a dimensão de disponibilidade, solicitude e compaixão. No entanto, existe evidência de os profissionais de saúde, pontualmente ou por hábito, interagirem profissionalmente com o doente sem estarem atentos à singularidade da pessoa a quem se dirigem, considerando-se, como tal, que estão a prestar cuidados mas não a cuidar (Queirós, 2015).

Ainda que o cuidar seja aceite como tema central na enfermagem, uma vez que os enfermeiros encontram neste conceito a definição do que fazem, e do conhecimento que utilizam e criam enquanto disciplina, existe dúvida consistente quanto à perceção da distinção dos conceitos de cuidar e cuidados, se os enfermeiros tenham interiorizado da riqueza conceptual e o sentido operativo que o termo cuidar proporciona (Queirós, 2015)

Em concordância, estudos demonstram que prevalece uma cultura de cuidados centrada na doença, agregada ao modelo biomédico, no qual o contributo dos enfermeiros está focado na gestão de sinais e sintomas dessa mesma doença e não na pessoa doente (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018).

Estudos demonstram que os enfermeiros despendem mais tempo nas atividades relacionadas com os cuidados de enfermagem que não necessitam da presença do doente do que na realização de intervenções junto do doente. Numa investigação realizada no âmbito da enfermagem direcionada para a organização do trabalho e métodos de trabalho, que influenciam a organização em termos de produtividade, concluiu que existe um afastamento dos enfermeiros na relação direta com os doentes no decorrer das atividades diárias da prestação de cuidados (Ribeiro, et al, 2016).

No contexto de ambientes de prestação de cuidados de alta complexidade, em que os profissionais de saúde são pressionados por múltiplas tarefas e solicitações, o que constitui um desafio permanente para os esses profissionais, reconhece-se que estes e nem sempre conseguem dar a resposta adequada (Costa, 2017)

Por outro lado, está descrito que, durante a hospitalização da pessoa doente, o foco principal dos enfermeiros é resolver o problema agudo, despendendo pouco tempo ao conhecimento da pessoa, numa abordagem puramente assistencial onde os doentes são tendencialmente passivos, sendo essa atitude justificada pela natureza dos ambientes clínicos que priorizam a dimensão técnica e pela padronização de protocolos de ação focados apenas nas doenças, como são o caso das Vias Verdes. Tal situação configura-se dramática pois, considerando a pessoa idosa, o ambiente hospitalar está associado à sensação de inutilidade, medo e falta de controlo sobre o que acontece. Os estudos demonstram que os doentes estão pouco satisfeitos com o acolhimento por parte dos enfermeiros (Cruz, Gomes & Parreira, 2017; Gurrutxaga, 2018; Veríssimo, 2018).

É sabido que a doença atrai a atenção dos enfermeiros para a parte do corpo que está a sofrer. Mas o cuidado ao corpo deve ser entendido como uma ação maior, integrando na execução de cada procedimento a dimensão total da pessoa, cuidar holisticamente é cuidar aceitando que existem as dimensões física, psíquica, emocional e espiritual. Aos enfermeiros compete que não se prendam ao diagnóstico ou prognóstico, mas que se ocupem de ajudar as pessoas a viverem a vida que elas têm para viver, da melhor maneira possível. Exige-se que, além de estabelecer uma relação interpessoal singular com a pessoa, se atue diretamente sobre o ambiente (Silva, 2017).

O Serviço de Urgência é tendencialmente tecnicista e mecanizado, procurando-se a padronização de procedimentos, com base em protocolos, algoritmos, fluxogramas, o SU é descrito como uma área da prestação de cuidados altamente diferenciada científica e tecnologicamente, em constante mutação, onde a sobrelotação, a exiguidade dos espaços, a imprevisibilidade, tornam estes espaços caóticos.

Tomemos, como exemplo, a triagem, esta consiste num “encontro rápido e focado”, onde se recolhe informação utilizada para atribuição de uma prioridade clínica, o foco é a queixa apresentada, o principal sinal ou sintoma identificado pelo cliente, e pouco mais, através de um breve questionário estruturado em perguntas rápidas, o que parece constituir forte limitação ao conhecimento da pessoa que se exige no estabelecimento de relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente. Ainda para mais se tivermos presente a noção que o acolhimento é um compromisso com o cliente, pois que se pretende humanizado, estratificado de acordo com a gravidade e complexidade do estado de saúde da pessoa, organizando o acesso ao tratamento e assente num atendimento qualificado (Sebastião, 2019).

Numa outra vertente, cuidar holisticamente de uma pessoa com alteração de consciência constitui-se uma tarefa difícil e exigente, pois que, sem troca comunicativa, temos tendência a atuar de forma automática, baseada em rotinas protocolos ou algoritmos. De modo semelhante, quando uma pessoa está a viver o seu processo de fim de vida, tudo o que podemos fazer, além de aliviar os sintomas que estejam presentes, é preservar-lhe a dignidade e oferecer a nossa integridade (Silva, 2017).

Dentro do caos de múltiplas tarefas simultâneas, no ambiente de imprevisibilidade que é o SU, muitas vezes surge a “defesa” dos profissionais de se apoiarem na padronização das intervenções em protocolos ou algoritmos, e desse modo despersonalizar ou desumanizar os procedimentos e técnicas, com relativamente pouca atenção à intimidade, privacidade e, por consequência, à dignidade da pessoa.

Efetivamente o cuidado de enfermagem não é ato isolado, ele ocorre em determinados contextos institucionais e em redes de relacionamentos que lhe atribuem significado. Mas responsabilidade dos enfermeiros vai além da excelência técnica no atendimento. Não devemos, não podemos negligenciar os cuidados. Só assim será possível preservar a responsabilidade no cuidado de enfermagem, colocando a pessoa no centro (Gurrutxaga, 2018).

Deve prevalecer a orientação para o cuidar de forma holística, pois que, além de atender à cura, quando possível, atende à pessoa na sua globalidade, tendo em consideração fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar (Almeida, 2007).

Destinado a um Ser Humano Total, o cuidar, é assumido pela enfermagem numa lógica de excelência, constituindo-se na “*capacidade de fazer a quem se deve, o que se deve, no momento em que se deve e do modo que se deve, a partir de um conhecimento profundo da situação, do rigor de atuação e do empenhamento comprometido*” (Almeida, 2007).

Aos enfermeiros exige-se que conheçam as intervenções e procedimentos necessários para o cuidar, mas é fundamental entender que as técnicas só fazem sentido se forem contextualizadas – cada pessoa poderá precisar de uma técnica diferente, ditada pelas suas necessidades particulares. O domínio do conhecimento e das técnicas – ciência, também implica o cultivo da espontaneidade, sensibilidade e intuição – arte. (Silva, 2017)

Devem os enfermeiros, num contínuo, conjugar os seus conhecimentos (saberes), com as capacidades (saber fazer) e com as atitudes (saber ser) necessários para o exercício competente da profissão de enfermagem (Almeida, 2007).

É penoso, mas crucial, assumir a responsabilidade de que o que somos e como nos relacionamos afeta aquilo que nós criamos, em particular no que se refere aos enfermeiros, afeta os cuidados que prestamos. É difícil, mas fundamental, aceitar que todos os nossos atos, aparentemente pequenos e invisíveis, deixam marcas nas pessoas que cuidamos (Silva, 2017).

O *cuidado integral profissionalizado* é defendido como uma obrigação moral dos profissionais da saúde, entendido como composto por quatro dimensões: compaixão; ajudar na autonomia; convidar a desejar-se ajudar; colocar alguém no centro de ação (Queirós, 2015).

Os valores são importantes a enfermagem porque os comportamentos e atitudes são fundamentais na profissão; eles constituem a essência da enfermagem, o que lhe confere um caráter distinto dos demais profissionais de saúde (Gurrutxaga, 2018).

O cuidar nos cuidados profissionais de enfermagem, diferencia-se de outros cuidados também profissionais, que não de enfermagem, e dos cuidados informais, já que considera para além da ação (prestação de cuidados), também a solicitude, a compaixão, a disponibilidade, de forma dirigida, intencional, organizada e integrada (Queirós, 2015).

Cuidar preservando a dignidade implica perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, na sua dor e limitações. Cada plano de cuidados deve conter um conjunto de factos, ideias e ações. Factos – o que observamos na pessoa doente; ideias – os recursos dos nossos conhecimentos e da nossa criatividade; ações - as intervenções que desencadeiam transformações. Essas transformações podem contribuir para tornar a pessoa mais forte após uma crise ou torná-la mais frágil e insegura após o episódio de doença. (Silva, 2017).

De facto, *“cuidar é mais do que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”* (Boff, 1999, citado por Queirós, 2015).

A enfermagem é uma profissão que se demonstra na ação, porém essa ação é baseada em conhecimentos, valores... os enfermeiros devem valoriza o cuidado como ação e atitude profissionalizada dando corpo à enfermagem.

Para o Serviço de Urgência defende-se uma forma de organização onde a prestação de cuidados centrada no doente possa ser maior do que simplesmente fazer face à doença aguda, em que a intervenção médica, naturalmente importante, seja parte de um processo mais abrangente incluída no circuito do doente.

Cabe aqui a noção, que alguns procedimentos aparentemente tecnicistas não negam a essência da enfermagem - o Cuidar. Por isso aqui trazemos a reflexão do quanto o exercício da enfermagem em Serviço de Urgência pode, deve, a isso está obrigado, Cuidar.

O cuidar, condição de existência humana, é no âmbito da enfermagem, entendido como um cuidar integral profissionalizado, maximizado, disponibilizado e quando em ação é usuário e gerador de conhecimento próprio, que em simbiose com outros saberes, sendo recriado e sistematizado, dá lugar ao conhecimento específico de enfermagem (Queirós, 2015).

Parte III- Projeto de Intervenção

8- Projeto de intervenção de otimização de circuito de encaminhamento de doentes

Inserido no âmbito de uma área de investigação, a metodologia de trabalho de projeto visa a integração e aplicação de conhecimentos e competências adquiridas aplicadas a componentes de trabalho experimental com o objetivo de resolver problemas reais ou simulados dos contextos da prática (Sousa e Baptista, 2014).

Constituindo-se como uma ponte ente a teoria e a prática, a metodologia de projeto, baseia-se no processo de aplicação de princípios científicos na resolução de problemas adquirindo-se, através desse processo, capacidades e competências, por via da utilização do conhecimento teórico na prática profissional (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A elaboração e concretização do projeto, que se materializa numa intervenção no contexto da prática, implica um conjunto de etapas racionalmente definidas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), que sendo fundamentadas em adequado enquadramento teórico e metodológico, lhe atribui características e valor científico (Sousa e Baptista, 2014).

Não obstante a sua estrutura não ser rígida, desde que cumprido o rigor de enquadramento teórico e metodológico, constituem-se etapas da metodologia de projeto: a concetualização; o diagnóstico de situação; a definição de objetivos; o planeamento; a execução e avaliação e a divulgação de resultados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Tendo em conta uma lógica de prática reflexiva, entendida como a capacidade de prestar atenção a uma realidade, também vista como a ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, ou a capacidade intelectual e afetiva empregada para explorar as experiências individuais do modo a atingir uma nova compreensão (Santos & Fernandes, 2004).

E sabendo que a prática reflexiva deverá assentar em reflexão estruturada enquanto processo de análise consciente, dinâmico, persistente e cuidadoso, sobre as experiências de cuidar, no sentido de atingir uma compreensão e apreciação da prática. Processo esse que se consolida em diferentes fases sequenciais e consequentes, a saber:

perceção, descrição, reflexão e síntese/avaliação, a partir das quais se constrói uma nova perspetiva de entendimento (Santos & Fernandes, 2004).

Analisámos alguns constrangimentos do ambiente da prática que influenciam da prestação de cuidados de enfermagem e o cuidar no Serviço de Urgência, em particular numa área clínica específica destinada a doentes agudos do foro médico com necessidade de permanecer em maca, e propomos um projeto de Intervenção, elaborado sob a Metodologia de Projeto, focado na otimização dos circuitos de encaminhamento de doentes no SU.

8.1- Caracterização do contexto objeto de estudo

Projetamos a concretização do projeto de intervenção no Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Central da região centro de Portugal, o qual, no que respeita ao funcionamento, tem implementado como sistema de avaliação de risco e encaminhamento de doentes a metodologia de triagem do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) e um encaminhamento posterior por tipologia clínica.

Esse SU está estruturalmente dividido, para além da área de triagem, dos espaços de circulação e de zonas de apoio (gabinetes, sanitários, armazéns, farmácia, sujos, etc.), em seis áreas clínicas: Área Médica 1, Área Médica 2, Cirurgia e Urologia, Ortopedia, Psiquiatria e Sala de Emergência. Em todas essas áreas clínicas existem espaços destinados à permanência dos doentes, espaços de trabalho (preparação de terapêutica, por exemplo) e zonas equipadas com computadores para os necessários registos clínicos.

Adjacente ao Serviço de Urgência, partilhando com ele as estruturas de apoio, encontra-se uma Unidade de Cuidados Intermédios Médicos que, ainda que a equipa de enfermagem e assistentes operacionais seja a do SU, tem um funcionamento distinto, mais próximo das unidades de internamento do que das dinâmicas próprias do SU. E por essa diferença de funcionamento se ignorou propositadamente para os efeitos deste Projeto.

Existem ainda outras áreas adstritas a especialidades médicas, que dão apoio ao SU mas que, pelas suas especificidades, se encontram fisicamente próximas dos respetivos Serviço de Internamento, nomeadamente gabinetes de observação das especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Ginecologia. Que também não se deu relevância nos procedimentos do presente Trabalho de Projeto.

Do ponto de vista de funcionamento, no SU, os doentes admitidos são triados por ordem de chegada e posteriormente encaminhados para uma das seis áreas clínicas, e respetivas especialidades médicas de acordo com a prioridade definida nos algoritmos de análise do Protocolo de Triagem de Manchester e a tipologia clínica da situação, conforme protocolos definidos pela direção do serviço. A triagem é realizada por enfermeiros com formação específica certificada para o efeito pelo Grupo Português de Triagem, responsável pela implementação, certificação e auditoria do PTM.

De acordo com as orientações do Protocolo de Triagem de Manchester, a cada doente triado é atribuída uma prioridade para o posterior atendimento, que é expressa numa cor, a saber:

- Vermelho – doente emergente;
- Laranja – doente muito urgente;
- Amarelo – doente urgente;
- Verde – doente pouco urgente;
- Azul – doente não urgente.

Após atribuição da prioridade, o enfermeiro, de acordo com a tipologia clínica da situação, encaminha os doentes para uma das áreas funcionais do SU de acordo com protocolo estabelecido. Assim são encaminhados para:

Área Médica 1 – os doentes com prioridade azul, verde e amarelo, desde que não tenham necessidade de permanecer em maca, e não sejam encaminhados para uma especialidade específica;

Área Médica 2 – os doentes do foro médico, com prioridade amarelo e laranja, referenciados para especialidade médica. Todos os doentes do foro médico que tenham necessidade de permanecer em maca, independentemente da prioridade estabelecida;

Sala de Emergência – os doentes com prioridade vermelho. Todos os doentes com falência instalada de uma ou mais funções vitais. Doentes incluídos nas Vias Verdes independentemente da prioridade de triagem;

Área de Ortopedia – os doentes triados com prioridade verde, amarelo e laranja que apresentem problema ou outra queixa cujo fluxograma encaminhe

para esta especialidade, independentemente da necessidade de permanecer em maca.

Área Cirúrgica e Urologia – os doentes triados para as especialidades cirúrgicas e urologia, com prioridade amarelo e laranja. Todos os doentes que tenham necessidade de permanecer em maca, do foro cirúrgico, independentemente da prioridade.

Área de Psiquiatria – todos os doentes triados com prioridade verde, amarelo e laranja desde que detenham um problema de doença mental.

À parte destas deslocações dos doentes, complementares à triagem e protocolados por iniciativa formal da Direção do Serviço, existem outras deslocações sistemáticas e repetidas que não estão sujeitas a semelhante padronização, sendo decididas circunstancialmente pelos profissionais consoante as condições do doente ou da área em que o doente se encontra e do objetivo da deslocação, mas que pelo seu volume e frequência tem significativa relevância no funcionamento interno do Serviço de Urgência e nos tempos de permanência dos doentes no SU.

Referimo-nos as deslocações para realização de Exames Auxiliares de Diagnóstico, para tratamentos em espaços diferenciados (Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Hemodinâmica, Sala de Endoscopia, etc.), ou para serem observados por outras especialidades que não aquela que está a gerir a situação clínica (e a cuja área o doente está alocado), entre outras, nas quais os doentes saem da área clínica a que estão alocados e a ela regressarão posteriormente. Criando um fluxo interno na própria área de observação.

Uma das áreas clínicas de maior afluência e permanência de doentes é a Área Médica 2 que, como referido, acolhe os doentes que tem necessidade de permanecer em maca e cuja situação clínica é de tipologia enquadrado no foro médico. Física e estruturalmente trata-se de uma sala no modelo “*open space*”, com balcão central onde se encontram os profissionais, estando os doentes dispostos na periferia em “*boxes*”, dispõe de duas portas contíguas à zona de triagem, e uma porta lado oposto, tem ainda um sanitário. Sem divisão física estanque, nesta área clínica faz-se a separação entre doentes do género feminino e masculino, dividindo longitudinalmente a sala.

Os doentes que chegam a este setor, provenientes da triagem ou de outra área clínica, são distribuídos aleatoriamente pela sala, numa “*box*” ou zona de circulação onde

exista espaço para acolher o doente, no caso de todas as “boxes” estarem ocupadas. No caso dos doentes que saem para realização de um qualquer procedimento e regressam, são colocados num local disponível independentemente do espaço que ocupavam antes se o mesmo já estiver ocupado por outro doente.

Os procedimentos, médicos ou de enfermagem, a serem realizados a qualquer doente, são tendencialmente efetuados no local onde o doente se encontra (observação inicial, colheitas, administração terapêutica, etc.). A Área Médica 2 possui distribuídos seis enfermeiros que representa cerca de 27% do total dos 22 postos de trabalho de enfermagem do Serviço de Urgência em funcionamento normal.

Lotação do espaço não está definida formalmente, no entanto, por análise da planta do projeto estrutural do Serviço poderemos pressupor que a lotação será de aproximadamente de 17 doentes posicionados em maca, no entanto, o Plano de Emergência do Hospital, admite 34 doentes, conforme se pode verificar pela Fig. 3, que conjuga extratos de plantas funcionais dos Planos de Emergência Interna e Externa do Serviço de Urgência (CHUC, 2018).



Fig. 3 – Extratos de plantas funcionais dos Planos de Emergência Interna e Externa do Serviço de Urgência (CHUC, 2018) (elaboração própria).

Porém, frequentemente o espaço encontra-se em sobrelotação, resultante dos problemas identificados e debatidos no Enquadramento Teórico, tendo muitas vezes os profissionais ali alocados de lidar com permanência de doentes acima da lotação prevista

mesmo para as situações de exceção. Dai resultando um imenso conjunto de constrangimentos ao funcionamento do SU também já invocados neste Trabalho de Projeto.

8.2- Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação visa a definição do problema fazendo-se a sua análise, assentando, entre outros, na compreensão do carácter sistémico da realidade; envolvendo as relações de causalidade (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Com base no exposto anteriormente e tendo em conta o enquadramento teórico já realizado, identificamos alguns aspetos potencialmente otimizáveis por esta via de intervenção, nomeadamente:

- distribuição e circulação aleatória de doentes nos vários momentos de circulação: vindo da triagem, vindo dos EAD, vindo de outras áreas de observação (por outras especialidades);
- dispêndio de tempo à procura de doentes, quer para a abordagem inicial, prestação de cuidados ou reavaliação, (Ver exemplo de fita de tempo virtual em anexo);
- falta de metodologia coerente e uniforme para a abordagem inicial dos doentes (entrevistar, despir, observar, colher, colocar cateteres...);
- falta de privacidade, condições de separação, para a realização de procedimentos complexos (paracentese, enema, colocação de SNG...)

8.3- Definição de objetivos

Com vista à concordância com o enquadramento realizado, e sob perspetiva da da autoria individual do diagnóstico de situação elaboraram-se um conjunto de objetivos que se pretendem atingir a corresponder as expectativas gerais de otimização de circuito de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência.

O Projeto de Intervenção visa a prossecução dos seguintes objetivos:

- Realizar diagnóstico de situação relativamente aos constrangimentos percecionados dos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência;
- Elaborar uma proposta de intervenção resolutive dos constrangimentos identificados, focado na otimização de circuito de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência;
- Executar sinalização estrutural de apoio à implementação da proposta de intervenção;
- Programar e realizar formação focando aspetos processuais relacionados com os circuitos de encaminhamento de doentes no serviço de Urgência, com vista à sua análise e melhoria;
- Elaboração de cartaz informativo de Algoritmo Universal de Avaliação do Doente Vítima de Doença Súbita (Ponce e Mendes, 2020);
- Auscultação, da opinião dos enfermeiros quanto à pertinência de intervenções de melhoria dos circuitos de doentes.

8.4- Planeamento de intervenção

Na fase do planeamento pretende-se elaborar um plano detalhado do trabalho a desenvolver, incluindo as atividades/estratégias programadas para dar resposta aos objetivos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo e face ao diagnóstico realizado, elaboraram-se um conjunto de propostas parcelares que dão resposta ao objetivo geral de otimizar os circuitos de encaminhamento de doentes, cujo resumo operacional sistematizado se encontra no Anexo 5.

Proposta 1- Distinção de zonas na sala:

- Junto à entrada, do lado da triagem, criação de uma **Zona de Acolhimento/Abordagem (ZA)** dos doentes, onde se faria a primeira observação médica e de enfermagem e onde se realizariam os primeiros procedimentos (exame físico, colheitas, terapêutica inicial, ECG);

- No lado oposto seria delimitada uma **Zona de Procedimentos (ZP)**, permitindo realizar alguns procedimentos complexos com alguma privacidade e espaço (paracentese, enema, colocação de SNG, doentes em fase terminal);
- O restante espaço manter-se-ia **Zona de Espera (ZE)**.

Proposta 2- Estabelecer circuitos unidirecionais:

- Entrada para a Área Médica, vindo da triagem sempre pelas portas junto à Zona de Acolhimento/Abordagem;
- Saída para EAD por essas mesmas portas,
- Regresso pela porta do lado oposto, junto da Zona de Procedimentos.

Proposta 3- Sinalização de circuitos e de zonas na sala:

- Realização de sinalização estrutural de apoio à otimização do circuito de doentes, nomeadamente a delimitação dos espaços e circuitos com adequada sinalética;

Proposta 4- Realização de cartaz informativo:

- Elaboração de cartaz informativo do Algoritmo Universal de Avaliação do Doente Vítima de Doença Súbita que se preconiza (Ponce e Mendes, 2020);

Proposta 5- Realização de sessões de formação:

- Realizar formação aos Enfermeiros e Assistentes Operacionais focando aspetos processuais relacionados com os circuitos de encaminhamento de doentes no serviço de Urgência.

Proposta 6- Auscultação da opinião dos enfermeiros:

- Auscultação, por questionário, da opinião dos enfermeiros quanto à pertinência de intervenções de melhoria dos circuitos de doentes.

8.5- Execução e avaliação

Partindo dos objetivos delineados executam-se as atividades planeadas para os atingir, deste modo a etapa de execução do projeto materializa a realização, colocando em prática o que foi planeado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim, com a implementação das atividades propostas esperamos atingir os seguintes resultados:

- Ordenamento da distribuição dos doentes pela sala, facilitando a sua localização;
- Deste modo, os profissionais, por conhecimento da fase em que o doente se encontra, facilmente verificada no Sistema de Informação “Alert” (a aguardar colheitas ou terapêutica, ou a aguardar EAD, o de regresso destes,...), saberiam em que zona da sala procurar o doente, poupando tempo.
- Padronização do acolhimento e abordagem inicial de acordo com metodologia recomendada: Algoritmo universal de avaliação do doente vítima de doença súbita, em conjunto pelo enfermeiro e médico responsável;
- Motivação da equipa por criar um ambiente semelhante ao da Sala de Emergência, que é a preferência da maior parte dos profissionais do SU, numa área habitualmente associada a penosidade.

Por pretendermos ir mais longe e atribuir ao projeto de intervenção âmbito e validade científica, incrementamos a importância e rigor científico constituindo-se Projeto de Investigação, que faz parte integrante deste Trabalho de Projeto. Desse modo projetou-se a execução da intervenção para que fosse enquadrada no cronograma de atividades do Trabalho de Projeto como um todo. De igual modo também a avaliação da aplicação do Projeto de Intervenção ficará dependente da componente de investigação, conforme Cronograma de Atividades (Anexo 6).

8.6- Divulgação de resultados

Naturalmente, e pelo exposto anteriormente, não poderão os resultados ser divulgados sem conclusão de todo o processo.

No entanto, é nossa intenção dar conhecimento do Projeto de Intervenção, validado pelo Trabalho de Projeto de o contextualiza e serve de base, após apresentação pública e se for aprovado, atribuindo-lhe assim valor científico, no que respeita aos trâmites metodológicos, à Chefia de Enfermagem e Direção do Serviço, para que dele se possa fazer o uso tido como adequado para o interesse dos profissionais, da instituição e dos utentes beneficiários dos cuidados aqui estudados. Salvaguardando que este projeto resulta da visão do autor, que poderá não obter a concordância ou ser validada pelas decisões estratégicas dos gestores do serviço.

Parte IV- Metodologia

9- Métodos

Uma investigação pretende ser, antes de mais, uma aprendizagem, não só para o indivíduo que realiza mas também para outros indivíduos com interesse na temática estudada (Sousa e Baptista, 2014). Quando aplicada a uma determinada disciplina, a investigação permite a utilização do processo científico na análise de problemas específicos com o objetivo de produzir mudanças nas situações onde se identificaram esses problemas. Em Enfermagem, a investigação toma como objeto os problemas de cuidados, contribuindo para o estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados (Fortin, 1999).

A investigação científica consiste num método de aquisição de conhecimentos, que se consubstancia num processo sistemático de recolha de dados observados e verificados, que permite encontrar respostas para as questões levantadas no decorrer da investigação (Reis, 2018). O método científico formaliza-se num conjunto de fases sequenciais e interligadas cuja aplicação é necessária para a obtenção de dados a partir dos quais se produz conhecimento (Haro, et al, 2016).

A investigação científica pressupõe a utilização do método científico na análise e resolução de um determinado problema, que se constitui na questão de investigação. Sendo a formulação da questão de investigação um aspeto essencial pois servirá de guia mantendo a investigação centrada no seu objetivo (Haro, et al, 2016).

Com base nos objetivos do estudo o investigador desenha um esquema que oriente a perspetiva com que realiza a investigação, ou seja um paradigma de investigação. Este paradigma condicionará a escolha da metodologia a utilizar. Poderá o investigador pretender a observação de factos objetivos, procurando quantificar, prever e controlar os fenómenos com vista à generalização ou, noutra perspetiva, descrever e explicar, de modo a compreender de forma ampla, enquadrando nos contextos, mais que dominar. Enveredando, assim, respetivamente, pela utilização de métodos quantitativos ou qualitativos de investigação (Fortin, 1999).

Na estruturação da investigação, em particular na recolha e tratamento de dados, várias metodologias poderão ser desenvolvidas. No entanto, poderá o investigador, optar

pela aplicação de diferentes métodos em complementaridade, uma vez que cada método revela diferentes aspetos da realidade em estudo, a utilização dos dois métodos permite uma melhor compreensão dos fenómenos, tendo em conta o propósito da investigação (Sousa e Baptista, 2014).

A pertinência de uma investigação poderá não estar na obtenção de conhecimento inovador, mas sim numa abordagem teórico-metodológica diferente de um conhecimento já verificado, trazendo novas perspetivas sobre a temática em questão (Haro, et al, 2016). Em concordância, a investigação permite criar novos conhecimentos pelo desenvolvimento da teoria ou pela verificação da teoria, entendida como uma explicação sistemática das relações entre fenómenos e conceitos (Fortin, 1999).

Para tal o investigador utiliza o conhecimento anterior acumulado e utiliza métodos e técnicas para obter resultados pertinentes às suas indagações. (Reis, 2018). Nomeadamente elaborando um conjunto sistematizado de conceitos e das relações entre eles, acerca do fenómeno que é objeto da investigação, sobre as quais o investigador irá aplicar um modelo de análise que posteriormente permita validar ou refutar as hipóteses levantadas (Sousa e Baptista, 2014).

Não se pretenda compilar um conjunto de informação mas sim produzir conhecimento, por quanto informação são simplesmente factos ou acontecimentos de que um sujeito tem perceção, já o conhecimento distingue-se da mera informação por ter uma intencionalidade, um propósito, uma utilidade (Sousa e Baptista, 2014).

Para a obtenção de dados na prossecução da investigação será necessário caracterizar a população a estudar, referente à realidade e respetivo contexto objeto e campo do estudo. Poderá haver lugar à definição de uma amostra, entendida como um subconjunto de elementos ou sujeitos representativos da população. Sobre esses sujeitos será aplicado o instrumento de colheita de dados elaborado com vista a responder aos objetivos do estudo (Fortin, 1999).

O tema da investigação deve resultar do interesse e experiência do investigador, de acordo com critério de familiaridade com o objeto de estudo, ou seja que o tema se enraíze na experiência do investigador; critério de afetividade, que o tema resulte de forte motivação do investigador; e critério de recursos, que se preveja facilidade na recolha dos meios necessários à investigação (Sousa e Baptista, 2014).

Com o objetivo de operacionalizar os procedimentos do presente Trabalho de Projeto isolámos teoricamente a Área Médica 2 do Serviço de Urgência, descrita anteriormente, como contexto objeto do caso de estudo. Numa lógica cartesiana de dividir o objeto de estudo, de modo a estudá-lo na sua forma mais simples (Sousa & Baptista, 2014).

Deste modo, todos os procedimentos a realizar na fase empírica estão direcionados à análise particular dos circuitos de encaminhamento e circulação dos doentes alocados aquela área clínica e do conhecimento que detêm os enfermeiros que ali desempenham funções.

A formulação das questões de investigação teve em conta esta particularização, que julgamos dar resposta à questão central de investigação. Assim como a construção do instrumento de colheita de dados a ser apresentado aos intervenientes no estudo sob a forma de entrevista. Em complemento do instrumento de colheita de dados, elaborámos um projeto de intervenção de melhoria que visasse a otimização do fluxo interno de doentes na Área Médica 2, enquanto exemplo dos circuitos de encaminhamento dos doentes no processamento interno do SU, a ser analisado com os intervenientes do estudo durante o processo de colheita de dados.

9.1- Construção do modelo de análise

O modelo de análise da investigação refere-se a um esquema orientador da conceção teórica que identifica os aspetos que influenciam a realidade objeto do estudo, deve revelar as relações entre os conceitos assim como as diversas variáveis e a dinâmica do problema a ser investigado (Sousa & Baptista, 2014).

Da experiência do autor obtemos a vivência de que há problemas no Serviço de Urgência passíveis de melhoria. Como descrito na Parte I - Enunciado da Problemática.

Procurámos então saber se haverá na comunidade científica, concordância com o autor na identificação de necessidade de melhorias nos processos internos do Serviço de Urgência, indagando do estado da arte nesta matéria, nomeadamente através de consulta de bibliografia e da opinião de diferentes autores. Por outro lado interessa saber o que pensam os enfermeiros, verificar se identificam a necessidade de melhoria, e se acham de há espaço à otimização dos circuitos de doentes com vista à sua melhoria.

Noutra vertente julgámos importante saber se terão os enfermeiros competências para realizar a otimização dos circuitos dos doentes, com vista à sua melhoria como referido. De igual modo procurámos saber o que consta a esse respeito nos documentos, publicações e opinião dos especialistas, novamente - o estado da arte. No mesmo sentido, pretendemos analisar, também a este respeito, o que pensam os enfermeiros, se terão a noção de que detêm competência nessa matéria.

Deste modo, no sentido de desenhar uma questão de investigação que conjugasse o conhecimento dos enfermeiros acerca da necessidade de melhoria dos circuitos com o conhecimento das suas próprias competências na otimização dos mesmos, elaborámos o nosso constructo, enquanto conceito complexo resultante dde um conjunto de ideias simples (Fortin, 1999), invocando o conceito de percepção, pois que, sendo definida como a função cerebral que atribui significados a estímulos sensoriais a partir do histórico de vivências passadas, para a qual contribuem as sensações, as representações e até os juízos (Mora, 1991), entendemos que esse conceito teria o significado que responde aos objetivos do estudo.

Assentamos a análise desta questão no pressuposto de que os enfermeiros detêm percepção das suas competências em determinada matéria quando identificam a necessidade de intervenção, invocam os seus conhecimentos, capacidades e habilidades, e prescrevem intervenções que desencadeiam transformações.

A de mais, com o pressuposto de que a experiência e a formação especializada contribuem para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pretendemos inferir em que medida essas duas dimensões influenciam o conhecimento que os enfermeiros demonstram relativamente às questões referidas.

Paralelamente desenvolvemos as diferentes fases metodológicas do Projeto de Intervenção realizado.

Assim pretendendo, com o presente Trabalho de Projeto, analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital Central da região centro de Portugal relativamente à sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de doentes no SU, e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais este foi o modelo de análise que elaborámos para a compreensão da temática e resposta ao problema de investigação identificado, e que se encontra representado esquematicamente na Fig. 1.

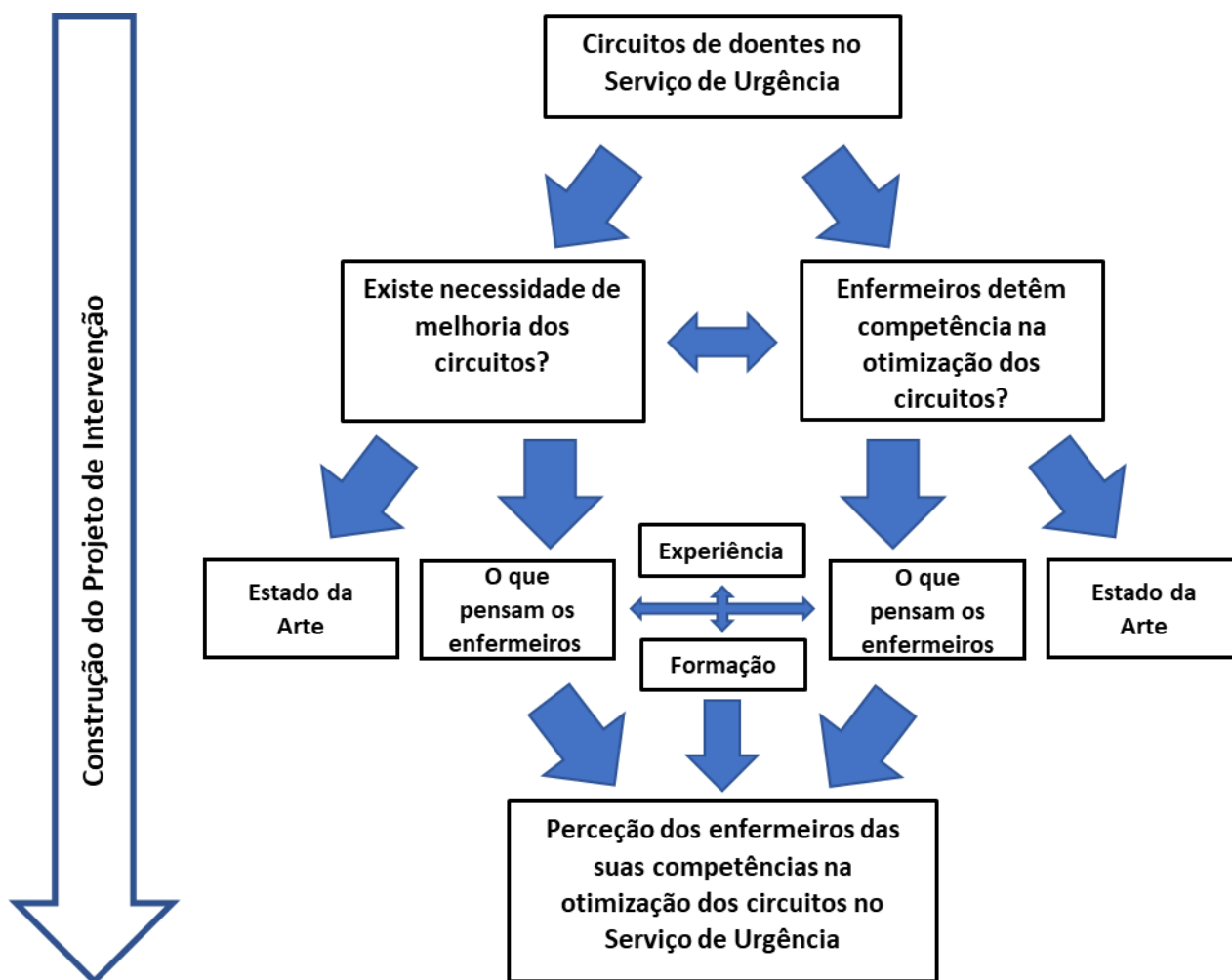


Fig. 4 – Modelo de análise da temática em investigação (elaboração própria).

9.2- Tipo de Estudo

O tipo de estudo refere-se à estrutura utilizada dando seguimento à questão de investigação, que visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade (Fortin, 1999).

Propomos a realização um estudo de natureza qualitativo, de cariz exploratório e de análise descritiva, sob a forma de estudo de caso, uma vez que se pretende analisar um grupo específico de indivíduos pertencentes a uma organização, com características relevantes para a temática (Haro et al, 2016) e, por um lado descrever a existência da realidade versada na problemática – a perceção dos enfermeiros relativamente às suas

competências, por outro explicar as relações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e essa percepção dos enfermeiros.

Procura-se analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente à sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU.

Pretende-se saber em que medida os enfermeiros identificam a necessidade de melhoria no desempenho do Serviço de Urgência e detêm conhecimento sobre a sua competência de intervenção na otimização dos circuitos dos doentes, e se tomam a iniciativa de exercer essa competência propondo medidas interventivas e que fatores influenciam essa iniciativa.

A pesquisa desenvolvida enquadra-se também numa metodologia observacional visto que tem por objetivo explicar a relação entre as variáveis (Reis, 2018). Mais propriamente entre as variáveis - tempo de serviço e formação especializada e a variável – percepção dos enfermeiros relativamente à sua competência na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes.

Neste sentido enunciámos a questão central de investigação, a qual entendemos que se enquadra nos objetivos que pretendemos atingir, assim como formulamos um conjunto de questões de investigação que darão resposta a esses mesmos objetivos. De seguida definimos um conjunto de variáveis com vista a obter dados que se constituam soluções prováveis das questões de investigação, após o que operacionalizámos as ditas variáveis que esperamos medir através da colheita de dados a realizar e permitirão a análise do tema. De todos se faz a enumeração de seguida:

Questão central de investigação:

Que percepções manifestam os enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente à sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU?

Objetivo geral:

- Analisar a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU.

Objetivos específicos:

- Analisar o conhecimento dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente à necessidade de melhoria dos circuitos dos encaminhamentos dos doentes no SU;
- Analisar em que medida os enfermeiros do Serviço de Urgência entendem que tem competências para participar na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU;
- Explicar a relação das características profissionais, nomeadamente o tempo de serviço e formação especializada, com a percepção dos enfermeiros do Serviço de Urgência relativamente às suas competências de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU;
- Caracterizar os enfermeiros relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais.

Questões de investigação:

- Qual o nível de conhecimento dos enfermeiros do Serviço de Urgência sobre a necessidade de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU?
- Qual o nível de conhecimento dos enfermeiros do Serviço de Urgência sobre a sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes no SU?
- Será que os enfermeiros do Serviço de Urgência fazem uso da sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes, nomeadamente propondo medidas que visem a otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes?

- Qual o impacto do tempo de serviço no nível de conhecimento que os enfermeiros do Serviço de Urgência detêm sobre a sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes?
- Em que medida a formação especializada influencia o conhecimento que os enfermeiros do Serviço de Urgência detêm sobre a sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes?
- Qual o impacto do tempo de serviço dos enfermeiros do Serviço de Urgência no uso da sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes, nomeadamente na proposta de medidas que visem a otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes?
- Em que medida formação especializada influencia os enfermeiros do Serviço de Urgência no uso da sua competência de intervenção na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes, nomeadamente na proposta medidas que visem a otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes?

Variáveis:

Em investigação científica, denomina-se variáveis os conceitos que podendo assumir diferentes valores, tem relações entre si com interesse para o fenómeno objeto da investigação (Haro, et al, 2018).

Da pesquisa bibliográfica ressalta que existem competências diferenciadas de acordo com a formação profissional e a experiência profissional dos enfermeiros, desse modo assumimos esses conceitos, que podendo assumir vários valores, tem relações entre si, influenciando o fenómeno em investigação (Reis, 2018).

Constituindo-se, deste modo, as seguintes variáveis: experiência profissional, formação profissional; e a perceção dos enfermeiros relativamente à sua competência na otimização dos circuitos de encaminhamento dos doentes.

A variável formação foi dimensionada pela presença ou ausência de formação especializada e a variável experiência profissional foi dimensionada em tempo de serviço em anos.

No sentido de operacionalizar as respostas às questões de investigação propostas, identificamos as seguintes variáveis:

- *Variável 1* - Perceção dos enfermeiros quanto às competências na otimização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência
- *Variável 2* - Tempo de Serviço no Serviço de Urgência
- *Variável 3* - Formação Especializada em Enfermagem

9.3- Participantes no estudo

Tratando-se de um estudo de caso pretende-se a análise de um contexto específico onde se defende que haja uma intervenção circuitos de encaminhamento dos doentes – Serviço de Urgência Polivalente de um hospital da região centro do país. Assim os participantes serão os eventuais agentes dessa intervenção, de acordo com a temática em análise, ou seja os elementos da equipa de Enfermagem do serviço.

A população em estudo é constituída pelos 166 enfermeiros da equipa de enfermagem de um hospital da região centro de Portugal. A entrevista será realizada aos enfermeiros que, de forma livre, com carácter facultativo e salvaguardadas as questões de confidencialidade, aceitarem participar no estudo de entre todos os que forem distribuídos, nas distribuições diárias do SU, no setor estudado e para o qual se preparou a proposta de intervenção de melhoria – a área de observação e tratamento de doentes urgentes com classificação de amarelo ou laranja de acordo com o sistema de triagem de prioridades, denominada Área Médica 2.

Entendemos que, deste modo, se obtém uma amostra aleatória uma vez que cada um dos enfermeiros tem igual probabilidade de ser selecionado (Sousa & Baptista, 2014)

Como o setor em causa representa cerca de 27% dos postos de trabalho diários do SU, nos turnos de dia (os postos de trabalho no setor mantém-se ao longo das 24 horas, no entanto entre as 0h00 e as 8h00 existem menos postos de trabalho no geral), usaremos esse valor para calcular a amostra, prevendo-se um total de 45 entrevistas realizadas (27% de 166 enfermeiros).

O estudo pretende-se que verse sobre os enfermeiros da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência, em que o único critério de exclusão será a recusa em participar no

estudo, assim, tendo como amostra os enfermeiros distribuídos em postos de trabalho, assumem-se que os requisitos/critérios de seleção estão cumpridos.

9.4- Instrumento de colheita de dados

Como instrumento de colheita de dados optou-se por uma entrevista com base em guião de entrevista semiestruturada (Anexo 4), por se considerar que melhor se adapta aos objetivos e à metodologia utilizada, onde constam, além de dados demográficos, dados profissionais, algumas questões de enquadramento e questões direcionadas ao foco da investigação.

As primeiras questões prendem-se com a caracterização profissional dos enfermeiros participantes no estudo, cumprindo o objetivo de realizar essa caracterização. Em particular para recolho de dados sobre a experiência e a formação profissional, que se constituem variáveis em estudo.

Na construção da segunda parte do guião pretende-se ter como referência a *Practice Environment Scale of the Nursinsig Work Index* (PES-NWI), uma escala de avaliação dos ambientes de prática, traduzida e adaptada para Portugal por Amaral et al. (2012). Da qual se extraíram as bases para algumas questões a incluir no guião da entrevista, em particular referentes a três das cinco dimensões que compõem a escala, nomeadamente participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; gestão, liderança e apoio dos enfermeiros; e relação entre médicos e enfermeiros, dimensões essas que entendemos particularmente importantes para o nosso estudo e cujos resultados em estudos anteriores relacionados com as características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem, obtiveram valores críticos (Amaral e Ferreira, 2013).

Com este conjunto de questões pretendemos confrontar os dados recolhidos com outros estudos que versem sobre o ambiente da prática dos cuidados com vista a inferir da concordância com os resultados desses estudos e, como tal, procurar reforçar a qualidade e validade interna da investigação (Sousa & Baptista, 2014).

Para auxiliar na resposta às questões, programou-se a apresentação de uma escala visual gráfica, de cinco níveis, com as das respostas entre “concordo muito” a “discordo muito”, e o entrevistado poderá ir consultando ao longo da entrevista.

Posteriormente às perguntas iniciais, pretende-se recolher a opinião dos entrevistados relativamente aos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, para verificar da concordância entre as opiniões dos enfermeiros e os dados recolhidos e referenciados no enquadramento teórico.

Neste sentido surgem questões abertas procurando constatar em que medida os enfermeiros entrevistados entendem que há necessidade de melhoria/otimização dos circuitos de encaminhamento de doentes no SU, e em que medida entendem que os enfermeiros do serviço de urgência detêm competência na otimização e/ou modificação dos circuitos dos doentes.

Na última questão, pretende-se analisar com os entrevistados uma proposta concreta de intervenção num circuito de encaminhamento dos doentes do SU, usando-se para tal o esquema resumo sistematizado do Projeto de Intervenção realizado que se elaborou especificamente para este fim (Anexo 5), e perceber se os mesmos lhe reconhecem potencial de resposta ao uso da sua competência de intervenção no contexto em estudo.

9.5- Aplicação do instrumento de colheita dos dados

Programou-se realizar as entrevistas durante o mês de maio, por uma questão de conveniência, por ser um período com poucas ausências de profissionais para gozo de férias, e por se prever um fluxo de doentes aos SU “normal”, com condicionamento, relativamente baixo, por questões de sazonalidade.

Como se referiu na descrição dos participantes do estudo, a entrevista será realizada a todos os enfermeiros que, de forma livre, com carácter facultativo e salvaguardadas as questões de confidencialidade, aceitarem participar no estudo de entre todos os que forem distribuídos, nas distribuições diárias do SU, no setor estudado e para o qual se preparou a proposta de intervenção de melhoria, até se atingir um total de 45 entrevistas realizadas.

10- Tratamento dos dados

A análise dos dados recolhidos tem por objetivo a verificação das respostas às questões de investigação (Haro, et al, 2016).

Prevê-se organizar e sistematizar os dados recolhidos de forma diferente consoante o tipo de questões colocadas e as opções de resposta possíveis. Os dados sociodemográficos e profissionais, serão padronizados em categorias.

Já para as questões de enquadramento adaptadas da *Practice Environment Scale of the Nursinsig Work Index* (PES-NWI) (Amaral et al. (2012), as respostas surgem em escalas que vão do “concordo muito” ao “discordo muito”, às quais será aplicado tratamento estatístico.

Prevê-se realizar comparação dos resultados obtidos com os de estudos semelhantes com vista a inferir da concordância dos dados recolhidos com as demais investigações do mesmo âmbito como forma de reforçar a validade do estudo, ou seja, a exatidão com que o constructo é avaliado, mais precisamente através da validade de constructo convergente, que diz respeito à concordância de resultados provenientes de instrumentos que avaliem constructos teoricamente relacionados (Halo, et al. 2018).

Por outro lado, ainda que se trate de um caso de estudo, pretende-se alguma capacidade de generalização à população estudada, deste modo, uma vez que se acredita que a seleção da amostra cumpre critérios de aleatoriedade, assegurando-se validade externa (Halo, et al. 2018).

Nas últimas questões, onde se permite ao inquirido, em respostas abertas, manifestar a sua opinião acerca das questões colocadas, a análise da informação obrigará à audição e transcrição para escrita dessas respostas, e a uma análise cuidada do seu conteúdo, com vista à sua categorização em diferentes grupos, permitindo assim a agregação e tratamento por assunto e a posterior elaboração de conclusões.

Para retirar ilações acerca das características da população e caracterizar quantitativamente o objeto de estudo, usam-se técnicas de estatística descritiva, que permitem organizar, condensar e apresentar a informação extraída dos dados (Mello & Guimarães, 2015).

Na análise dos dados prevê-se recorrer a técnicas de estatística descritiva e inferencial nomeadamente: frequências (relativas e absolutas), medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão). Procurar-se-á, através de estatística descritiva, demonstrar a relação entre as variáveis, com o objetivo de dar resposta às questões levantadas (Mello & Guimarães, 2015).

Assume-se a possibilidade de se impor um afinamento da metodologia de tratamento dos dados, ou a mudança significativa, durante a implementação da fase empírica da investigação, se tal se verificar adequado aos objetivos do estudo.

11- Procedimentos ético-legais e deontológicos

Serão garantidos todos aspetos éticos e legais relacionados com o processo de investigação enquanto meio de desenvolvimento de conhecimento científico. Salvaguardar-se-á os interesses de todos os envolvidos neste Trabalho de Projeto, desde logo os autores da bibliografia consultada assim como dos participantes no estudo.

Comprometemo-nos a assumir um comportamento ética e moralmente correto em todos os momentos do processo, protegendo todos os envolvidos de qualquer dano eventualmente resultante da investigação.

Fizemos referência a todos os autores cujos trabalhos consultamos e cujos contributos trouxemos ao Projeto, salvaguardando a obra intelectual original.

De modo a dar resposta à imperiosidade de se ter adequados procedimentos ético-legais, elaborou-se um pedido de autorização (Anexo 1 e 2) para a realização das entrevistas a enviar às entidades tidas por necessárias, nomeadamente o Conselho de Administração do Hospital campo do estudo de caso e respetiva Comissão de Ética assim como à .

Foi garantido o carácter voluntário, consentimento informado e anonimato dos enfermeiros entrevistados. Para o efeito construiu-se e prevê-se disponibilizar uma declaração de consentimento informado (Anexo 3), assim como se prevê prestar todos os esclarecimentos dos objetivos do estudo e demais informações relevantes.

Foram salvaguardadas as disposições constantes do Código Deontológico dos Enfermeiros.

Conclusão

É finalidade maior deste Trabalho de Projeto dar um contributo para tornar presente esta temática por forma a procurar que os enfermeiros tomem consciência plena das suas competências, no que respeita aos aspetos organizacionais da prestação de cuidados, de forma a que se sintam empoderados para contribuir ativamente na análise e otimização dos ambientes da prática.

Depois, é pretensão do autor participar ativamente na melhoria da qualidade assistencial do Serviço de Urgência, em particular através da elaboração do Projeto de Intervenção que se defende poder responder à necessidade de melhoria dos circuitos de encaminhamento de doentes estudados.

As principais motivações da elaboração deste Trabalho de Projeto e da escolha da temática, foram as experiências do autor, enquanto enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência, conhecendo as deficiências que constituem oportunidades de melhoria pela experiência própria.

Procurámos elaborar um conjunto sistematizado de conceitos e das relações entre eles, de modo a compreender o fenómeno objeto de investigação do presente Projeto.

O Projeto não constitui um fim em si mesmo, pretendemos que seja um meio para alcançar o fim maior de contribuir para o enriquecimento do conhecimento sobre temática que nos propusemos abordar.

Não pretendemos, com este Trabalho de Projeto, apenas coligir um conjunto de informações sobre a temática em análise, mas sim produzir conhecimento, no sentido que as informações compiladas tivessem a utilidade e o propósito de contribuir para investimento dos enfermeiros do Serviço de Urgência na otimização dos circuitos de encaminhamento de doente no SU.

Do trabalho de pesquisa realizado e pela análise dos contributos à compreensão da problemática elencados, constatámos que existe espaço e necessidade de melhorias nos circuitos internos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, neste contexto defendemos que os enfermeiros detêm competência na otimização desses circuitos de encaminhamento de doentes no SU, e que a intervenção dos enfermeiros nos

circuitos de doente, para além de ter potencial de melhorar a qualidade assistencial do SU por via da melhoria da circulação e permanência dos doentes, pode constituir-se um meio de afirmação da autonomia da enfermagem criando espaços e desenvolvendo oportunidades para o Cuidar para além da execução de cuidados.

Faltará desenvolver o trabalho empírico de modo a validar, ou refutar, estas proposições. Sendo essa a principal limitação que identificamos.

Para prossecução de estudos nesta temática, para além da realização da fase empírica, talvez fosse interessante um estudo observacional que procurasse identificar as características e eventuais constrangimentos e potencial de melhoria dos circuitos de doentes no SU, tanto na instituição em estudo como em outras instituições. De igual modo a aplicação da metodologia noutros contextos poderia mostra-se interessante.

No que respeita à metodologia subjacente à realização do Trabalho de Projeto, entendemos ter alcançado os objetivos propostos que visam o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à prestação de cuidados diferenciados à Pessoa em Situação Crítica, assim como de práticas e metodologias de Investigação Científica, adequadas e necessárias à obtenção do grau de Mestre.

Cabe aqui a homenagem aos autores citados porquanto os seus contributos foram cruciais para as aprendizagens realizadas ao longo deste percurso da conceção e desenvolvimento deste Trabalho de Projeto.

Referências Bibliográficas

- Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (2019). *Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em: http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influencia do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em enfermagem*, 5. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289671002_Influencia_do_ambiente_da_pratica_nos_resultados_dos_cuidados_de_enfermagem
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280–288. Acedido em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7.%20%20Original%20Paper.pdf>
- Bittencourt, R. J. & Hortale, V. A. (2009) Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009 Acedido em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000700002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 8–14. Acedido em: http://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; (2018) Plano de Emergência Interna. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; (2016) Plano de Emergência Externa. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

- Costa, R. M. F. M. S. (2017). *Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29895&code=489>
- Cruz, A. G.; Gomes, A. M. T.; Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritário e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 73-82 Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832017000400008&lng=pt&nrm=iso
- Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em: <http://www2.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/9ee5addf-4cc1-41b9-bc00-d368fa074329/0/recomendacoesorgespurgencia.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2020). Norma N.º: 004/2020 COVID-19: Abordagem do Doente com Suspeita ou Confirmação de COVID-19 Acedido em: https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/Norma-004_2020.pdf
- Direção Geral de Saúde (2018). Norma N.º: 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Acedido em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2016). Norma N.º: 010/2016 – Via Verde Sépsis do Adulto. Acedida em: <http://nocs.pt/via-verde-sepsis/>
- Direção Geral de Saúde (2016). Norma N.º: 015/2017– Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Acedido em: <http://nocs.pt/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>
- Direção Geral de Saúde, (2016). *Manual de Standards – Unidades de Urgência e Emergência*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na>

saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx

Direção Geral de Saúde, (2010). Circular Normativa N.º: 07/DQS/DQCO de 31/03/2010 - Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado. Acedido em: <http://nocs.pt/cuidados-doente-traumatizado/>

Diário da República. (1998). Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril - Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21. Acedido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/175784/details/maximized>

Diário da República. (2002). Despacho Normativo n.º 11/2002 de 06 de março, Diário da República, 1ª série – N.º 55 – 06 de março de 2002. Acedido em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized>

Diário da República. (2006). Despacho Normativo n.º 18459/2006 de 02 de agosto, Diário da República, 2ª série – N.º 176 – 12 de setembro de 2006. Acedido em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa//search/1518280/details/normal?q=despacho+18459%2F2006>

Diário da República. (2014). Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, Diário da República, 2ª série – N.º 153 – 11 de agosto de 2014. Acedido em: <https://dre.pt/home/-/dre/55606457/details/maximized>

Diário da República. (2015). Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. Diário da República, 2ª série. N.º 102 – 27 de maio de 2015. Pag 13551-13553. Acedido em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>

Diário da República. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação peri operatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República, 2.ª série - N.º 135 - 16 de julho de 2018. Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

- Dixe, M. A. C. R., Passadouro R., Peralta T., Ferreira C., Lourenço G., Sousa P. M. L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 16 - JAN./FEV./MAR. 2018*. Acedido em: <https://doi.org/10.12707/RIV17095>
- Fernandes, J. & Vareta, D. (2019) *Enfermagem Avançada*. Lisboa: Editora Papa-Letras.
- Fernandes, T. S. R. (2016). *Escolha de Serviços de Saúde Urgentes: um estudo experimental* (Dissertação de Mestrado). Escola de Economia e Gestão. Universidade do Minho. Acedido em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42142/1/T%C3%A2nia%20Sofia%20Rodrigues%20Fernandes.pdf>
- Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 5(1)*. Acedido em: <https://doi:10.12707/RIV19086>
- Ferreira, M. F. & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, 3(8)*, 83-93. Acedido em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=100463&code=396e687a0d50088819627453adb713f251220321>
- Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 3(10)*, 45-53. Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000200006&lng=pt&nrm=i
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O erro em Medicina – Perspetivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. (Reimpressão da 1ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: Operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, 3(10)*, 171-178. Acedido em: <http://doi:10.12707/RIII12125>

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gonçalves, J. F. C. (2018) *A sobrelotação no serviço de urgência: estratégias de redução pela metodologia Delphi*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria Acedido em: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3530>
- Grupo português de triagem. (2009). *Triagem no serviço de urgência - Manual do formando* (2ª ed.). Lisboa: BMJ Publishing group.
- Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem / CHUC - SIDE (2017). *Tomada de Decisão em Enfermagem no CHUC – O percurso da mudança*. Coimbra: Editor - Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.
- Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar (2011). *A Rede Nacional de Urgência e Emergência – Reflexões no contexto da Reforma Hospitalar em 2011*. Despacho n' 10601/2001, de 16 de Agosto Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>
- Guimarães, T. (1987). *Descartes – Discurso do Método*. Porto: Porto Editora.
- Gurrutxaga, M. I. U. (2018). Responsibility in nursing care: placing the patient at the center. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 161-168. Acedido em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1563&codigo=
- Hawking, Stephen W. (1988) *Breve História do Tempo – do Big Bang aos Buracos Negros*. Lisboa: Gradiva – Publicações, Lda.
- Haro, F. A.; Serafim, J.; Cobra, J.; Faria, L.; Roque, M. I.; Ramos, M.; Carvalho, P. & Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais – Guia Prático do Estudante*. Lisboa: Practor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

- Homem, F.; Patrício, M. F.; Cardoso R. & Lourenço, A. C. (2012). *Team Building e a enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência, 3(7), 169-177 Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200018
- Jarvis, P. R. E. (2016). *Improving emergency department patient flow*. Clinical and Experimental Emergency Medicine, 3(2),63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>
- Jesus, E., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 13. Acedido em:https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_ambientes_de_pratica_de_enfermagem
- Mello, F. M. & Guimarães, R. C. (2015). *Métodos Estatísticos para o Ensino e a Investigação nas Ciências da Saúde*. (1ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Ministério da Saúde (2019), Relatório do Grupo de Trabalho - Serviços de Urgência. Consultado em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/29/servicos-de-urgencia/>
- Ministério da Saúde (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde. Acedido em: <http://www2.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/9ee5addf-4cc1-41b9-bc00-d368fa074329/0/recomendacoesorgespurgencia.pdf>
- Mora, J. F. (1991). *Dicionário de Filosofia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Nunes, Lucília (2017). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.
- Oliveira, A. (2008). Hiperutilizadores e urgência. Acta Med Port 2008; 21: 553-558 Acedido em: <file:///C:/Users/Cons/Downloads/823-1376-1-PB.pdf>
- Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. Acta Med Port 2006; 19: 269-273 Acedido em: https://www.researchgate.net/publication/6477429_Basic_emergency
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos

Enfermeiros Acedido em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013)- Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf.

Ponce, P. & Mendes, J. J. (2019). *Manual de Urgências e Emergências*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Queirós, P. J. P. (2015). Cuidar da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 139-146. Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S087402832015000200016&lng=pt&nrm=iso

Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Lisboa: Edições Sílabo.

Ribeiro, J. M. S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36. Acedido em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300003

Ribeiro, O.; Vieira, M.; Cunha, M.; Dias, A. & Martins, R. (2016). Gestão do Tempo no Planeamento de Cuidados de Enfermagem. *Revista Servir*, 59 n.º 4, 7-11. Acedido em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4580>

Ribeiro, O.; Martins, M. M. F. P. S.; Tronchin, D. M. R. & Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000400005&lng=pt&nrm=iso

Ruivo A., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. Acedido em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão estruturada. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 59-62. Acedido em https://rr.esenfcp.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10

Sebastião, S. M. F. A. (2019). *Marcadores de Risco dos Clientes admitidos no Serviço de Urgência* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5458>

Sheehy, S. (2001) *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. (versão portuguesa da 4ª edição original) Lisboa: Lusociência.

Silva, M. J. P. (2017). Como cuidar o corpo preservando a dignidade da pessoa. In R. C. Melo (Coord.), *Higiene e Conforto: Da tarefa ao cuidar com Humanidade*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp. 51-62). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

Sousa, M. J.; Baptista, C. S. (2014). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha*. (5ª Edição) Lisboa: Practor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Veríssimo, O. M. T. (2018). *O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57753&code=297>

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. (2ª edição) Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.

Anexos

Anexo 1 – Pedido de autorização para realização de entrevistas ao Conselho de Administração do Hospital

 CENTRO HOSPITALAR & UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Antes de preencher este formulário, leia atentamente as respetivas instruções de preenchimento
Todos os campos são de preenchimento obrigatório

1. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) INVESTIGADOR(A)

Nome (completo):

Morada:

C. Postal: - Localidade:

Telemóvel: Endereço de e-mail:

1.2. IDENTIFICAÇÃO DO INVESTIGADOR COORDENADOR (se aplicável)

Nome (completo):

Telemóvel: Endereço de e-mail:

1.3. IDENTIFICAÇÃO DO(S) CO-INVESTIGADOR(ES) (se aplicável)

Nome (completo):

Telemóvel: Endereço de e-mail:

Nome (completo):

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Telemóvel: Endereço de e-mail:

Nome (completo):

Telemóvel: Endereço de e-mail:

Nome (completo):

Telemóvel: Endereço de e-mail:

1.4. IDENTIFICAÇÃO DO PROMOTOR


Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

2. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título do projeto:	PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DAS SUAS COMPETÊNCIAS NA OTIMIZAÇÃO DOS CIRCUITOS DE DOENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – ESTUDO DE CASO
Tipo de estudo:	<i>ESTUDO QUALITATIVO DESCRITIVO E CORRELACIONAL POR ENTREVISTA</i>
Finalidade do estudo:	<i>ANALISAR A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA RELATIVAMENTE AS SUAS COMPETÊNCIAS NA OTIMIZAÇÃO DOS CIRCUITOS DE DOENTES NO SU</i>

Serviço(s) onde o projeto será executado:

--

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Serviço de Urgência A – Hospital da Universidade de Coimbra, CHUC, EPE.

Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

- Sim Não

Em caso afirmativo indique qual/quais:

3. JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Realização de estudos conducentes a obtenção do grau de Mestrado

4. PARTICIPANTES ABRANGIDOS NA INVESTIGAÇÃO

4.1. Grupo de estudo

Número:


45

Critérios de inclusão/exclusão utilizados:

Enfermeiros do Serviço de Urgência

Indique como se processará o seu recrutamento:

POR CONVITE A PARTICIPAR NO ESTUDO QUE SE PRETENDE LIVRE E VOLUNTÁRIO

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

4.2 Grupo de controle

Número:

Critérios de inclusão/exclusão utilizados:

Indique como se processará o seu recrutamento:

Especifique se o estudo abrange grávidas, maiores incapazes e/ou menores de idade:

NÃO

5. OUTROS DADOS SOBRE O PROJETO

a) A Investigação envolve a realização de exames complementares?

- Sim Não

- Em caso afirmativo, por favor, indique:

Tipo:

Frequência:

Especifique se estes procedimentos são feitos especialmente para esta investigação ou são executados

Tipo:	
Frequência:	
Especifique se estes procedimentos são feitos especialmente para esta investigação ou são executados	

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes:

b) A Investigação proposta envolve Questionários?

- Sim Não

- Em caso afirmativo, por favor, indique:

A quem são feitos?

Como são aplicados?

(NOTA: [Junte 1 exemplar](#) do questionário que será utilizado).

c) A Investigação proposta envolve outros procedimentos?

- Sim Não

- Em caso afirmativo, por favor, indique:

Tipo: ENTREVISTA

Frequência: UNITÁRIA

Especifique se estes procedimentos são feitos especialmente para esta investigação ou são executados no âmbito dos cuidados médicos habituais a prestar aos doentes:

EXCLUSIVOS PARA O ESTUDO

6. DESCRIÇÃO RESUMIDA DO PLANO E METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Procurámos saber se haverá na comunidade científica identificação de necessidade de melhorias nos processos internos do Serviço de Urgência, nomeadamente através de consulta de bibliografia e da opinião de diferentes autores. Por outro lado interessa saber o que pensam os enfermeiros, para verificar se identificam a necessidade de otimização dos circuitos de doentes.

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Noutra vertente julgámos importante saber se terão os enfermeiros competências para realizar a otimização dos circuitos dos doentes, com vista à sua melhoria como referido. De igual modo procurámos saber o que consta a esse respeito nos documentos, publicações e opinião dos especialistas. No mesmo sentido, pretendemos também analisar, o que pensam os enfermeiros, para perceber se terão a noção de que detêm competência nessa matéria.

Propomos a realização um estudo de caso, descritivo e correlacional no qual a opinião dos enfermeiros será recolhida através entrevista semiestruturada e os dados tratados estatisticamente e através de análise de conteúdo.

7. AVALIAÇÃO DE RISCO/BENEFÍCIO

Que riscos ou incómodos podem ser causados aos participantes pelo estudo?

NENHUNS

Que benefícios imediatos poderão advir para os participantes pela sua anuência em participar no estudo?

NENHUNS


8. PROTEÇÃO DE DADOS DOS PARTICIPANTES

Medidas tomadas para assegurar a proteção de dados.

8.1 Responsável pelo tratamento de dados

Nome (completo):

Rui Alexandre Pires Nunes

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Telemóvel:

Endereço de e-mail:

8.2. Categoria de Dados Pessoais

Identifique todos os dados pessoais e/ou especiais a que pretende ter acesso:

Idade, género, tempo de serviço, formação especializada

8.3 Colheita/Recolha de Dados Pessoais

- **Direta (ao próprio):**

Presencial Por impresso Telefone Inquérito on-line Outro (especificar):

- **Indireta:**

Processo Clínico Registos de outras Instituições Familiares Outro (especificar):

8.4 Tratamento de Dados Pessoais

Indicar a forma como são armazenados ou gravados os dados recolhidos:

Guardados em arquivo fechado no domicílio do investigador

8.5 Medidas de segurança

Indicar as medidas técnicas e organizativas adotadas para segurança dos dados pessoais:

8.5.1. O participante é identificado por código especificamente criado para este estudo?

Sim Não

8.5.2. Em caso afirmativo, quem realiza a codificação dos dados?

Investigador Promotor Outro (especifique)

8.5.2. Onde ficam os dados pessoais tratados?

X numa base de dados / ficheiro do Investigador

numa base de dados / ficheiro do CHUC

numa base de dados / ficheiro do Promotor

numa base de dados / ficheiro fora da União Europeia

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

8.5.3. É criado um biobanco?

Sim x Não

8.5.4. Existe Comunicação de Dados Pessoais a terceiros?

Sim x Não

8.5.5. Existem Fluxos de Dados Pessoais transfronteiriços para fora da EU/EEE?

Sim x Não

8.5.6. Indicar o Prazo Máximo de Conservação dos Dados

9. CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesses

10. CONSENTIMENTO


A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.

*Nota: Deverá juntar um exemplar do **Texto de Consentimento Informado** a assinar pelo participante ou representante(s) legal(is).*

Descreva resumidamente o conteúdo da informação a transmitir ao participante:

No âmbito do projeto de investigação centrado na Perceção dos Enfermeiros das suas Competências nos Circuitos de Encaminhamento de Doentes no Serviço de Urgência, solicita-se a sua participação no referido estudo cujo objetivo principal visa descrever a perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, relativamente às suas competências na estruturação dos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem e encaminhamento para a especialidade.

Para tal, apelamos à sua participação que consistirá em responder, durante 20 a 30 minutos, a uma entrevista semiestruturada em grupo com questões abertas. Se de alguma forma não se sentir confortável com alguma questão, poderá não responder. Se decidir não participar ou desistir a meio ou até duas semanas após realizar a entrevista, tem toda a liberdade para o fazer. Toda a informação recolhida será confidencial. Pedimos que a entrevista seja gravada para permitir a posterior análise dos dados em profundidade. A gravação será guardada no gabinete do Investigador Principal (Enf^o Rui Nunes) em armário fechado à chave, tendo apenas acesso o próprio. Poderá recusar a gravação, assim como poderá decidir suspender a gravação durante a entrevista, em liberdade.

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

11. RELATIVAMENTE AO ESTUDO

a) Data prevista de início: : __/__/__ Data prevista de conclusão: __/__/__

b) Existe reembolso e/ou ressarcimento aos participantes

- Pelas deslocações: Sim x Não
- Pelas faltas ao serviço: Sim x Não
- Por danos resultantes da sua participação no estudo: Sim x Não

c) Em caso afirmativo especifique a entidade que assume a responsabilidade pelo reembolso e/ou ressarcimento das despesas:

d) Existe um Seguro afeto a este Projeto de Investigação (especifique):

e) Do estudo resulta alguma espécie de benefício financeiro ou outro para o investigador e/ou instituição?

Sim x Não

Em caso afirmativo especifique:


Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva de companhia farmacêutica ou de outra entidade?

Sim x Não

Em caso afirmativo especifique a entidade:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado(a), declaro por minha honra, na qualidade de investigador, que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras.

	PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	IM-01.01 Próxima Revisão: Junho/2023
Comissão de Ética para a Saúde		Página 1 de 6

Comprometo-me a respeitar o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais dos participantes, vinculando-me ainda ao estrito cumprimento do dever de sigilo e de confidencialidade a que me encontro legalmente obrigado.

Declaro também que durante o estudo serão respeitadas todas as disposições legais em vigor e as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1964 e subsequentes revisões) e da Organização Mundial de Saúde.

Data do pedido de aprovação: ____/____/____

(assinatura)

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão,

Reunião de ____/____/____

Anexo 2 – Pedido de autorização para realização de entrevistas à
Comissão de Ética



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

O orientador/docente Professora Doutora Madalena Cunha e o estudante Rui Nunes do Curso Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Projeto vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/ investigação sobre o tema «Perceção dos enfermeiros das suas competências nos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência» à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo “Dados do Projeto de Investigação” e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados

Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados da vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 67/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Data

Pede Deferimento

O orientador/docente

O estudante

Anexo 3 – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Perceção dos enfermeiros das suas competências nos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência

Caro(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

No âmbito do projeto de investigação centrado na Perceção dos Enfermeiros das suas Competências nos Circuitos de Encaminhamento de Doentes no Serviço de Urgência, solicita-se a sua participação no referido estudo cujo objetivo principal visa descrever a perceção dos enfermeiros do Serviço de Urgência, relativamente às suas competências na estruturação dos circuitos de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem e encaminhamento para a especialidade.

Para tal, apelamos à sua participação que consistirá em responder, durante 20 a 30 minutos, a uma entrevista semiestruturada em grupo com questões abertas. Se de alguma forma não se sentir confortável com alguma questão, poderá não responder. Se decidir não participar ou desistir a meio ou até duas semanas após realizar a entrevista, tem toda a liberdade para o fazer. Toda a informação recolhida será confidencial. Pedimos que a entrevista seja gravada para permitir a posterior análise dos dados em profundidade. A gravação será guardada no gabinete do Investigador Principal (Enf^o Rui Nunes) em armário fechado à chave, tendo apenas acesso o próprio. Poderá recusar a gravação, assim como poderá decidir suspender a gravação durante a entrevista, em liberdade.

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo indicado. Deve pedir e guardar uma cópia deste documento para si.

Obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, (nome completo) _____ tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido(a) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado(a) que tenho direito a recusar participar. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____

Por favor indique se gostaria de saber os resultados do estudo. SIM _____ NÃO _____

E-mail: _____ Contacto telefónico: _____

Entrevistador/a _____

Data ____ (dd)/ ____ (mm)/ ____ (aaaa)

Investigador Principal: Rui Alexandre Pires Nunes

Morada: Rua B, lote 11, Sr^a das Dores, Condeixa-a-Velha, 3150-229 Condeixa-a-Velha

Telefone: 918310889

Anexo 4 – Instrumento de Recolha de Dados

GUIÃO DE ENTREVISTA

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____

Hora de início: ____:____

Hora de fim: ____:____

Pré-entrevista

- Explicar sumariamente em que consiste o estudo e a entrevista, tendo em conta:
 - Objetivo do estudo
 - Gravação dos dados
 - Confidencialidade e anonimato, fornecer Declaração de Consentimento Informado
- Explicar a possibilidade de poder interromper a entrevista se sentir necessidade
- Solicitar autorização para gravação da entrevista
- Explicar que durante a entrevista iremos tomar algumas notas
- Explicar o uso da escala visual gráfica que serve de base às respostas

Corpo da Entrevista

Objetivo:

Compreender as perceções dos enfermeiros relativamente às suas competências na otimização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência.

Questão central:

Os enfermeiros têm competência no desenho dos circuitos de doentes dentro do SU, após a triagem e encaminhamento para a especialidade?

Questões orientadoras:

I – Dados socio-demográficos e profissionais:

- 1- Idade: _____
- 2- Género: _____
- 3- Tempo de exercício: _____
- 4- Tempo de exercício no SU: _____
- 4- Formação Especializada: _____

II- Participação dos enfermeiros na governação interna do serviço:

- 1- Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna?
- 2- O chefe de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal?
- 3- A chefia de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar?
- 4- A direção do serviço ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários?
- 5- Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem?
- 6- O chefe de enfermagem consulta a equipa sobre os problemas e procedimentos diários?

III - Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros:

- 1- Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder?
- 2- Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa?
- 3- O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico?

IV - Relação entre médicos e enfermeiros:

- 1- Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho?
- 2- Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos?
- 3- Os médicos valorizam os juízos e as observações dos enfermeiros?

V – Competência dos enfermeiros:

- 1- Na sua opinião entende que há problemas passíveis de melhoria nos circuitos de doentes no SU?
- 2- Os enfermeiros têm competência na otimização dos circuitos de doentes dentro do SU, após a triagem e respetivo encaminhamento para a especialidade?
- 3- Alguma vez propôs alguma alteração aos circuitos de doentes dentro do SU, após a triagem e respetivo encaminhamento para a especialidade?
 - a. Porquê?

Demonstração do modelo proposto como exemplo.

- 4- Poderia o modelo exemplificado ser implementado por iniciativa dos enfermeiros?
 - a. Porquê?

Pós-entrevista

- Questionar se existe algo mais que queira acrescentar
- Agradecer a participação e disponibilidade

Anexo 5 – Projeto de intervenção proposto como exemplo de melhoria



Projeto de Intervenção de Melhoria nos Circuitos de Doentes na Área Médica

Elaboração: Rui Nunes

Desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Trabalho de Projeto do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Espaço em “*open space*”, com balcão central onde se encontram os profissionais, doentes dispostos na periferia em “*boxes*”, 2 portas junto à triagem, 1 porta lado oposto, 1 sanitário.

Problemas:

- Distribuição e circulação aleatória de doentes nos vários momentos de circulação: vindo da triagem, vindo dos EAD, vindo de outras áreas de observação (por outras especialidades);
- Dispêndio de tempo à procura de doentes, quer para a abordagem inicial, prestação de cuidados ou reavaliação, (Ver exemplo de fita de tempo virtual em anexo);
- Falta de metodologia coerente e uniforme para a abordagem inicial dos doentes (entrevistar, despir, observar, colher, colocar cateteres...);
- Falta de privacidade, condições de separação, para a realização de procedimentos complexos (paracentese, enema, colocação de SNG...)

Proposta 1- Distinção de zonas na sala:

- Junto à entrada, do lado da triagem, criação de uma **Zona de Acolhimento/Abordagem (ZA)** dos doentes, onde se faria a primeira observação médica e de enfermagem e onde se realizariam os primeiros procedimentos (exame físico, colheitas, terapêutica inicial, ECG);
- No lado oposto seria delimitada uma **Zona de Procedimentos (ZP)**, permitindo realizar alguns procedimentos complexos com alguma privacidade e espaço (paracentese, enema, colocação de SNG, doentes em fase terminal);
- O restante espaço manter-se-ia **Zona de Espera (ZE)**.

Proposta 2- Estabelecer circuitos unidirecionais:

- Entrada para a Área Médica, vindo da triagem sempre pelas portas junto à Zona de Acolhimento/Abordagem;
- Saída para EAD por essas mesmas portas,
- Regresso pela porta do lado oposto, junto da Zona de Procedimentos.

Vantagens:

- Ordenamento da distribuição dos doentes pela sala, facilitando a sua localização;
- Deste modo, os profissionais, por conhecimento da fase em que o doente se encontra, facilmente verificada no Sistema de Informação “Alert” (a aguardar colheitas ou terapêutica, ou a aguardar EAD, o de regresso destes,...), saberiam em que zona da sala procurar o doente, poupando tempo.
- Padronização do acolhimento e abordagem inicial de acordo com metodologia recomendada: Algoritmo universal de avaliação do doente vítima de doença súbita, em conjunto pelo enfermeiro e médico responsável;
- Motivação da equipa por criar um ambiente semelhante ao da Sala de Emergência, que é a preferência da maior parte dos profissionais do SU, numa área habitualmente associada a penosidade.

Fita de tempo – exemplo de um momento virtual experienciado no serviço de urgência:

Tempo n	Eventos
n	Início do turno com alguns doentes distribuídos pela sala e alguns espaços livres
$n+1$	Doente A chega à sala e é colocado no local $x1$, por ser o mais perto da porta
$n+2$	O médico procura o doente A , durante o tempo $t1$, observa-o, regressa ao balcão e prescreve;
$n+3$	O enfermeiro procura o doente A , durante o tempo $t2$, presta cuidados
$n+4$	O doente A sai do local $x1$ e vai ao Rx,
$n+5$	Chega o doente B e é colocado no local $x1$, que é o mais perto da porta e agora se encontra vazio novamente
$n+6$	O médico procura o doente B longe do local $x1$, pois era onde estava colocado o doente A , ao final do tempo $t3$ o médico encontra o doente B , observa-o, regressa ao balcão e prescreve
$n+7$	O enfermeiro procura o doente B durante o tempo $t4$ e presta cuidados
$n+8$	O doente A regressa e é colocado no local $x2$, uma vez que o local $x1$ está ocupado pelo doente B
$n+9$	Chega o doente C e é colocado no local $x3$
$n+10$	O doente B não vai logo realizar EAD por estar a cumprir terapêutica
$n+11$	Médico procura o doente C durante o tempo $t5$, que observa-o, regressa ao balcão e prescreve
$n+12$	O enfermeiro procura o doente C durante o tempo $t6$ e presta cuidados
$n+13$	O doente C vai ao Rx e Tc
$n+14$	O doente B vai ao Rx
$n+15$	O doente B regressa e é colocado no local $x3$ por ser mais perto da 2. ^a porta da sala
$n+16$	Chega o doente D que é colocado no local $x2$
$n+17$	O médico procura o doente D longe do local $x2$ (onde achava que estava o doente B) durante o tempo $t7$, observa-o, regressa ao balcão e prescreve
$n+18$	O doente C regressa da Tc e é colocado no local $x4$
$n+19$	O enfermeiro procura o doente D durante o tempo $t8$ e presta cuidados
$n+20$	

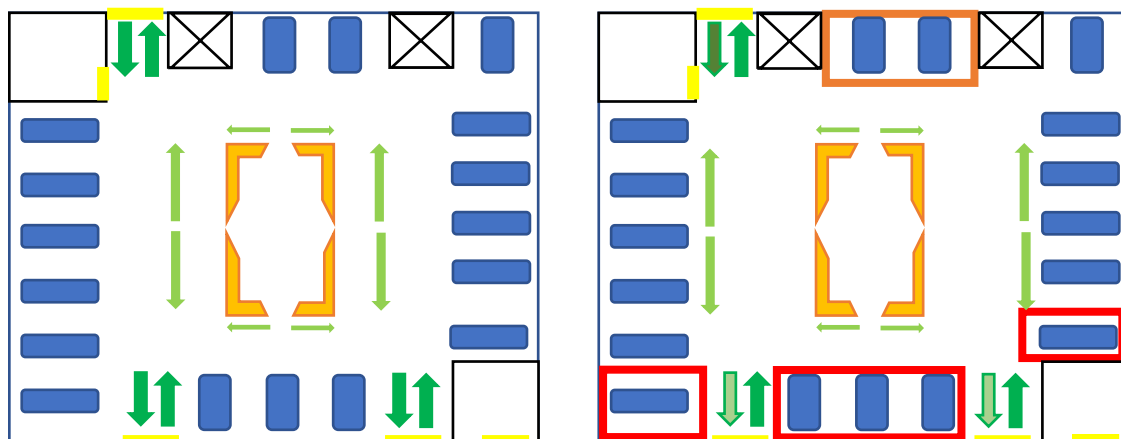


Fig. 1 – Representação esquemática da planta da Área Médica, na qual a imagem da direita tem delimitadas as novas zonas que se propõem (ZA e ZP) e circuitos diferenciados

Fig. 2 - Cadeia de valor do processo simplificado de passagem de um doente pela área clínica do SU

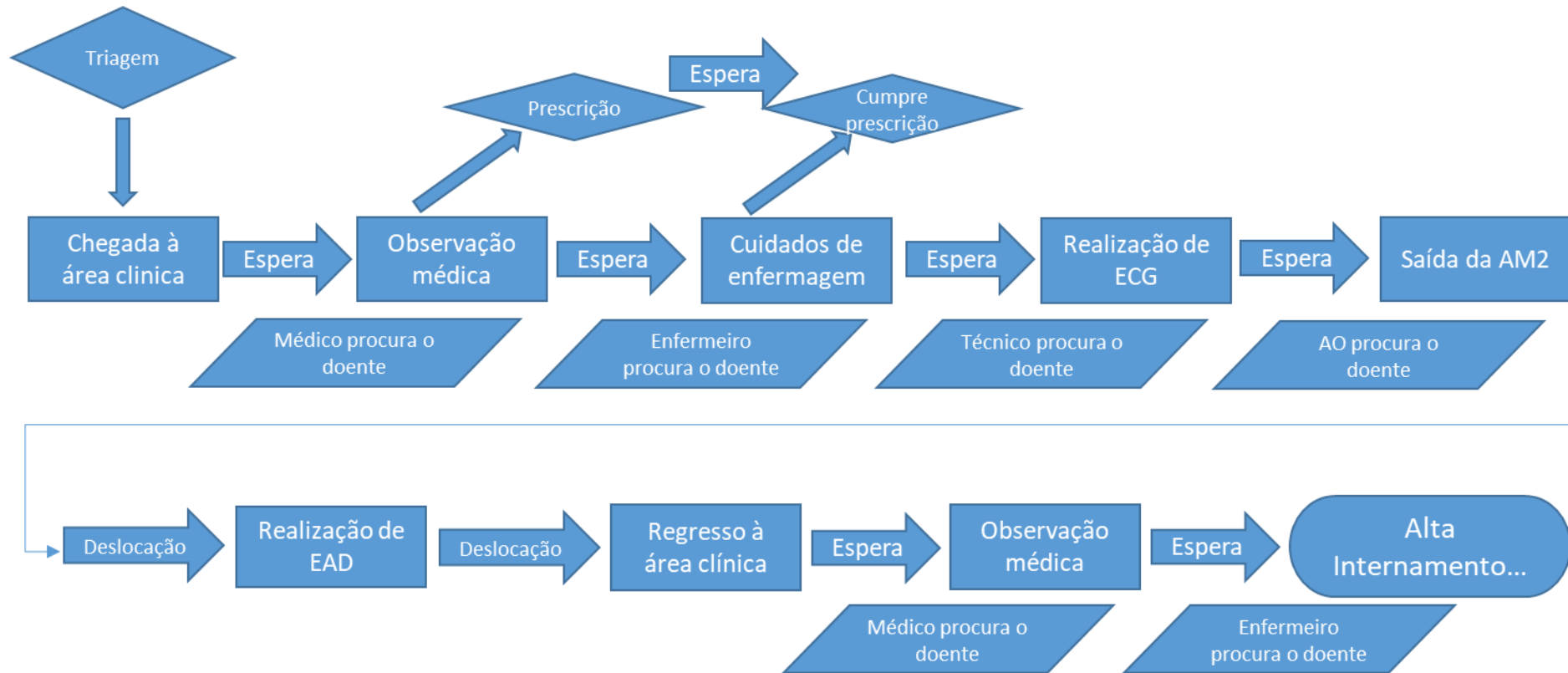


Fig. 3 - Cadeia de valor do processo simplificado de passagem de um doente pela área clínica do SU com indicação de passos a eliminar no modelo proposto

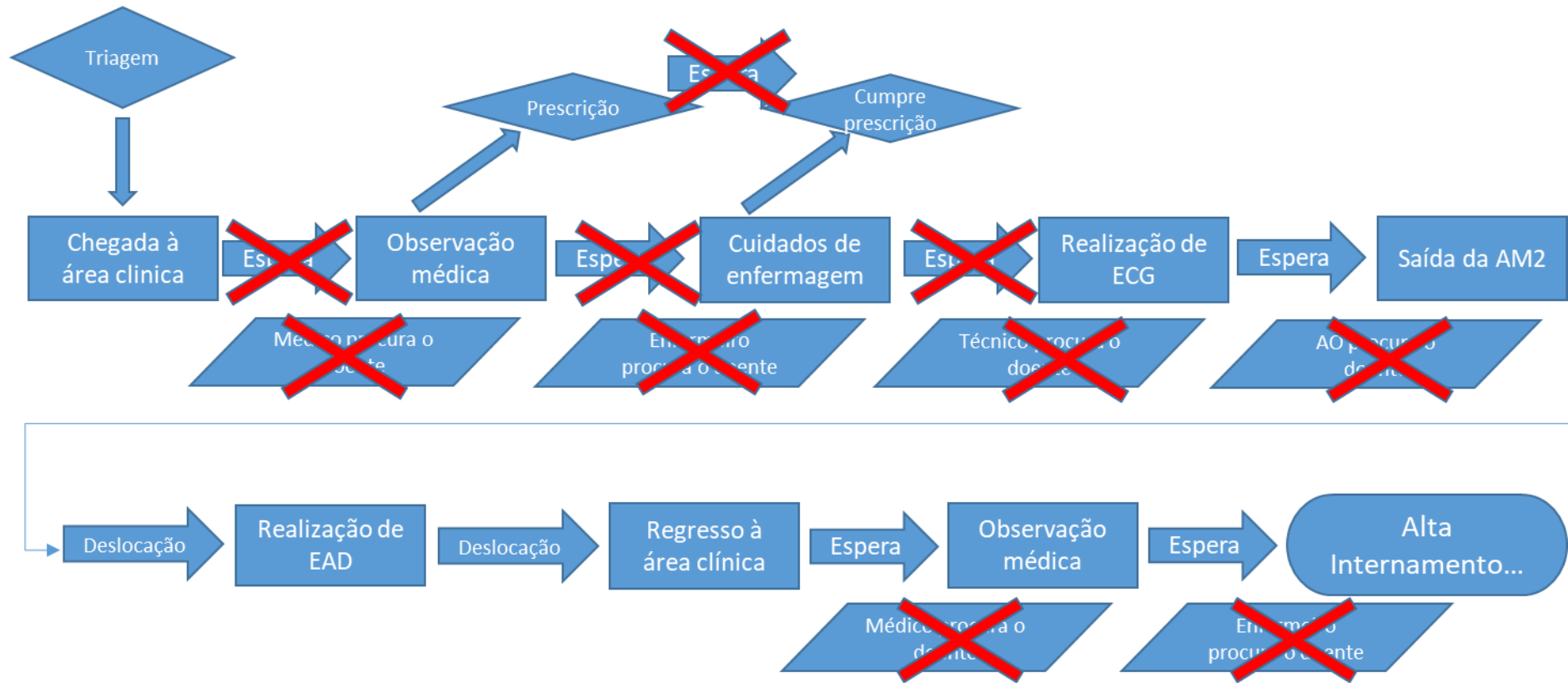
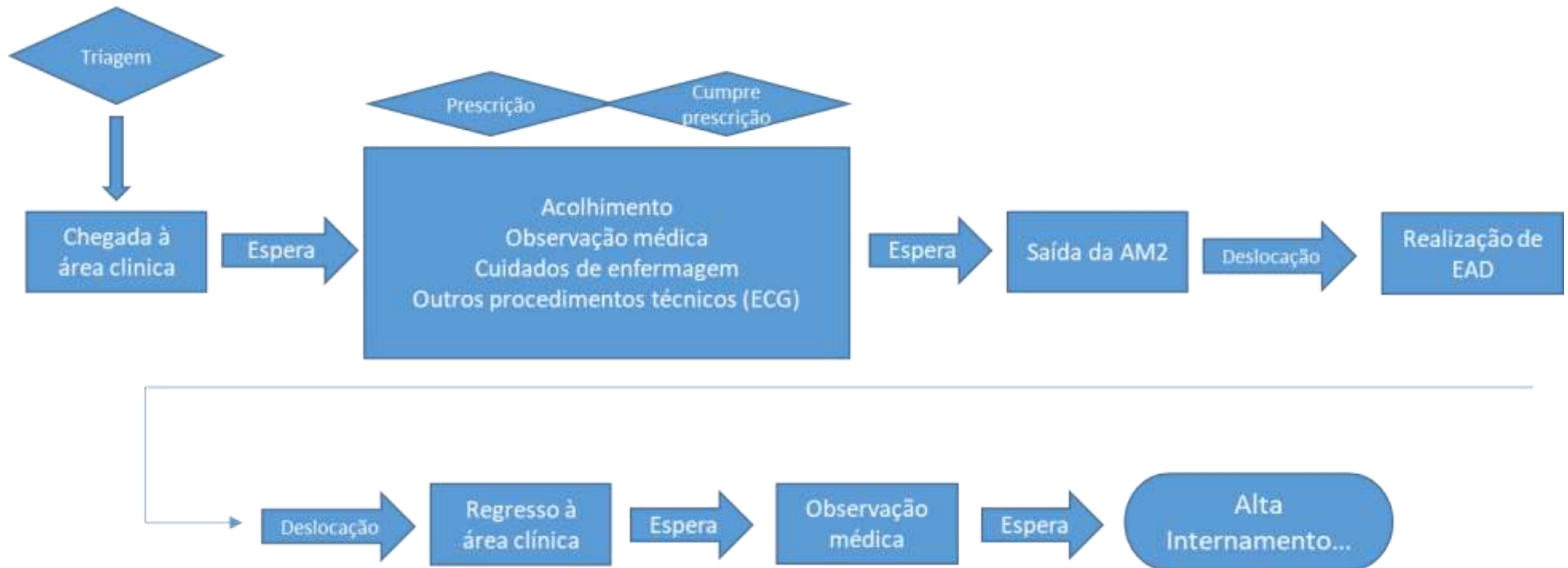


Fig. 4 - Cadeia de valor do processo simplificado de passagem de um doente pela área clínica do SU influenciado pela disposição espacial da tarefas no modelo proposto



Anexo 6 – Cronograma de Atividades

