



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# Experiência vivida pela Pessoa com Esclerose Múltipla que Recorre ao Serviço de Urgência

Luís Filipe dos Reis

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de  
Cuidados Intensivos

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dezembro 2021





**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

## Experiência Vivida pela Pessoa com Esclerose Múltipla que Recorre ao Serviço de Urgência

Luís Filipe dos Reis

Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência e em Contexto de Cuidados  
Intensivos

7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob orientação de  
Professor Doutor António Madureira Dias  
Professor Doutor Eduardo Santos

Dezembro 2021



Se não puder voar, corra.  
Se não puder correr, ande.  
Se não puder andar, rasteje,  
mas continue em frente,  
de qualquer jeito.

*Martin Luther King Jr.*



## **Dedicatória**

À Rita, à Maria, à Sofia.

Aos meus pais, por tudo o que fizeram e continuam a fazer por mim.

Aos meus sogros, pelo suporte e segurança que oferecem.



## **Agradecimentos**

Quando se chega ao fim de uma etapa, importa olhar para trás, refletir sobre o caminho percorrido, e reconhecer que este mesmo percurso não foi trilhado individualmente, mas antes como um empreendimento que recebeu o apoio de uma multiplicidade de pessoas e/ou instituições.

Começo por agradecer à ESSV que aceitou a minha matrícula neste curso, com particular ênfase à Senhora Professora Doutora Madalena Cunha, coordenadora do curso, pelo seu suporte, antecipação, orientação e diligência.

Agradeço também ao Professor Doutor António Madureira Dias e Professor Doutor Eduardo Santos pela orientação, incentivo e dedicação.

Agradeço ao INEM, IP, nas figuras dos Enfermeiros Pedro Mateus, Alexandre Frutuoso e Ândrea Figueiredo por me impulsionarem para a aquisição de mais saberes e aptidões.

Aos tutores de estágios e a todos os colegas com quem fui contactando, cada um contribuiu para o meu crescimento profissional.

Aos participantes que voluntariamente acederam a participar neste estudo.

A todos os que direta ou indiretamente me acompanharem neste percurso.

O meu muito obrigado!



## **Resumo**

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Com este trabalho pretendo evidenciar as competências adquiridas e desenvolvidas no âmbito deste curso, concretamente em contexto de urgência e de cuidados intensivos. Será também apresentado o estudo intitulado “Experiência Viva pela Pessoa com Esclerose Múltipla que Recorre ao Serviço de Urgência”.

Assim, este trabalho divide-se em três partes. Nas partes I e II serão abordados os Estágio de Urgência e de Cuidados Intensivos respetivamente, procurando evidenciar as competências específicas adquiridas, as evidências das atividades realizadas e a avaliação por competências de cada um deles. Na parte III será apresentado o estudo qualitativo de cariz fenomenológico interpretativo, em que o instrumento de recolha de dados foi uma entrevista semiestruturada dirigida a quatro pessoas com Esclerose Múltipla.

Da análise dos dados obtiveram-se como conclusões: A vivência da pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência não é geralmente positiva, com queixas relacionadas com os tempos de espera prolongados, a desumanização dos cuidados ou a falta de acesso ao seu processo individual. A opinião relativa aos enfermeiros é no geral positiva, embora não isenta de anotações relativas à “postura desadequada”. Todos os participantes referiram evitar recorrer ao Serviço de Urgência, se houver alternativa viável.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla; Serviço Hospitalar de Emergência; Cuidados de Enfermagem; Doença crónica



## **Abstract**

This document comes within the scope of the 7th Master's Course in Nursing at the Superior School of Health of Viseu.

With this, I intend to highlight the skills acquired and developed within the scope of this course, specifically in an emergency and intensive care context. The study entitled "Experience lived by the person with Multiple Sclerosis (MS) who uses the Emergency Service (ES)" will also be presented.

Thus, this work is divided into three parts. Parts I and II will address the Emergency and Intensive Care Internship respectively, seeking to highlight the specific skills acquired, the evidence of the activities carried out and the assessment by competence of each of them. In part III, a qualitative study of an interpretative phenomenological nature will be presented, in which the data collection instrument was a semi-structured interview directed at four people with Multiple Sclerosis.

The following conclusions were obtained from the data analysis: The experience of people with Multiple Sclerosis who goes to the Emergency Department is generally not positive, with complaints related to long waiting times, dehumanization of care or lack of access to their individual process. The opinion regarding nurses is generally positive, although not exempt from notes related to "inappropriate posture". All participants reported avoiding resorting to the Emergency Service, if there is a viable alternative.

Key words: Multiple Sclerosis; Emergency Service, Hospital; Nursing Care; Chronic Disease



## Sumário

	Pág.
Lista de figuras	17
Lista de abreviaturas siglas e acrônimos	19
Lista de símbolos	21
<b>Introdução</b>	<b>23</b>
<b>Parte I</b>	<b>25</b>
<b>1. Estágio no serviço de urgência</b>	<b>27</b>
1.1. Competências específicas adquiridas	28
<b>1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<b>29</b>
<b>1.1.2. Domínio da competência: melhoria da qualidade</b>	<b>30</b>
<b>1.1.3. Domínio da competência: gestão de cuidados</b>	<b>31</b>
<b>1.1.4. Domínio de desenvolvimento de aprendizagens profissionais</b>	<b>32</b>
1.2. Evidências das atividades realizadas	32
1.3. Avaliação por competências	35
<b>Parte II</b>	<b>37</b>
<b>2. Estágio em cuidados intensivos</b>	<b>39</b>
2.1. Competências específicas adquiridas	40
<b>2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</b>	<b>41</b>
<b>2.1.2. Domínio d competência: melhoria da qualidade</b>	<b>41</b>
<b>2.1.3. Domínio da competência: gestão de cuidados</b>	<b>43</b>
<b>2.1.4. Domínio de desenvolvimento de aprendizagens profissionais</b>	<b>44</b>
2.2. Evidências das atividades realizadas	45
2.3. Avaliação por competências	46
<b>Parte III</b>	<b>49</b>
<b>3. Estudo de investigação: Vivência da pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao serviço de urgência</b>	<b>51</b>
<b>4. Conclusão</b>	<b>65</b>
<b>5. Bibliografia</b>	<b>67</b>
<b>Apêndices</b>	<b>71</b>
Apêndice I – Parecer da comissão de ética	73
Apêndice II – Entrevista semiestruturada	81
Apêndice III – Modelo de consentimento informado fornecido aos participantes no estudo	83



## Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 - Esquema dos fenómenos: estrutura essencial das vivências da pessoa com EM que recorre ao SU	58



## Listas de abreviaturas, siglas e acrónimos

AO	Assistente operacional
CHTV, EPE	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMEMC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CPLEMC	Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção-Geral da Saúde
EMPP	Esclerose Múltipla Primária Progressiva
EMSP	Esclerose Múltipla Secundária Progressiva
EMSR	Esclerose Múltipla Surto-Remissão
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ES	Emergency Service
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
FEFO	First-Expire, First-Out
IC	Insuficiência Cardíaca
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
LASA	<i>Look Alike, Sound Alike</i>
MS	Multiple Sclerosis
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
Pág.	Página
PSC	Pessoa em Situação Crítica
SBV	Suporte Básico de Vida
SCA	Síndrome Coronário Agudo
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UCIC	Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia



## Lista de símbolos

®            Registrada



## Introdução

De acordo com o Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), o presente relatório final pretende descrever o percurso de aquisição de competências especializadas, apresentando-se como fundamental para testemunhar a avaliação e ganhos de aptidões ao longo dos estágios em contexto de serviço de urgência e em contexto de cuidados intensivos.

Este período de estágios teve início em dezembro de 2020, terminando em julho de 2021, totalizando um total de 750 horas, entre as quais 360 horas corresponderam a prática tutelada e 72 horas a orientação tutorial.

Na primeira e segunda partes serão abordados os Estágios de Urgência e de Cuidados Intensivos respetivamente, procurando espelhar as competências específicas adquiridas, as evidências das atividades realizadas bem como a avaliação por competências em cada um deles.

Na terceira parte será apresentado o estudo de investigação intitulado “Experiência Vivida pela Pessoa com Esclerose Múltipla que Recorre ao Serviço de Urgência”.

Segue-se a Conclusão, com uma síntese do percurso de aprendizagem, das limitações e das dificuldades encontradas, sendo posteriormente apresentadas as Referências Bibliográficas.

Como objetivos deste documento enunciam-se:

- Demonstrar e refletir sobre o percurso realizado ao longo da unidade curricular;
- Descrever as atividades desenvolvidas para a efetivação dos objetivos definidos em cada estágio;
- Demonstrar capacidades reflexivas na identificação de necessidades, propondo soluções enquadradas devidamente fundamentadas;
- Demonstrar competências enquanto representantes das experiências e dos ganhos nos vários domínios da intervenção e estudo;

Por último são apresentadas as Referências Bibliográficas e os Apêndices.



## Parte I



## 1. Estágio no Serviço de Urgência

O estágio no Serviço de Urgência revestiu-se de vital importância, pois permitiu-me desenvolver capacidades perante o doente de médio e alto risco.

Este momento formativo desenvolveu-se no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) do Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, Entidade Pública Empresarial (CHTV, EPE), e decorreu entre 07 de dezembro de 2020 e 19 de fevereiro de 2021, perfazendo um total de 180 horas de contacto, às quais se somaram 36 horas de Orientação Tutorial.

O SUP do CHTV, EPE situa-se no edifício do Hospital de São Teotónio na cidade de Viseu, localizando-se no piso 2 da ala este. É um serviço multidisciplinar e multiprofissional onde são atendidas pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, articulando-se com os serviços de urgência específico de Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia e Serviço de Urgência Básico da Unidade de Tondela deste Centro Hospitalar através de um circuito próprio de encaminhamento de utentes.

A área de influência direta deste serviço corresponde aos concelhos abrangidos pelo Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões e, em extensão, aos concelhos de Moimenta da Beira, Sernancelhe e Penedono do Agrupamento de Centros de Saúde Douro Sul, abrangendo uma população estimada de aproximadamente 500.000 habitantes. Por ano são realizadas cerca de 100.000 admissões.

Fruto de um processo de autoanálise dos objetivos preconizados pelo guia orientador dos estágios da Escola Superior de Saúde de Viseu (Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2020), foram definidos os seguintes objetivos gerais a atingir neste estágio:

- Identificar, em contexto profissional, necessidades e problemáticas no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área urgência e emergência;
- Planear, executar e avaliar cuidados de Enfermagem especializada à Pessoa em Situação Crítica (PSC) em situação de urgência e emergência, bem como à sua família;
- Implementar um projeto de intervenção na prática, no âmbito da urgência e emergência;
- Participar na gestão dos recursos materiais bem como na gestão de cuidados gerais e especializados no domínio da sua área de saber, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados;

- Intervir de forma adequada para a tomada de decisões clínicas eticamente dirigidas e cientificamente sustentadas contribuindo para o desenvolvimento da profissão;
- Implementar estratégias de investigação tendo em vista a melhoria do nível de saúde em especial na área da PSC;
- Evidenciar a capacidade de reflexão na ação e sobre a ação elaborando um portfólio reflexivo das atividades desenvolvidas.

No decurso deste estágio foi identificada a necessidade de reestruturar o stock da medicação do SUP de acordo com as normas da Direção-Geral da Saúde (DGS) e com os procedimentos do CHTV, EPE em vigor, pelo que foi elaborado um projeto de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), que consistiu na identificação da medicação existente em todo o SU de acordo com a metodologia Look Alike, Sound Alike (LASA), assim como na reorganização de medicação e consumíveis nas diferentes áreas funcionais deste serviço.

Foi ainda sugerido ao grupo de estudantes do 7.º CEMEC e 8.º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPLEMC) que se encontravam a estagiar no SUP do CHTV, EPE a realização de formação em Suporte Básico de Vida (SBV) a 11 Assistentes Operacionais (AO) deste serviço.

### 1.1. Competências específicas adquiridas

O SU, pelas suas características, é o espaço de eleição para cuidar da PSC.

Entende-se por PSC aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Durante o estágio procurei prestar cuidados à Pessoa/família a vivenciar processos complexos de doença em situação crítica, tendo em conta o que emana a OE (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011). Desta forma, procurei integrar observações e a colheita de dados de forma sistémica e sistematizada, de modo a conhecer o serviço, os profissionais nele inseridos e as Pessoas que a ele recorrem, prevenindo e detetando precocemente complicações, assegurando uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011).

De acordo com a OE, o Enfermeiro Especialista deve partilhar quatro domínios ou competências comuns aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, demonstradas por meio da sua “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo

“exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019), sendo eles:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As atividades que seguidamente irei apresentar, são descritas de forma a potenciar considerações sobre o processo de aprendizagem verificado.

### **1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

Tanto em contexto profissional como pessoal, procuro adotar princípios éticos e morais com todas as pessoas com as quais contacto. Como estudante do CMEMC não poderia ser diferente, no entanto tentei aprimorar mais esta prática, pelo que senti a necessidade de refletir novamente sobre os princípios da bioética, particularmente o princípio da beneficência e o da não maleficência.

De facto, e contrariamente à minha prática profissional enquanto enfermeiro num meio de emergência extra-hospitalar legalmente inabilitado para tomar algumas decisões, como a de suspender/ não iniciar a reanimação em determinadas circunstâncias, testemunhei episódios de fim de vida eminente em que a atuação dos profissionais se pautou pela diminuição do sofrimento da pessoa, o que considerei salutar. Os fins nem sempre justificam os meios.

Procurei respeitar a individualidade de cada Pessoa, da sua intimidade, nem sempre fácil pelas condições físicas do serviço e pela abundância de profissionais e utentes em circulação.

Tive o cuidado de consultar e seguir as normas e protocolos instituídos no serviço, Cultivei a gentileza e a empatia como princípio fundamental. Estive atento a sentimentos de impotência, frustração e por vezes de ansiedade e tristeza, pelo que tentei informar acerca do local, de tudo o que rodeia, das intervenções/ procedimentos que eram executados e de pedir autorização para qualquer ato, respeitando assim, o direito da Pessoa à sua autodeterminação.

Esclareci tanto quanto me era permitido familiares ou acompanhantes de Pessoas admitidas neste SU, procurado também assim humanizar a experiência dos intervenientes.

Após este estágio, considero-me uma Pessoa e profissional aprimorada pelas aprendizagens que assimilei. Reconheço atualmente uma maior capacidade de uso da escuta

ativa, de respeito e aceitação incondicional das vontades individuais, mas sobretudo da consciência e da importância de ser coerente e empático em qualquer hora e em qualquer lugar, particularmente em contexto profissional.

### **1.1.2. Domínio da competência: melhoria da qualidade**

A conduta do enfermeiro deve estar enquadrada na persecução do objetivo de ser cada vez melhor profissional, sendo expectável que desenvolva uma prática com base na gestão, integração e implementação de programas de melhoria contínuas, procurando garantir um ambiente terapêutico e seguro.

O Serviço de Urgência é por eleição um serviço onde a complexidade inerente aos cuidados à Pessoa em Situação Crítica, a imprevisibilidade, o stress, a fadiga dos profissionais, a carga horária, a comunicação multidisciplinar e multiprofissional, a transmissão de informação complexa, e a tecnologia presente são reconhecidos como fatores indutores de erros humanos, falhas do sistema e situações indesejáveis.

Sendo o risco definido como a “probabilidade de ocorrência de um incidente” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012, p. 3) ou “potencialidade: existir em possibilidade” (CIPE®, 2019), é crucial uma aplicação sistemática de políticas de gestão, procedimentos e práticas de trabalho para analisar, identificar, controlar o risco, que visem a eliminação ou a minimização dos efeitos adversos provocados.

O risco é de facto um problema centrado na pessoa, sensível às intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes e conducente a ganhos em saúde e otimização dos custos. As intervenções de enfermagem no âmbito da gestão do risco associado ao armazenamento e acondicionamento da medicação, permitem uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Enquadra-se nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, definidos pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2017), nos enunciados descritivos: A Prevenção de Complicações (terceiro enunciado descritivo), A Organização dos Cuidados de Enfermagem (sexto enunciado descritivo) e Segurança nos Cuidados Especializados (oitavo enunciado descritivo), pelo rigor técnico/ científico que exige na implementação das intervenções de enfermagem, pela gestão do risco e gestão adequada de protocolos e normas de boas práticas de forma a prevenir complicações decorrentes dos cuidados de saúde, pela aplicação de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados promotoras de segurança, e pela otimização do ambiente seguro e de qualidade propício aos cuidados especializados, minimizando a ocorrência de eventos adversos e salvaguardado a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar.

Uma vez que a qualidade e segurança dos cuidados, e em particular dos cuidados de enfermagem, tem sido uma das prioridades da DGS e das instituições hospitalares, nomeadamente do CHTV, EPE, foi proposta a consecução e implementação de um projeto de melhoria contínua com o intuito de melhorar as práticas seguras no armazenamento e acondicionamento do medicamento, procurando assim dar cumprimento às Normas da DGS número 020/2014 intitulada “Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes” (Direção Geral da Saúde [DGS] , 2014) e número 014/2015 intitulada “Medicamentos de Alerta Máximo” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015). Concomitantemente, procurou-se dar cumprimento aos Procedimentos institucionais sobre medicamentos “Look Alike Sound Alike” (LASA) e Medicamentos de Alerta Máximo, permitindo desta forma garantir a qualidade dos cuidados e segurança dos doentes que recorrem ao SUP, diminuindo a probabilidade de incidentes e eventos adversos, associados ao armazenamento e acondicionamento da medicação.

### **1.1.3. Domínio de competência: gestão de cuidados**

Das competências do Enfermeiro de cuidados gerais emanam conceitos centrais da gestão de cuidados, nomeadamente ambiente seguro, cuidados de saúde multiprofissionais, delegação de tarefas e sua supervisão. Como tal, é expectável que o Enfermeiro Especialista seja capaz de otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. No entanto, o processo da tomada de decisão é um processo complexo e requer experiência, bem como conhecimentos teóricos da matéria em apreço e respeito pelos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão.

No contexto deste SU existe uma grande limitação quanto ao tempo disponível para a prestação de cuidados, que exige uma articulação exímia com a restante equipa multiprofissional. Também os circuitos de utentes se revelaram para mim confusos, particularmente numa fase inicial, uma vez que era necessário estar atento a particularidades como os exames complementares de diagnóstico que estavam prescritos para estabelecer prioridades de atuação e para tentar perceber onde o utente se encontraria no espaço físico deste serviço. Este processo, para mim complexo, era para os enfermeiros deste serviço algo trivial.

Enquanto serviço sectorizado, o próprio sistema informático (ALERT) induzia a métodos de trabalho baseados na distribuição e responsabilização individualizada pelo cliente. Contudo, os Enfermeiros que asseguravam a prestação de cuidados em sala de tratamento quer na área médica, cirúrgica ou sala de emergência, utilizavam uma metodologia de entajada de forma a rentabilizarem da melhor maneira os recursos humanos existentes,

mobilizando muitas vezes o elemento de apoio conforme a situação do Serviço ou quando a gravidade da situação exigia, salvaguardando, primeiro e sempre, a pessoa que recorria ao SU.

#### **1.1.4. Domínio de desenvolvimento de aprendizagens profissionais**

A aquisição de competências deve-se principalmente ao investimento pessoal para me manter atualizado cientificamente, e ao desejo de que o crescimento profissional seja acompanhado por autoconhecimento e maturação pessoal.

Ao adquirir novos conhecimentos científicos, para além de ter a preocupação de os aplicar na prática diária, procuro ter presente a disseminação do conhecimento para os meus pares.

A OE (2019) refere sobre esta temática que o Enfermeiro Especialista “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”.

Na sala de emergência tive oportunidade de desenvolver competências no cuidar de clientes com instabilidade hemodinâmica, bem como aplicar os protocolos que estavam instituídos sobre: acidente vascular cerebral; insuficiência respiratória, edema agudo de pulmão, dor pré-cordial, enfarte agudo do miocárdio (EAM) e colaborar na colocação cateter central, priorizando a deteção precoce de complicações e a interdisciplinaridade que devem sempre diferenciar estas áreas de atuação.

A minha colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa encaminhada através da ativação das diferentes vias verdes (concretamente AVC e Coronária), foi promotora da compreensão da eficácia da articulação entre os diversos serviços do hospital e da importância do trabalho em equipa.

#### **1.2. Evidências das atividades realizadas**

Durante este estágio foi realizado o projeto de melhoria contínua com o objetivo de garantir práticas seguras no armazenamento e acondicionamento de medicamentos deste SU, problema já identificado anteriormente, verificando-se vários medicamentos na mesma gaveta, etiquetas de diferentes formatos ou ilegíveis, organização sem uma sequência definida.

A DGS publicou Normas de Orientação Clínica, com o assunto “Medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhantes”, designados por medicamentos LASA e medicamentos de alerta máximo, dirigida a todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde, que funcionam como guia orientador dos profissionais de saúde.


Algumas técnicas foram indicadas como positivas e eficazes na organização e preparação da medicação considerada de risco, como a utilização de alertas específicos para cada tipo de medicação, a organização da medicação nos stocks dos serviços (“armazenamento separado”), uso de sinaléticas que permitam com mais facilidade a sua distinção (sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente), a ausência de abreviaturas, a centralização (sempre que possível) do processo de preparação de medicação de alto risco, normalização de procedimentos de utilização adequada das bombas de perfusão, a promoção de uma comunicação eficaz e restrições de pedidos orais de medicação (DGS, 2014; DGS, 2015; Pinho, 2020).

Segundo o Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar (Ordem dos Farmacêuticos, 2019) existem critérios definidos relativos à organização e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde nos Serviços Clínicos, aos quais os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, devem obedecer:

- Os medicamentos e produtos de saúde devem estar em local próprio e de acesso reservado aos profissionais de saúde autorizados;
- Apenas a medicação autorizada para cada serviço deve estar presente;
- Os medicamentos de uso externo, devem estar separados dos de uso interno;
- Os medicamentos que necessitam de condições especiais de conservação (como por exemplo: inflamáveis, proteção da luz e temperatura) devem cumprir os requisitos regulamentares e do fabricante, sendo que: no caso de produtos da cadeia de frio, deve existir frigorífico específico para o efeito, com um termómetro ou sonda e dotado de sistema de alarme local, que permita intervenção imediata em caso de desvio à temperatura recomendada; deve existir evidência de registo diário da temperatura e um plano de atuação a implementar no caso de ocorrência da rutura da cadeia de frio;
- Dentro de cada grupo, os medicamentos devem estar identificados por ordem alfabética da sua Denominação Comum Internacional (DCI) ou de outra forma considerada segura para evitar erros na sua utilização; preferencialmente na etiqueta de identificação, deverá constar codificação adequada a leitura ótica;
- Os estupefacientes e psicotrópicos devem estar armazenados em cofre/armário com sistema de dupla fechadura; e as existências devem ser controladas regularmente por enfermeiro, e pela Farmácia Hospitalar com evidência do controlo efetuado;

- Os medicamentos LASA devem encontrar-se sinalizados segundo política de cada organização;
- Deve existir política de armazenamento definida pelos Serviços Farmacêuticos; a arrumação deve ser efetuada de acordo com os seguintes critérios gerais: forma farmacêutica, ordem alfabética de DCI, ordem crescente de dosagem e tamanho de embalagem, First-Expire, First-Out (FEFO) - o produto com o prazo de validade mais curto é o primeiro a utilizar;
- Deve existir sistema de controlo dos prazos de validade definido (como por exemplo: controlo periódico de prazos de validade, com uma periodicidade mínima de 3 meses);
- No caso de medicamentos e produtos de saúde acondicionados em embalagem multidose, deve estar disponível uma listagem com o respetivo prazo de utilização após abertura, cada embalagem multidose deve ter etiqueta com a data de abertura e prazo de utilização; caso a embalagem multidose seja para uso de um só doente, deve estar rotulada com a identificação do mesmo.

Para operacionalizar este projeto foram realizadas as seguintes tarefas/ atividades:

- Transmissão de informação à equipa de Enfermagem sobre as alterações planeadas e a necessidade das mesmas, com o parecer do Sr. Enfermeiro-Chefe;
- Levantamento dos medicamentos definidos para cada sala (tipo de medicação, apresentação e quantidade);
- Reajuste dos níveis do stock de medicação, de acordo com necessidade de consumo no serviço;
- Elaboração e impressão de etiquetas para rotulagem das caixas/ gavetas de medicação do stock, dando cumprimento às medidas de diferenciação referidas nas normas da DGS e procedimentos institucionais:
  - Medidas de diferenciação dos medicamentos LASA na sua identificação escrita:
    - Alteração do grafismo na denominação aplicando o método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*);
    - Utilização de negrito na denominação dos medicamentos;
  - Medidas de diferenciação dos medicamentos de alerta máximo:
    - Sinalização dos medicamentos identificados de alerta máximo;
    - Escrita sem abreviaturas, (exemplo: “unidades” ao invés de “U”);
    - Uso de sinalética definida pela instituição: 
    - Sinalização das caixas e gavetas, com utilização de cores (destaque a VERMELHO);
  - Medidas de diferenciação dos medicamentos de outras vias:

- Sinalização dos medicamentos de administração por via oral e outras vias – não injetáveis – com utilização de cores (destaque a AMARELO);
- Impressão de etiquetas para rotulagem das caixas e gavetas de medicação do stock  
Reorganização e rotulagem do stock das diversas salas, seguindo a seguinte ordem:
  - 1ª Sala: Sala de Enfermagem 2
  - 2ª Sala: Sala de Pequena Cirurgia
  - 3ª Sala: Sala de Ortopedia
  - 4ª Sala: Sala de Emergência
  - 5ª Sala: Unidade de Decisão Clínica
  - 6ª Sala: Sala de Enfermagem 1
  - 7ª Sala: Sala de Observações (Stock Central)
- Organização de Dossier com Listagem com medicamentos LASA e de alerta máximo;
- Explicação informal das medidas adotadas à equipa de Enfermagem.

### 1.3. Avaliação por competências

Independentemente das áreas do SU por onde passei e da minha participação ser mais interventiva ou observacional, procurei sobretudo desenvolver a relação de ajuda e a comunicação interpessoal. Procurei que a minha postura fosse cimentada por conhecimentos teóricos, adaptados à realidade de cada Pessoa e, garantir assim um atendimento apropriado.

Tentei demonstrar ser capaz e com experiência em cada vez maior, possuidor de conhecimentos e competências compatíveis com os cuidados específicos que a pessoa em situação crítica necessita, realizando essa autoavaliação e questionando os Enfermeiros tutores acerca da minha prestação de cuidados e integração ao estágio.

Apesar de sentir que ainda tenho muito para aprender, este estágio permitiu-me crescer enquanto profissional e Pessoa.



## Parte II



## 2. Estágio de cuidados intensivos

Os fenómenos trombóticos são desde há muito tempo a principal causa de morte ou de morbilidade dos doentes admitidos nos hospitais (Pinho, 2020). Devido à sua instabilidade e necessidade de cuidados especializados, verificou-se a necessidade de ser criado um espaço apropriado e com pessoal especializado dedicada exclusivamente a estes doentes. Foi proposta em 1961 a primeira Unidade de Cuidados intensivos de Cardiologia (UCIC) à British Cardiothoracic Society, tendo sido reconhecido como um grande desenvolvimento na área da assistência em Cardiologia.

A Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV), é uma unidade funcional de cuidados intensivos e intermédios, para PSC do foro cardíaco.

Atualmente as UCIC estão preparadas para realizar técnicas como:

- Monitorização cardíaca invasiva e não invasiva;
- Ecocardiografia transtorácica e transesofágica;
- Terapias de pacemaker (ressincronização, temporário e cardioversão);
- Pericardiocentese;
- Técnicas de suporte hemodinâmico e ventricular;
- Sem circulação extracorporal: balão intra-aórtico (BIA), Impella®;
- Com circulação extracorporal: membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO);
- Ventilação mecânica invasiva (VMI) e ventilação mecânica não invasiva (VMNI);
- Técnicas de abordagem e manutenção da via aérea;
- Técnicas de substituição renal:
- Contínuas: hemofiltração/com CiCa;
- Intermitentes: hemodiálise e sustained low efficiency dialysis (SLED);
- Trabalhos de investigação e implementação de medidas de e para melhoria da qualidade (Pinho, 2020, p. 236-237)

O objetivo geral deste serviço é: “proporcionar cuidados de qualidade aos utentes de alto risco cardíaco, salvaguardando a vida e o bem-estar dos utentes e dos seus familiares e promover a qualidade de vida para além do internamento” (Guia de Integração de Enfermagem da UCIC do CHTV, EPE) .

Com estes propósitos, definiram-se os seguintes objetivos específicos na unidade:

1. “Identificar os problemas e necessidades do utente através de uma colheita de dados multidisciplinar”;
2. “Desenvolver e executar um plano de cuidados em função dos problemas e necessidades identificados, tendo sempre em conta o envolvimento do utente e respetiva família”;
3. “Avaliar de forma dinâmica o Plano de Cuidados prescrito, de forma a verificar se os objetivos foram atingidos”;
4. “Promover um programa de ensino ao utente e respetiva família, no sentido da prevenção secundária da doença cardíaca e da promoção da saúde”;
5. “Estabelecer com o serviço de Cardiologia, laços de cooperação, no sentido de proporcionar ao utente, cuidados continuados”;
6. “Estabelecer com os cuidados de saúde primários, laços de cooperação, no sentido de proporcionar ao utente, cuidados continuados” (*in* Manual de Integração à UCIC).

Este serviço tem definidas práticas padronizadas, que vão desde a integração à reposição de stocks, passando por vários procedimentos como colocação de cateter venoso central, implantação de dispositivos cardíacos, colocação de cateter arterial, entre outros.

Como objetivos específicos delineados para este estágio enuncio:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos complexos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou agudização da doença crónica internada na UCIC;
- Gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos
- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.
- Assistir a pessoa nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica que está a vivenciar.
- Colaborar em Programas de Melhoria Contínua que se venham a identificar como pertinentes.

## 2.1. Competências específicas adquiridas

Tal como para o estágio anterior, procurarei expor as competências atingidas neste local de estágio de acordo com os mesmos quatro domínios:

- Responsabilidade profissional ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;

- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

### **2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional ética e legal**

As PSC admitidas na UCIC necessitam de uma vigilância permanente para eventuais focos de instabilidade, pelo que o enfermeiro especialista deve antecipar, prever e atuar de forma pronta, não só na interpretação dos dados hemodinâmicos, mas também na observação física da pessoa.

Procurei integrar esta equipa numa perspetiva de respeito com todos os elementos da mesma, e pautei por assegurar uma postura profissional e responsável, por exemplo assegurando a pontualidade, assiduidade e assertividade. Procurei questionar os tutores e demais equipa quando tive dúvidas, e procurei validar as intervenções junto dos restantes elementos antes de as colocar em prática, particularmente nos primeiros turnos.

Com o evoluir do estágio, e espero eu, com o reconhecimento por parte da restante equipa do meu profissionalismo, fui ficando cada vez mais autónomo e confiante para tomar decisões.

Tive oportunidade de realizar a colheita de dados iniciais aquando da admissão de novo utente na UCIC, procurando esclarecer dúvidas e diminuir receios.

Procurei ser elemento facilitador do contato dos utentes com a família/ pessoa de referência através dos meios à disposição.

Fornei informação e expliquei o que se passava ou seria previsível vir a ocorrer a cada Pessoa, e senti que estas explicações tranquilizam, possibilitando simultaneamente o reconhecimento de alguém com quem pudessem estabelecer confiança, atenção máxima e permitindo a integração do próprio cliente no processo terapêutico.

### **2.1.2. Domínio da competência: melhoria da qualidade**

No decorrer do estágio pude efetivar e cumprir várias normas de qualidade da UCIC, nomeadamente identificando a existência de escalas de avaliação de risco de queda e de desenvolvimento de feridas por pressão, e a respetiva implementação de cuidados de cordo com o score; ou pelo cumprimento de medidas que permitissem evitar a infeção; pela administração de terapêutica segura; pela separação adequada dos lixos, entre outros.

A UCIC é um serviço definido sobretudo pela gravidade aguda da doença, e pela quase imprevisibilidade das flutuações e complicações decorrentes dos processos

patológicos, agravado pelas frequentes comorbidades que apresentam (hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, etc.).

Ao longo deste estágio tive oportunidade de prestar cuidados a várias pessoas a vivenciarem processos médicos complexos relacionados com patologia do foro cardíaco, nomeadamente Síndrome Coronário Agudo (SCA), Insuficiência Cardíaca (IC) Agudizada, Disritmias (Fibrilhação Auricular, Bloqueio Aurículo-Ventricular) entre outros.

Nos SCA, o processo decorre com a oclusão trombótica do vaso coronário. Do ponto de vista clínico, esta entidade apresenta-se como dor torácica intensa, muitas vezes descrita como constrição ou aperto, que frequentemente irradia para os membros superiores, mandíbula e dorso, e é acompanhada por náuseas, vômitos e diaforese (European Society of Cardiology [ESC], 2018).

Relativamente à IC, trata-se de uma falência na bomba cardíaca de etiologia multifatorial como hipertensão arterial, valvulopatias, *Diabetes mellitus*, entre outros, cuja apresentação frequentemente passa por cansaço fácil, edema com maior predomínio nos membros inferiores, aumento de peso rápido (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2016).

As arritmias são perturbações do ritmo cardíaco, sintomáticas ou não, podendo ocorrer em utente com ou sem cardiopatia estrutural, sendo mais frequentes no contexto de EAM, IC, doença pulmonar ou cirurgia cardíaca, sendo a fibrilhação auricular a mais frequente (Brandão & Almeida, 2015). Os sintomas variam entre desconforto torácico, tonturas, vertigens ou cansaço.

Durante todo o estágio tive a oportunidade de desenvolver várias atividades, que considerei fulcrais para o meu crescimento enquanto profissional e que, portanto, me permitiram alcançar o objetivo traçado. Assim, considero que demonstrei competências na interpretação e adequação de ações terapêuticas na monitorização não invasiva (frequência cardíaca, oximetria periférica de oxigénio, temperatura corporal, pressão arterial periférica) e invasiva (pressão venosa central, pressão intra-arterial, ...); gestão do equilíbrio ácido-base/eletrolítico (gasometria e subsequentes ações); colaboração em procedimentos como colocação de cateter central, linha arterial, acompanhamento de utentes nas deslocações intra-hospitalares, entre outros.

Uma vez que as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) constituem um grave problema de saúde devido à elevada morbilidade, mortalidade e custos associados, e uma vez que foi identificado o não cumprimento rigoroso das técnicas que envolvem a manipulação de CVC e/ou Linha Arterial (LA), foi desenvolvida em articulação com os enfermeiros tutores e com a enfermeira em funções de chefia da UCIC, um Projeto de Intervenção em Serviço subjacente ao tema “Padrão para a Prática Uniformizada: Cuidados ao Cateter Venoso Central”, consistindo numa formação e um panfleto para os enfermeiros da UCIC, e um panfleto com informações para os utentes com CVC.

O registo da informação foi outra das atividades desenvolvidas, desde a colheita de dados na admissão do utente, o registo de sinais vitais, medicação, perfusões, procedimentos, pensos, entre outros.

O processo de registo de informação na UCIC é complexo e realiza-se em diferentes formatos. Por um lado, numa folha de papel A4 a informação relativa à localização dos diferentes cateteres em utilização e ao balanço hídrico diário de cada pessoa. Por outro, regista-se a avaliação inicial, diagnóstico, intervenções de enfermagem e a validação da administração de medicação no aplicativo informático em uso: SGICM (aplicação do Sistema de Gestão integrada do Circuito do Medicamento com módulo de prescrição interna e registos de enfermagem). Uma vez que não estava minimamente familiarizado com este aplicativo, despendi algum tempo até me sentir capaz de realizar os registos de forma autónoma.

Outro aspeto relacionado com a segurança, a medicação, pesquisei bibliografia relativa aos fármacos prescritos à PSC internada e a quem prestei cuidados, nomeadamente os mais frequentemente utilizados para prevenção da formação de trombos coronários, tais como os anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. Administrei esta terapêutica, despistando efeitos secundários, e realizei ensinamentos aos utentes acerca da importância da continuação da toma desta medicação no domicílio.

### **2.1.3. Domínio da competência: gestão de cuidados**

Sendo este um serviço altamente diferenciado, foi imprescindível a integração sustentada pelos por parte dos tutores que me foram distribuídos assim como da restante equipa.

A observação direta, a manipulação de equipamento técnico e a participação em algumas técnicas invasivas, constituíram uma boa base para o aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos, nomeadamente pelo desenvolvimento de um poder de observação atento, minucioso e cuidadoso, o que permitiu que as dificuldades sentidas inicialmente se fossem diminuindo, aumentando assim a confiança e a autonomia na prestação de cuidados.

Ao colaborar e prestar cuidados diretos à PSC, fui desenvolvendo a capacidade de identificar atempadamente necessidades, através da observação constante de estado de consciência, nível de sedação, parâmetros hemodinâmicos, traçado eletrocardiográfico, equilíbrio hidroeletrólítico e muitos outros aspetos, incluindo os registos pormenorizados.

Relativamente às complicações cardiovasculares, vigiei minuciosamente a estabilidade hemodinâmica (pressão venosa central, frequência cardíaca e pressão arterial média) do cliente e geri fármacos vasoativos de acordo com prescrição.

Como forma de reduzir as complicações renais, vigiei o débito urinário horário e procedi ao balanço hídrico, gerindo o aporte hídrico e os diuréticos em função do balanço prescrito.

Particpei nos cuidados necessários após a realização do cateterismo cardíaco, vigiei atenciosamente o penso no local de inserção do cateter, no sentido de despistar uma possível hemorragia.

Vigiei os resultados analíticos dando especial atenção aos níveis séricos das enzimas ao longo do internamento. Esta avaliação e vigilância é de extrema importância. A subida do valor de creatininaquinase (CK) ou creatininafosfoquinase (CPK) têm início cerca de duas horas após o enfarte do miocárdio e atinge o valor máximo em 24 horas. Outras enzimas tais como as de mioglobina e da troponina plasmática, podem fornecer melhor informação sobre a existência de enfarte nos estádios precoces da necrose dos tecidos. Conhecer os timings do pico destes marcadores enzimáticos, permitiu delinear cuidados como o levante, a colaboração nos cuidados de higiene, ou uma possível ida aos sanitários, entre outros.

Prestei cuidados de higiene e conforto à PSC, procedi à higiene oral, posicionei-os em diferentes decúbitos, melhorando a expansão pulmonar, permitindo uma melhor mobilização das secreções e prevenindo complicações decorrentes da imobilidade.

Vigiei o estado neurológico do cliente no sentido de despistar sinais de hipoperfusão cerebral, avaliando a Escala de *Glasgow* ou a Escala de *Ramsay*, o diâmetro, simetria e reatividade pupilar e vigiando a pressão intracraniana e a pressão de perfusão cerebral em situações específicas.

Para além disso, na UCIC, devido ao tipo de procedimentos invasivos que no dia a dia se prestam aos clientes, alguns destes são acometidos de infeções urinárias associadas à sonda vesical e a bacteriémias relacionadas com o cateter venoso central.

Procurei cumprir sempre com as normas instituídas pela comissão de controlo de infeção hospitalar.

#### **2.1.4. Domínio de desenvolvimento de aprendizagens profissionais**

Assumindo um cariz de imprevisibilidade e de exigência constantes, não só no momento da admissão, como também no decorrer das situações clínicas, mobilizando constantemente um conjunto de competências diferenciadas e especializadas, como o juízo crítico e gestão de prioridades aliadas à proficiência técnica e científica, de forma a ser capaz de dar resposta às necessidades da PSC, a minha experiência na UCIC veio destacar a importância do desenvolvimento de habilidades e conhecimentos capazes de garantir o reconhecimento precoce, e a resposta à deterioração fisiológica atempada.

Nestes departamentos, enriqueci conhecimentos quanto à oclusão das artérias coronárias, considerando o tempo de oclusão (embora de difícil determinação por meios clínicos), mas sobretudo a sua localização. Assisti a diferentes intervenções e a diversas estratégias de reperfusão. Percebi como uma intervenção coronária percutânea (ICP), realizada com sucesso, leva a uma melhoria da angina, normalização dos testes funcionais, melhoria da função ventricular e evita a necessidade de cirurgia de revascularização do miocárdio. De igual forma apreendi que a estratégia de abordagem de cada um dos casos é personalizada tendo em conta as características da lesão, a via de acesso a ser utilizada, o tipo de cateter guia (forma e tamanho), assim como a existência do equipamento necessário. Consegui lapidar algumas dúvidas que detinha quer aos tratamentos em função dos graus de revascularização estimados, nas ICP, como quanto aos tipos de dispositivos de pacemakers definitivos e diferentes estímulos produzidos e alocados.

## 2.2. Evidências das atividades realizadas

Na UCIC não estava a ser aplicada a Norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017) relativa à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, sendo fator de stress e de descontentamento manifestado por alguns profissionais, tendo em conta a existência frequente de informação repetida, supérflua ou desnecessária.

Assim, e atendendo à importância deste tema para a qualidade e cuidados, foi desenvolvido um projeto de melhoria contínua subjacente ao tema: ISBAR. Dele fizeram parte uma apresentação “Powerpoint®”, uma proposta de grelha para transmissão de informação, um cartaz alusivo à metodologia ISBAR afixado na sala onde habitualmente ocorre o *handover*, de forma a contribuir para uma maior padronização da informação recolhida e posteriormente transitada.

As palavras-chave foram comunicação, transição de Cuidados e ISBAR e os objetivos do projeto de intervenção foram:

- Garantir a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes que se encontram na UCIC;
- Diminuir possíveis erros e lacunas na comunicação, assim como perdas de informação importantes na transmissão de informação nas passagens de turno;
- Promover uma comunicação eficaz, habilitando para a gestão de intervenções de Enfermagem capacitadas para a diminuição de erros e garantia de qualidade dos cuidados.

A estratégia centrou-se não só na adaptação de uma grelha capaz de resumir a informação relevante para a transição de cuidados (tentando sensibilizar para a sua existência e importância), mas também pelo fornecer estrutura para a comunicação da temática entre os profissionais a respeito da situação e permitir que os enfermeiros antecipem os próximos passos e alterem o seu modelo mental, se necessário. Como forma de incentivar à utilização desta metodologia e de demonstrar as vantagens da mesma, os formandos em estágio passaram a realizar a transmissão de informação utilizando esta metodologia, alastrando-se progressivamente esta prática aos elementos da equipa de enfermagem.

Outra atividade, relacionou-se com os cuidados aos cateteres venosos centrais, uma vez que foi verificada alguma falta de uniformização nos cuidados a estes dispositivos, apesar de este procedimento estar contemplado nos feixes de intervenção da unidade. Surge então neste contexto uma ação de formação para implementação, logo que oportuno e um panfleto para suporte informativo à equipa da UCIC e ao cliente portador de CVC não descurando um autêntico processo de transição, no qual cada Pessoa experiencia a implantação de um CVC *per si*, conforme as suas características e significados atribuídos à situação, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento sobre o processo.

Por último, e tendo em conta os circuitos frequentes dos utentes entre as várias unidades funcionais do serviço de cardiologia, foi elaborada uma lista de verificação com o objetivo de limitar as perdas de informação entre os prestadores de cuidados e garantir a continuidade dos mesmos.

### 2.3. Avaliação por competências

Após a minha passagem pela UCIC sinto-me sem dúvida um profissional mais capacitado. Consegui desenvolver a capacidade de observação, essencial para a correta identificação das necessidades em cuidados de enfermagem apresentadas pela PSC.

Apercebi-me que o enfermeiro pode desempenhar um papel preponderante na reabilitação cardíaca e na prevenção de readmissões na UCIC, nomeadamente pela reeducação dos estilos de vida. Apercebi-me que os utentes estão a vivenciar um momento de transição e encontram-se particularmente recetivos à informação que possa melhorar a sua condição, ou prevenir o seu agravamento.





### Parte III



### 3. Estudo de Investigação:

#### **Experiência vivida pela pessoa com esclerose múltipla que recorre ao serviço de urgência**

*Experience lived by the person with Multiple Sclerosis who goes to the Emergency Service*  
*Experiencia de la persona con esclerosis múltiple en el uso del servicio de urgencias*

#### **Resumo**

**Enquadramento:** A Esclerose Múltipla é uma doença crónica, autoimune, inflamatória e degenerativa que afeta o Sistema Nervoso Central, surgindo frequentemente entre os 20 e os 40 anos de idade. Estima-se que em Portugal a Esclerose Múltipla afete cerca de 8000 pessoas (European MS Platform, 2019). As manifestações distintas que apresenta, as repercussões variadas e a evolução da doença diversificada condicionam por vezes a pessoa a recorrer ao Serviço de Urgência.

**Objetivo:** Compreender a experiência vivida pelas pessoas com Esclerose Múltipla que tenham recorrido ao Serviço de Urgência.

**Metodologia:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, tendo os participantes sido selecionados pelo método de bola-de-neve. Os dados foram analisados de acordo com o método processual de Giorgi & Sousa (2010), com o auxílio do software NVIVO12®.

**Resultados:** A vivência da pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência não é geralmente positiva, com queixas relacionadas com os tempos de espera prolongados, a desumanização dos cuidados ou a falta de acesso ao seu processo individual. A opinião relativa aos enfermeiros é no geral positiva, embora não isenta de anotações relativas à postura inadequada.

**Conclusão:** Todos os participantes referiram evitar recorrer ao Serviço de Urgência, se houver alternativa viável, como o Hospital de Dia.

**Palavras-chaves:** Esclerose Múltipla; Serviços Médicos de Emergência; Cuidados de Enfermagem; Doença crónica.

## **Abstract**

**Background:** Multiple Sclerosis is a chronic, autoimmune, inflammatory and degenerative disease that affects the Central Nervous System, often emerging between 20 and 40 years of age. It is estimated that in Portugal Multiple Sclerosis affects approximately 8,000 people (European MS Platform, 2019). The different manifestations, the different repercussions and the distinct evolution of the disease sometimes require the person to access the Emergency Department.

**Objective:** To understand the lived experience of people with Multiple Sclerosis who have used the Emergency Department.

**Methodology:** Semi-structured interviews were conducted, and participants were selected using the snowball method. Data were analyzed according to the procedural method proposed by Giorgi & Sousa (2010), with the support of NVIVO12 software.

**Results:** The experience of the person with Multiple Sclerosis who uses the Emergency Department is not generally positive, with complaints related to long waiting times, dehumanisation of care or lack of access to their individual file. The opinion regarding nurses is generally positive, although not free of notes regarding the inadequate posture.

**Conclusion:** All participants reported avoiding using the Emergency Department if there is a viable alternative.

**Keywords:** Multiple Sclerosis; Emergency Medical Services; Nursing Care; Chronic Disease

## **Resumen**

**Contexto:** La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica, autoinmune, inflamatoria y degenerativa que afecta al Sistema Nervioso Central y que suele aparecer entre los 20 y los 40 años de edad. Se estima que en Portugal la Esclerosis Múltiple afecta a unas 8.000 personas (European MS Platform, 2019). Las diferentes manifestaciones, las distintas repercusiones y la diversa evolución de la enfermedad obligan a veces a recurrir al Servicio de Urgencias.

**Objetivo:** Conocer la experiencia vivida por las personas con Esclerosis Múltiple que han acudido al Servicio de Urgencias.

**Metodología:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas, haciendo que los participantes fueran seleccionados por el método de bola-de-neve. Los datos se analizaron según el método de procedimiento de Giorgi & Sousa (2010), con la utilización del software NVIVO12.

**Resultados:** La experiencia de la persona con Esclerosis Múltiple que recurre al Servicio de Urgencias no suele ser positiva, con quejas relacionadas con los largos tiempos de espera, la deshumanización de la atención o la falta de acceso a su expediente individual. La opinión

sobre las enfermeras es generalmente positiva, aunque no está exenta de notas sobre la postura inadecuada.

**Conclusión:** Todos los participantes informaron de que evitaban utilizar el servicio de urgencias si existía una alternativa viable, como el Hospital de Día

**Palabras clave:** Esclerosis Múltiple; Servicios Médicos de Urgencia; Atención de Enfermería; Enfermedad Crónica.

## Introdução

As doenças crónicas afetam hoje mais pessoas do que as doenças infecciosas e são responsáveis pelo maior peso da doença na Europa (Guerra, 2009), representando em vários sistemas de saúde, cerca de 80 por cento do total da despesa.

Dados do National Health System britânico revelam que 70% dos doentes admitidos nos Serviços de Urgência têm uma exacerbação da doença crónica (Guerra, 2009). Em Portugal, estes doentes crónicos que recorrem ao serviço de urgência são atendidos numa perspetiva de natureza episódica, descontínua, segmentada e reativa, repetindo-se análises laboratoriais, exames complementares de diagnóstico e intervenções a cada episódio, muitas vezes sem ter em consideração os antecedentes da pessoa.

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença desmielinizante progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), altamente complexa e multifacetada, cujos mecanismos subjacentes à sua etiopatogénese não são totalmente conhecidos. Os sinais e sintomas são variados e múltiplos, refletindo a localização da lesão (Hinkle, 2016).

Em Portugal a tradição de registos epidemiológicos é baixa e a verdadeira prevalência da EM é desconhecida. Um estudo epidemiológico conduzido em 2006 remete-se ao distrito de Santarém, onde se verificou uma prevalência de 46,3/100000 habitantes (de Sá et al., 2006) estando em linha com a média europeia, estimando-se que em Portugal existam cerca de 8300 pessoas com EM (European MS Platform, 2019) .

Apesar da imprevisibilidade na evolução de cada situação a nível individual, e de cada pessoa vivenciar esta patologia de forma distinta, os sintomas mais frequentemente encontrados são fadiga (presente em cerca de 80% dos casos), depressão, fraqueza, parestesia, descoordenação motora, perda de equilíbrio, espasticidade e dor (Hinkle, 2016).

Em 2007, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2007) conduziu um estudo com o intuito de entender o grau de acesso a cuidados que é dado a pessoas com EM nos vários hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no sentido de contribuir ativamente para a melhoria das condições de acesso dos utentes à rede hospitalar, e consequentemente, contribuir para a assegurar o direito de acesso ao serviço

público de saúde. Uma das conclusões deste estudo foi a constatação de uma grande variabilidade no rácio de pessoas com EM por milhar de habitantes da área de influência entre os vários hospitais, constituindo frequentemente o recurso aos serviços de urgência como a única alternativa para estas pessoas.

A investigação orienta-se para o seguinte objetivo: Compreender a experiência da pessoa com EM que tenha recorrido ao SU. Tendo em conta o foco de estudo, a opção metodológica recaiu em realizar um estudo qualitativo de cariz fenomenológico interpretativo, conforme descrito por Giorgi & Sousa (2010).

Considerando a escassez de estudos epidemiológicos sobre a EM em Portugal e a pertinência cada vez maior que é compreender o fenómeno das doenças crónicas em Portugal, conduziu-se este trabalho, sabendo de antemão que muito ficará ainda para fazer.

## **Enquadramento**

A EM é uma doença crónica autoimune do SNC que se caracteriza por inflamação, desmielinização, gliose e perda neuronal (Cree & Hauser, 2020). Apesar de poder ocorrer em qualquer faixa etária, o pico de idade para o seu início estabelece-se entre os 25 e os 35 anos, sendo o género feminino o mais afetado. Trata-se da patologia não traumática mais incapacitante em adultos jovens (Hauser & Cree, 2020).

A causa para a EM não é ainda conhecida nem existe cura, no entanto o diagnóstico atempado e o início do tratamento precoce produzem um efeito significativo na progressão da doença, independentemente da sua forma (European MS Platform, 2019).

Entre os sintomas iniciais de EM mais frequentes encontram-se as alterações motoras, sensitivas, visuais, fadiga, ataxia e vertigem (Cree & Hauser, 2020).

A EM pode cursar sob 3 formas: surto-remissão (EMSR), secundária progressiva (EMSP) ou primária progressiva (EMPP). A EMSR contempla aproximadamente 90% dos casos de EM e é caracterizada por períodos de surtos (episódios agudos de manifestações de um ou mais sintomas novos, ou agravamento de sintomas pré-existent) que geralmente regridem para o estado anterior (estado de remissão). Na EMSP, a recuperação de sintomas após um surto já não é total, assistindo-se a um gradual agravamento dos sintomas e da incapacidade. O risco de evoluir de EMSR para EMSP é de aproximadamente 2% a cada ano. Na EMPP a sintomatologia evolui de forma constante desde o diagnóstico. Esta forma de EM representa aproximadamente 10% dos casos, e a distribuição por género é mais equitativa (Cree & Hauser, 2020).

De acordo com o barómetro europeu para a EM, estima-se que existam em Portugal 8364 pessoas afetadas com EM (European MS Platform, 2019), no entanto, não foi

encontrado qualquer estudo de prevalência da EM, de base nacional e atualizado, pelo que a carência de dados neste âmbito se revela manifesta.

Uma vez que a Gestão Integrada da Doença tem constituído uma ferramenta estratégica na melhoria da efetividade e eficiência da prestação dos cuidados de saúde, a DGS emitiu em 2009 uma circular com o intuito de promover a reorganização da prestação de cuidados através da criação de Centros de Tratamento de EM e da sua articulação com a Consultas de Neurologia. Como objetivos deste modelo podem encontrar-se assegurar a prestação de cuidados de saúde de forma integrada e de acordo com os níveis de atuação primária, secundária e terciária, procurando garantir que a prestação de cuidados de saúde se realiza no nível adequado e com a melhor utilização de recursos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2009). Pretendia-se ao mesmo tempo garantir a equidade e facilitar o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde assim como aumentar a qualidade e os resultados dos cuidados prestados (DGS, 2009).

No entanto, estes centros de tratamento ainda não são uma realidade e as assimetrias na prestação de cuidados a pessoas com EM pelo território nacional continuam a verificar-se, apesar da existência de uma Rede de Referência Neurológica (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016), que prevê dois níveis de prestação de cuidados hospitalares: Serviços de Neurologia e Unidades de Neurologia, não havendo no entanto obrigatoriedade de haver uma consulta destinada exclusivamente às pessoas com EM (ERS, 2007).

Segundo a ERS (2007), na RRN estão previstos dois níveis de prestação de cuidados hospitalares para doenças neurológicas: Serviços de Neurologia e Unidades de Neurologia. Unidades e Serviços diferem em termos da dimensão do quadro de neurologistas (3 a 5, e mínimo de 6, respetivamente), e também em termos do tipo de cuidados oferecidos: nas Unidades deverá existir consulta externa e internamento, e nos Serviços deverá existir consulta externa, internamento, hospital de dia e urgência. Os Serviços de Neurologia devem abranger uma população mínima de 300.000 habitantes, e nos hospitais servindo de 100.000 a 300.000 habitantes, deverão existir Unidades de Neurologia, dependendo de condicionalismos geográficos.

Tendo em conta a heterogeneidade no acesso a cuidados de saúde destinados à EM, conjugado com a imprevisibilidade da evolução da EM, por vezes surge a necessidade de pessoas com esta patologia se deslocarem a um SU para minimizarem a intensidade dos sintomas.

## Questão de Investigação

Pretende-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual a vivência da pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência?

## Metodologia

A aplicação do método fenomenológico na investigação em Enfermagem tem como objetivo principal responder a uma das questões clássicas da teorização da prática de cuidados de enfermagem e que vem sendo exposta desde Nightingale, ou seja, a busca do entendimento das necessidades vividas pelos doentes, de modo a responder a essas necessidades de forma efetiva (Cohen et al., citado por Loureiro, 2002).

De acordo com Giorgi & Sousa (2010) “o uso da entrevista fenomenológica, não é apenas a aplicação de um instrumento de recolha de dados diferente, reflete em si mesmo, uma conceção diferente de produção de conhecimento, de construção de significado sobre a ação humana”.

Esta abordagem visa a compreensão abrangente embora focada do fenómeno a estudar, atribuindo relevância às experiências vividas pelos participantes. Tal achado poderá proporcionar aos enfermeiros a oportunidade de melhor compreenderem a pessoa com EM que recorre ao SU. O primeiro passo (*epoché*) exige a leitura intuitiva e global da informação com o intuito de apreender o sentido e o significado da vivência dos sujeitos numa perspetiva global. Depois de transcritas as entrevistas, deverão ler-se tantas vezes quantas forem necessárias para ter uma visão intuitiva sobre o fenómeno em estudo (Loureiro, 2002).

As transcrições devem ser integrais, incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador, de forma a obter-se um sentido de totalidade. Por lidarmos com uma fala relativamente espontânea, com um discurso falado, que uma pessoa – o entrevistado – orchestra mais ou menos à sua vontade relativamente ao que viveu, sentiu e pensou o propósito de alguma coisa (Bardin, 2020), verifica-se a necessidade de proceder à redução fenomenológica (segundo passo), ou seja a discriminação de unidades significativas focadas no fenómeno em estudo (elaboração de códigos). O terceiro passo corresponde à organização das unidades significativas (códigos) em temas, e finalmente a organização desses numa estrutura essencial compreensiva. Ou seja, é realizada uma descrição dos significados psicológicos atribuídos pelos entrevistados (análise eidética) fundamentada na globalidade dos testemunhos.

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu com o N.º 35/SUB/2021 (Apêndice I) e respeitados os princípios éticos fundamentais a

considerar em investigação de seres humanos (Princípios de Helsínquia). A natureza voluntária, anónima e confidencial do estudo foi explanada aos participantes, aquando da obtenção do consentimento livre, informado e escrito antes de cada entrevista. Foram ainda cumpridas as recomendações da Declaração da World Medical Association relativas à recolha ética e legal dos dados (World Medical Association, 2008).

Os participantes foram selecionados através do método qualitativo não probabilístico por redes, também designada por técnica em “Bola de Neve” (Fortin, 2009). Foram consideradas pessoas com diagnóstico de EM há pelo menos 6 meses, que tenham proporcionado o seu consentimento informado formal, que conseguissem exprimir-se oralmente em língua portuguesa e que tivessem recorrido ao SU desde 01/03/2020. Foram excluídos os participantes cujo diagnóstico de EM tivesse ocorrido há menos de 6 meses, com demência ou alteração da função cognitiva ou sem capacidade para se expressar oralmente, e ainda se adicionalmente à EM apresentassem outras doenças autoimunes.

Para operacionalizar as entrevistas, utilizámos a entrevista qualitativa semiestruturada, que permite ao participante exprimir as suas experiências, visões e perceções das suas vivências do fenómeno em estudo, possibilitando ao investigador a extração de um enorme número de dados objetivos e subjetivos e compreender a subjetividade do indivíduo através dos seus relatos. A realização das entrevistas foi apoiada por um guião elaborado especificamente para este estudo (Apêndice II). As entrevistas ocorreram entre 01/05/2021 e 30/06/2021, tendo sido gravados pelo investigador em suporte áudio (formato digital), após solicitado e obtido o consentimento informado escrito (Apêndice III). A cada entrevista foi atribuído um código E (entrevista) e n (número relacionado com o objetivo de garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados).

A amostragem do estudo foi fechada após a 4.<sup>a</sup> entrevista, quando foi considerado que se atingiu a saturação da informação já obtida. A análise de dados foi realizada com recurso ao software NVIVO12® (QSR International, EUA, 2018), seguindo-se o método processual proposto por Giorgi & Sousa (2010).

## **Resultados**

A estrutura referente ao fenómeno *Vivência da Pessoa com EM que recorre ao SU* foi construída tendo em conta quatro dimensões, esquematizadas na Figura 1. Esta estrutura comporta os seguintes temas: Percebendo o primeiro contacto com a EM; Percebendo a situação atual; Experienciando a ida ao SU; Era melhor se... .

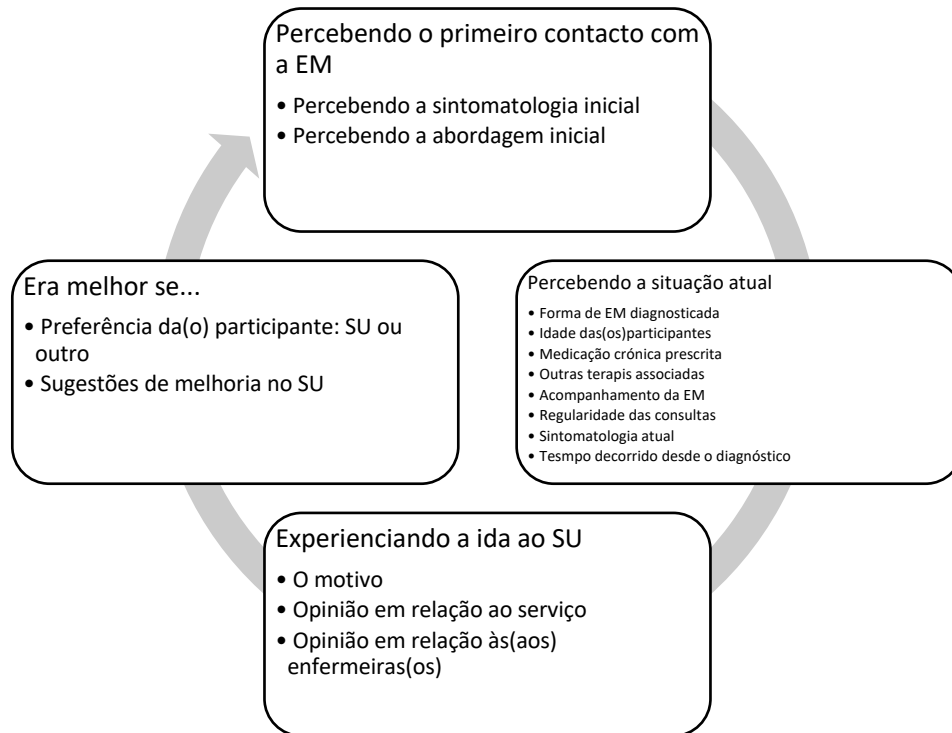


Figura 1 – Esquema do fenómeno: estrutura essencial das vivências da pessoa com EM que recorre ao SU

#### *Percebendo o primeiro contacto com a EM*

O primeiro momento experiencial decorre do surgimento de sintomas que vão estar dependentes da localização da lesão. No caso dos participantes, o início dos sintomas manifestou-se por descoordenação motora: “eu não consegui inserir o pé na sabrina ... não conseguir sequer levar a comida à boca” (E01); “fiquei sem andar,” (E02); “eu andava toda torta e desequilibrada” (E03), por alterações sensoriais: “o primeiro surto que eu tive foi dormência na barriga do lado esquerdo” (E04), distúrbios no equilíbrio: “eu comecei a sentir desequilíbrio” (E01) e por fadiga: “só que comecei a sentir-me muito cansada” (E03).

Na sequência dos sintomas, os participantes procuram os serviços de saúde no sentido da melhoria dos sintomas: “fui ao médico do trabalho contar-lhe o que é que sentia... ele mediu-me a tensão...[e disse-me que] ia tomar uns comprimidos para a tensão e para ir lá regularmente medir a tensão (E03); “quando ia ao hospital davam-me injeções para aliviar a dor e relaxante muscular, mandavam-me embora...diziam que [era] algum problema na coluna” (E04); “saí de lá com [o diagnóstico de] uma lombalgia de esforço” (E01); “antes de ir ao hospital...fui ao ortopedista” (E02).

Uma vez que não se verificavam melhoras após o início dos sintomas, “eu não estava a sentir melhoras” (E01), os participantes relatam o recurso a médico com especialidade de neurologia, e consequente realização de exames complementares de diagnóstico dirigidos, “Depois voltei lá ao médico e expliquei-lhe e ele disse-me: olha (...) não sei sinceramente o

que é que tu tens ... viu lá um médico neurologista ... e marquei consulta para o dia seguinte ... mandou-me fazer potenciais evocados ... e uma punção lombar” (E03); “E então daí, pronto, foram aqueles dias de estudo ... com o culminar da punção lombar” (E01).

Depois do diagnóstico estabelecido, os participantes relatam a terapêutica instituída: “os primeiros tratamentos da cortisona, para mim foi terrível” (E01); “depois de ter ficado internada e fazer os corticoides” (E02); “prescreveram-me a cortisona” (E04).

#### *Percebendo a situação atual*

Relativamente à situação atual, os participantes referem as limitações motoras: “Eu até para ir à casa de banho ... Eu para lavar o rabo eu preciso de ajuda. Ainda hoje eu não recuperei a autonomia nesse sentido (E01); “O que me afeta a esclerose é só na locomoção e nas pernas” (E02). O acompanhamento da condição dos participantes é realizado exclusivamente no SNS, apesar de o diagnóstico inicial poder ter sido realizado no setor privado: “depois (es)tive internada 5 dias, (es)tive no privado, pronto, porque tenho seguro ... mas depois encaminharam-se para os [Ocultado]” (E02); “Sim [no SNS]” (E04); “Sim, sim, sim [no SNS]” (E03). As consultas são agendadas com uma regularidade de 6/6 meses: “Neste momento 2 vezes por ano” (E01); “regra geral tenho de 6 em 6 meses” (E03); “pelo menos de meio em meio ano” (E04); no entanto há facilidade em contactar a equipa assistente: “se realmente houver alguma coisa. Aí eu entro em contacto com o médico e é claro praticamente um ou dois dias depois eu tenho cá consulta” (E01). Um dos participantes manifestou dificuldade em conseguir consultas da especialidade: “desde 2018 tive ali 16 meses que não tive consultas, pronto, não tive... foram 16 meses sem consultas sem análises sem exames” (E02).

#### *Experienciando a ida ao SU*

Os motivos apontados pelos participantes para recorrerem ao serviço de urgência estão relacionados com alterações sensitivas e motoras: “comecei a sentir dormência na barriga do lado esquerdo, a perder a destreza um bocado, ainda mais no pé esquerdo.” (E04); “Eu deixei de conseguir andar (E01). Relativamente à opinião dos participantes em relação ao SU, três manifestam uma má experiência: “Foi péssimo, péssimo, péssimo, péssimo... foi terrível (risos) saí de lá sinceramente traumatizada ... fizeram-me estar horas para ser atendida! Horas!... foi extremamente mal educado comigo!...(E03); “fui muito mal atendida, por acaso!... só havia médica que estava, fez-me lá estar 1h e tal porque estava lá na conversa com uma colega.... andava lá tudo agarrado ao telemóvel não sei quê (...) e as pessoas ali à espera” (E02); “A experiência que eu tive naquela sala foi muito má... chamaram o neurologista de urgência que me fez duas ou três perguntas, numa sala de tratamento, atenção... Com outros doentes, que é outra coisa que eu não consigo perceber... foi lá que

ele me fez a avaliação, no meio das outras pessoas todas (E04). Apenas um dos participantes revela um testemunho positivo: “não tive qualquer problema, nem nunca tive... Posso-te dizer que 5 estrelas” (E01). Concretamente no que diz respeito aos profissionais de enfermagem dos SU, dois participantes manifestaram uma opinião muito positiva: “pois a senhora foi 5 estrelas, encaminhou-me rapidamente...não tive de estar muito tempo para ser atendida... 10 estrelas! Tudo impecável” (E03); “Os enfermeiros são 5 estrelas... Eu estou a falar honestamente! Eu sou muito direta (...) aliás é a única coisa que se aproveita ali nos [Ocultado] é os enfermeiros” (E02). Uma das participantes apreciou os profissionais de enfermagem de uma forma negativa: “Para além da brincadeira que estava (...) entre os colegas enfermeiros quando há pessoas que estão a sofrer, nomeadamente havia lá um senhor deitado (...) numa maca cheio de dores e que a urina era autêntico sangue...era uma frieza (...) o chefe (...) numa cadeirinha enquanto estavam lá aquela quantidade de pessoas, a ver o Facebook ou o Instagram, não sei lá a ver o que quer que fosse, e é isto que nós temos. Se aquilo é a vossa postura (...) não devia de ser, porque quando estamos a trabalhar é para trabalhar,[se] é para brincar é para brincar!” (E04).

#### *Era melhor se...*

Quando questionados sobre a preferência entre o recurso ao SU ou outra alternativa como o Hospital de Dia, os participantes foram unânimes na escolha pelo Hospital de Dia: “quando tenho algum sintoma diferente, ou que eu desconfio que seja algum surto, eu procuro sempre o Hospital de Dia. Não vou às urgência.” (E03); “eu só recorri [ao SU] porque estava mesmo aflita [e não tinha alternativa]” (E02); “[prefiro o Hospital de Dia] pelo menos a nível de profissionais , a postura dos que lá estão é completamente diferente” (E04).

Como sugestão dada pelos participantes aos SU para corresponderem melhor às suas expectativas, os participantes mencionaram o acesso mais facilitado ao seu histórico: “eu acho que era importante que a urgência tivesse acesso e conhecimento do historial de cada doente” (E03), mas também uma alteração nos comportamentos observados nos profissionais: “deviam de ser um bocadinho mais empenhados” (E02); “essa questão de haver mais respeito, de não haver tanta distração, tanto ruído [uns] com [os] outros” (E04).

## **Discussão**

A idade média dos participantes no estudo é 50.8 anos com desvio padrão de 10.8 anos, sendo a totalidade do género feminino. O diagnóstico terá ocorrido em média há 7.5 anos com desvio padrão de 5.5 anos. Tal achado vai ao encontro dos dados existentes, onde

se lê que o pico de idade para o início dos sintomas se estabelece entre os 20 e os 40 anos, sendo o género feminino o mais afetado (Cree & Hauser, 2020).

Dos quatro participantes no estudo, três possuem a forma de EMSR e um a forma de EMSP, o se aproxima dos dados estatísticos existentes: “eu tinha surto-remissão” (E01); “É a surto-remissão” (E03); “acho que é a surto remissão (E04); “A progressiva secundária” (E02). Os dados estatísticos encontrados manifestam uma distribuição tendencialmente para a forma EMSR em cerca de 90% (Cree & Hauser, 2020), o que não deixa de ser manifestado por esta amostra, onde 75% dos participantes têm diagnosticada a forma EMSR.

Como primeiros sintomas foram apontados fundamentalmente os relacionados com alterações na locomoção e com alterações sensoriais. Estes achados vão ao encontro de Cree & Hauser, (2020), que referem que as alterações sensoriais, a neurite ótica e a diminuição da força estão presentes em mais de 35% dos casos de EM diagnosticados.

O percurso entre o início dos sintomas e o diagnóstico é por vezes moroso, sendo frequente o recurso em primeira instância a outras especialidades que não a neurologia. Após o contacto com o profissional desta especialidade médica o diagnóstico é geralmente rápido. Um estudo conduzido por Methley et al. (2017) para a realidade britânica chegou a conclusão semelhante.

Verificou-se que em dois dos quatro testemunhos recolhidos o diagnóstico foi realizado no setor privado, no entanto a totalidade dos participantes é vigiada e medicada no SNS. Tal achado vai ao encontro do relatório produzido por Simões & Hernández-Quevedo (2017), onde se pode ler que atualmente, o setor privado português fornece principalmente serviços de diagnóstico e terapêuticos, bem como algumas consultas de ambulatório, reabilitação e hospitalização. No entanto, não constitui uma alternativa ao SNS, mas antes assume um papel complementar

O motivo para a troca do setor privado para o SNS após o diagnóstico não foi indagado, podendo no entanto pressupor-se que poderá estar relacionada com os custos avultados relacionados com a medicação crónica modificadora da doença e a eventual necessidade de internamento ou exames complementares de diagnóstico, também eles onerosos.

Quanto à regularidade nas consultas de vigilância da EM, a maioria dos participantes revelaram ter aproximadamente duas consultas por ano, assim como facilidade no acesso à sua equipa de saúde. No entanto, um dos participantes referiu ter estado mais de 16 meses sem qualquer consulta de vigilância e sem realizar exames complementares, devido à falta de médico especialista em neurologia no hospital da sua área de residência: “tive ali 16 meses que não tive consultas (...) porque a médica tinha-se ido embora porque não havia meios (...) aquilo lá nos [Ocultado] é um bocado complicado, a nível de médicos, estão sempre a sair” (E02).

Relativamente ao recurso ao SU, a totalidade dos participantes referiram optar por este serviço apenas quando não há outra alternativa, e apontaram como principais motivos de descontentamento os longos tempos de espera, a falta de condições, a falta de acesso ao histórico clínico bem como a desumanização dos cuidados.

No que diz respeito à humanização de cuidados, não poderia deixar de destacar a opinião com que uma das participantes ficou relativamente aos profissionais de enfermagem, pela descrição de uma postura aparentemente desadequada ao contexto laboral, o que pode ter um impacto negativo nos contactos futuros com os serviços de saúde. De facto, e de acordo com a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015), pode ler-se no artigo 111.º que o Enfermeiro, consciente que a sua ação se repercute em toda a profissão, assume o dever de manter no desempenho das suas atividades, em todas as circunstâncias, um padrão de conduta pessoal que dignifique a profissão.

Apesar da manifesta carência de estudos nesta área, conclusões semelhantes a estas foram obtidas por Methley et al. (2016) no norte do Reino Unido, demonstrando que as pessoas com EM valorizam a prestação de cuidados centrados na pessoa, o tratamento imediato, o apoio especializado e a continuidade de cuidados.

Como alternativa aos SU, e tendo em conta os meios ao seu dispor, todos os participantes manifestaram preferência por recorrer ao Hospital de Dia ao invés do SU.

Por fim este estudo teve como limitações representar apenas as vivências de 4 participantes, o eventual carácter subjetivo da interpretação do investigador, que se tentou minimizar pela aplicação de uma metodologia fenomenológica formalmente estabelecida, e ainda pela limitação temporal, que impossibilitou a apresentação da estrutura essencial aos participantes, antes do seu tratamento. É essencial que futuras investigações incluam outras populações e abordem o atendimento noutros serviços por forma a garantir uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo.

## **Conclusão**

Face aos resultados obtidos, o recurso à metodologia de investigação do tipo qualitativo de cariz fenomenológico interpretativo revelou-se adequada para o desenvolvimento e concretização do objetivo inicialmente traçado. De facto, esta metodologia permitiu descobrir vivências e sentimentos que de outra forma poderiam ficar encobertas ou pouco perscrutadas.

Conhecer as essências associadas aos fenómenos permite ao enfermeiro ter a capacidade de moldar e influenciar positivamente a experiência da pessoa com EM que

recorra ao SU, sabendo de antemão que esta, se pudesse, muito provavelmente teria recorrido a outra tipologia de prestação de cuidados de saúde.

Apesar da pequena dimensão do país, a estrutura assistencial às pessoas com EM é muito heterogénea, influenciada pelos recursos, pela dimensão e pela diferenciação, mas também pela organização local, não sendo o acesso à consulta especializada em EM ainda universal, continuando a existir dificuldades no reconhecimento da doença nas fases iniciais.

Como forma de mitigar estas lacunas, e numa perspetiva de Gestão Integrada da Esclerose Múltipla, foi proposta em 2009 a criação de Centros de Tratamento e de Consultas de Neurologia. Com estas estruturas previsivelmente estar-se-ia mais perto de alcançar a equidade no tratamento das pessoas com EM e facilitar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, permitindo ainda uma uniformização de procedimentos, e uma economia mais aliviada em termos de gastos e despesas, além de tornar os serviços de saúde mais humanizados na relação com os utentes.

As falhas no acesso aos registos das pessoas com EM foram um dos motivos de descontentamento apontados pelos participantes que recorreram ao SU, pelo que a criação de um registo nacional de EM, com acesso geral em qualquer ponto de saúde, poderia ser vantajoso por conferir dados fundamentais para a gestão da doença. Tal registo permitiria também dados epidemiológicos mais rigorosos, permitindo o planeamento da rede de assistência e prestação de cuidados, contribuindo assim para a melhoria da segurança dos doentes em todo o território nacional.

Conclui-se portanto que a opinião dos participantes que recorrem aos serviços de urgência não é globalmente positiva, recorrendo a este tipo de serviço apenas pela falta de uma resposta mais eficaz para a sua situação, considerando estes que a melhor alternativa seria o recurso aos serviços de Saúde em contexto de ambulatório, comprovando a importância que a expansão de tais estruturas a nível nacional teriam para as pessoas com EM.

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem a contribuição dos participantes entrevistados para a realização do estudo. De igual forma, agradecem o apoio da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).



#### 4. Conclusão

Ao concluir este trabalho considero ter desenvolvido e alcançado as aprendizagens profissionais com base numa constante busca pessoal de uma prática sustentada na melhor evidência disponível, na formação contínua e no apoio dos profissionais dos contextos dos serviços de estágio, conseguindo assim atingir os objetivos inicialmente definidos enquanto estudante do CMEMC.

Assumindo-me como o principal dinamizador deste percurso, procurei mobilizar os recursos necessários para a sua concretização, adotando uma postura proactiva nos locais por onde passei, tendo desenvolvido competências especializada ao nível da análise, planeamento, intervenção avaliação e investigação, refletindo tal investimento nos de locais de estágio.

De facto, a realização de dois estágios em contextos pautados pela elevada necessidade de cuidados de enfermagem, um serviço de urgência polivalente e um serviço de cuidados intensivos cardíacos, permitiu-me desenvolver um conjunto de competências específicas, de forma a garantir uma intervenção adequada.

Relativamente ao estágio em contexto de Urgência, este foi desenvolvido no SUP do CHTV, EPE, tendo prestado cuidados de enfermagem a utentes a viverem situações de doença aguda como EAM, AVC, dispneia, intoxicação, instabilidade hemodinâmica de diversas etiologias, entre outros, procurando prevenir e tratar complicações, num contexto onde é frequente a intervenção das equipas multidisciplinares, promovendo-se, deste modo, a qualidade dos cuidados prestados.

Quanto ao estágio em contexto de Cuidados Intensivos, este foi realizado na UCIC do CHTV, EPE, havendo oportunidade de proporcionar cuidados de enfermagem a utentes em situação de alto risco cardíaco, como Insuficiência cardíaca agudizada ou enfarte agudo do miocárdio, entre outros.

Relativamente à gestão de cuidados e melhoria contínua da qualidade realço a participação em grupo e a título individual em vários projetos, como a implementação de práticas seguras de armazenamento e acondicionamento do medicamento no SUP, ou a concretização de vários suportes que facilitaram a implementação da metodologia ISBAR na UCIC.

No que diz respeito ao desenvolvimento de competências no âmbito da responsabilidade profissional, ético e legal, assisti a um evidente amadurecimento, considerando o respeito pela pessoa cada vez mais um imperativo inquestionável.

Por último, desenvolvi e apliquei um estudo com o objetivo de perceber a vivência da pessoa com EM que recorre ao SU. Como principais achados deste estudo destaca-se a opinião maioritariamente negativa que os participantes detêm destes serviços, recorrendo a estes apenas porque não há alternativa viável.

A realização deste trabalho não foi isenta de dificuldades, onde realço a minha inexperiência no âmbito do desenvolvimento de investigação e o tempo limitado para a concretização do mesmo, embora tenha procurado assegurar o rigor e a seriedade intrínseca a um trabalho desta natureza.

Apesar dos obstáculos encontrados, a elaboração do presente trabalho foi ao encontro das motivações pessoais e das preocupações emergentes diariamente no contexto profissional. Todo o percurso realizado permitiu a aquisição de novos conhecimentos neste âmbito, quer através das respostas obtidas aos objetivos delineados, quer pela partilha gerada no seio da equipa de enfermagem e pelas mudanças implementadas nos serviços por onde passei.

Para finalizar termino por afirmar que o percurso formativo inicialmente traçado era complexo, no entanto com a ajuda de todos quantos participaram no processo, consegui atingir os objetivos propostos

## Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2016). Rede de Referenciação Hospitalar Neurologia. Rede de Referenciação Hospitalar, 1–40. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf>
- Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo*. (5th ed.). Edições 70.
- Brandão, L. & Almeida, S. (2015). *Arritmias*. In Ponce, P & Mendes, J. (Eds.). Manual de Medicina Intensiva (pp. 228-233). Lidel
- CIPE® 2019. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Cree, B., & Hauser, S. (2020). *Multiple sclerosis*. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (20<sup>th</sup> ed., chapter 436). MCGraw-Hill Education
- de Sá, J. (2010). Epidemiología de la esclerosis múltiple en Portugal y España. *Revista de Neurología*, 51(07), 387. <https://doi.org/10.33588/rn.5107.2010571>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Gestão integrada da esclerose múltipla - Centros de Tratamento e Consultas de Neurologia*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/circular-normativa-n-20dqsdgidi-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Norma da Direção Geral da Saúde nº017/2012 de 17/12/2012 - Taxonomia para Notificação de incidentes e eventos adversos*. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma da Direção Geral da Saúde nº020/2014 de 30/12/2014 – Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma da Direção Geral da Saúde nº014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de alerta máximo*. Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma DGS nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2007). *Avaliação do acesso dos doentes com esclerose múltipla a consultas externas nos hospitais do SNS*. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/101/824937\\_rel.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/101/824937_rel.pdf)
- European MS Platform. (2019). *EM em Portugal*. 1–2. <https://barometer.ams3.digitaloceanspaces.com/0071b5066db57f5c416ce881e33bb4f5.pdf>

- European Society of Cardiology. (2018). *Definição universal de Enfarte do Miocárdio (4ª edição)*. Recomendações de bolso de 2018 da ESC. [https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket\\_Definicao-Enfarte.pdf](https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Pocket_Definicao-Enfarte.pdf)
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa, Portugal: Fim do Século
- Guerra, J. (2009). *Proposta para a criação do núcleo de estudos sobre gestão da doença crónica da SPMI*. [https://www.spmi.pt/pdf/Proposta\\_NEGDC\\_da\\_SPMI.pdf](https://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf)
- Hauser, S., & Cree, B. A. C. (2020). *Treatment of multiple sclerosis: a review*. *American Journal of Medicine*, 133(12), 1380-1390.e2.
- Hinkle, J. L. C., Kerry H. (2016). *Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica (13th ed.)*. Guanabara Koogan. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.05.049>
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2020). *Guia orientador de Estágios do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 8.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Viseu: Duarte, J e Cunha, M.
- Loureiro, L. (2002). *Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, January 2002, 5–16. [https://www.researchgate.net/profile/Luis-Loureiro-8/publication/272160682\\_Loureiro\\_L\\_2002\\_Orientacoes\\_Teorico-Metodologicas\\_para\\_Aplicacao\\_do\\_Metodo\\_Fenomenologico\\_Na\\_Investigacao\\_Em\\_Enfermagem\\_Revista\\_de\\_Enfermagem\\_Referencia\\_1\\_8\\_5\\_-\\_16/links/54dc63d30cf2a7769d95fac7/Loureiro-L-2002-Orientacoes-Teorico-Metodologicas-para-Aplicacao-do-Metodo-Fenomenologico-Na-Investigacao-Em-Enfermagem-Revista-de-Enfermagem-Referencia-1-8-5-16.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis-Loureiro-8/publication/272160682_Loureiro_L_2002_Orientacoes_Teorico-Metodologicas_para_Aplicacao_do_Metodo_Fenomenologico_Na_Investigacao_Em_Enfermagem_Revista_de_Enfermagem_Referencia_1_8_5_-_16/links/54dc63d30cf2a7769d95fac7/Loureiro-L-2002-Orientacoes-Teorico-Metodologicas-para-Aplicacao-do-Metodo-Fenomenologico-Na-Investigacao-Em-Enfermagem-Revista-de-Enfermagem-Referencia-1-8-5-16.pdf)
- Methley, A. M., Chew-Graham, C. A., Cheraghi-Sohi, S., & Campbell, S. M. (2017). A qualitative study of patient and professional perspectives of healthcare services for multiple sclerosis: implications for service development and policy. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 848–857. <https://doi.org/10.1111/hsc.12369>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica [Portugal]. *Diário da República*, IIª Série, N.º 35, pp. 8656-8657. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico - Inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 25 de novembro, Leiria. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica [Portugal]. *Diário da República, IIª Serie, n.º 135*, pp. 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [Portugal]. *Diário da República, 2.ª Serie, n.º 26*, pp. 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/124793102>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2019). *Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar, Capítulo B: Aquisição e Armazenamento*. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo\\_b\\_manual\\_de\\_boas\\_praticas\\_de\\_farmacia\\_hospitalar\\_10322027965d07676c0ed23.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/capitulo_b_manual_de_boas_praticas_de_farmacia_hospitalar_10322027965d07676c0ed23.pdf)
- Pinho, J. (2020). *Enfermagem em Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda, p. 1- 354.
- QSR International Pty Ltd. (2018) NVivo (Version 12), <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Simões, J. de A. G. F. A. I. F., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health Systems in Transition. *Health Systems in Transition, 30(9)*, 1–184. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1280579/retrieve>
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia. (2016). Recomendações de Bolso da ESC: Insuficiência cardíaca. In *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Insuficiencia-Cardiaca.pdf>
- World Medical Association. (2008). Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/content/uploads/2016/11/DoH-Oct2008.pdf>



## **Apêndices**



## Apêndice I - Parecer da comissão de ética



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Experiência vivida pela pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência
Proponentes do projeto	Luís Filipe dos Reis
Investigador responsável	Prof. Doutor António Madureira Dias, Prof. Doutor Eduardo Santos
Data de submissão	04/04/2021
Relatores	Prof. <sup>a</sup> Doutora Isabel Martins, Prof. <sup>a</sup> Doutora Ernestina Silva e Dr. Luís Patrão
Data da aprovação do parecer	22/04/2021
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

#### PARECER N.º 35/SUB/2021

<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

## REQUISITOS

Do projeto de investigação destaca-se o seguinte:

---

É um estudo qualitativo, de cariz fenomenológico interpretativo;

Utiliza como metodologia de recolha de dados uma entrevista semiestruturada a ser realizada no domicílio dos participantes ou à distância de forma síncrona com recurso a meios informáticos;

A técnica de amostragem a usar será da tipologia não probabilística por Redes, também designada por técnica “em Bola de Neve”, contudo não é referido se os contactos dos participantes fornecidos ao investigador foram autorizados pelos mesmos;

É assegurada a voluntariedade e autonomia dos participantes pelo consentimento informado em que são convidados a participar de forma livre, autónoma e esclarecida;

Os dados recolhidos não permitem a identificação dos participantes;

É desenvolvido por Enfermeiros, e como tal sujeitos a sigilo profissional;

Tem com critérios de inclusão os participantes terem 18 ou mais anos de idade, residentes em Portugal, com diagnóstico de esclerose múltipla há pelo menos seis meses, que consiga expressar-se oralmente na Língua Portuguesa, e que tenha recorrido a Serviço de Urgência desde 01/03/2020 por motivo relacionado com esta patologia;

Tem como objetivo compreender a experiência vivida pelas pessoas com esclerose múltipla que tenham recorrido ao Serviço de Urgência;

Propõem-se obter dados que se possam traduzir na melhoria da qualidade de cuidados a prestar às pessoas com esclerose múltipla.

---

## RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que:

- seja assegurado que os participantes autorizaram o fornecimento dos seus contactos para participarem no estudo;
- caso o estudo seja de aplicação a apenas uma unidade hospitalar seja submetido à Comissão de Ética da mesma.



(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**ACOMPANHAMENTO/MONITORIZAÇÃO ÉTICA**

Na sua opinião, seria necessário proceder a uma monitorização ética durante a realização do projeto?

Não  Sim

**Motivos** (obrigatório se Sim):

**Tempo apropriado** (obrigatório se Sim):



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**QUESTÕES ÉTICAS 1**

**SERES HUMANOS**

- 1.1. Esta investigação envolve participantes humanos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.2. São voluntários para investigação em ciências sociais ou ciências humanas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.3. São pessoas incapazes de dar consentimento informado?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.4. São indivíduos ou grupos vulneráveis?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.5. São crianças ou menores de idade?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.6. São pacientes?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.7. São voluntários adultos e saudáveis para estudos médicos?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.8. Esta investigação envolve intervenções físicas sobre os participantes do estudo?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.9. Envolve técnicas invasivas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.10. Envolve colheita de amostras biológicas?  
Não  Sim  Não aplicável
- 1.11. **REQUISITOS – SERES HUMANOS**
- 1.11.1. Devem ser fornecidos os detalhes sobre os procedimentos e critérios que serão usados para identificar/recrutar participantes da investigação.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.2. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos de consentimento informado, que serão implementados.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 1.11.3. O investigador deve clarificar se serão envolvidas crianças e /ou adultos incapazes de dar consentimento informado e em caso afirmativo, deve fornecer uma justificação



(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

para esta participação.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.4. O investigador deve esclarecer como será assegurado o assentimento no caso de crianças e/ou adultos incapazes de dar consentimento informado.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.5. O investigador deve clarificar se serão envolvidas pessoas e/ou grupos vulneráveis.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.6. Devem ser fornecidos detalhes sobre as medidas tomadas para evitar o risco de aumentar a vulnerabilidade/estigmatização de indivíduos/grupos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.7. O investigador deve clarificar se serão usados procedimentos físicos invasivos.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

1.11.8. Detalhes sobre os procedimentos a adotar no caso de descobertas acidentais no decorrer da investigação devem ser fornecidas

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 2**

**PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

2.1. Esta investigação envolve a recolha/tratamento de dados pessoais?

Não  Sim  Não aplicável

2.2. Envolve a recolha e/ou tratamento de dados pessoais sensíveis (por exemplo, saúde, estilo de vida sexual, etnia, opinião política, religiosa...)?

Não  Sim  Não aplicável

2.3. Envolve o processamento de informação genética?

Não  Sim  Não aplicável

2.4. Envolve rastreamento ou a observação dos participantes?

Não  Sim  Não aplicável

2.5. Envolve o processamento de dados pessoais recolhidos anteriormente (uso secundário)?

Não  Sim  Não aplicável



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

**2.6. REQUISITOS – PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS**

- 2.6.1. Devem ser fornecidas informações detalhadas sobre os procedimentos que serão implementados para a recolha, armazenamento, proteção, retenção e/ou destruição e a confirmação de que estes estão em conformidade com a legislação nacional e da UE.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.2. No caso da utilização de dados que não estão publicamente disponíveis, o investigador deve apresentar as autorizações pertinentes.  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 2.6.3. Cópia de aprovação ética para recolha de dados pessoais por parte do Encarregado de Proteção de Dados da entidade competente  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 3**  
**ANIMAIS**

- 3.1. Esta investigação envolve animais?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.2. Esses animais são vertebrados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.3. Esses animais são primatas não humanos (NHP)?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.4. Esses animais são geneticamente modificados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.5. Esses animais são animais de fazenda clonados?  
Não  Sim  Não aplicável
- 3.6. Esses animais são espécies ameaçadas?  
Não  Sim  Não aplicável

**3.7. REQUISITOS – ANIMAIS**

- 3.7.1. Cópias de autorizações relevantes (para criadores, fornecedores, usuários e respetivas instalações) para experiências com animais devem ser encaminhadas  
Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

- 3.7.2. Cópia da autorização do projeto (incluindo também o trabalho com animais geneticamente modificados, se aplicável) e protocolos de investigação devem ser encaminhados  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.3. Informações gerais devem ser fornecidas sobre a natureza das experiências, sobre os procedimentos para garantir o bem-estar dos animais e sobre a forma como o Princípio dos Três Rs será aplicado.  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.4. Cópias dos certificados de formação/licenças pessoais do pessoal envolvido em experiências com animais devem ser fornecidas.  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.5. O requerente deve esclarecer se primatas não humanos serão envolvidos no estudo.  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais
- 3.7.6. No caso de uso de primatas não humanos, a cópia do arquivo de histórico pessoal deve ser encaminhada.  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 4  
PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.1. Esta investigação envolve o uso de elementos que podem causar danos ao meio ambiente, a animais ou plantas?  
 Não  Sim  Não aplicável
- 4.2. Esta investigação envolve fauna/flora/áreas protegidas ameaçadas?  
 Não  Sim  Não aplicável
- 4.3. Esta investigação envolve o uso de substâncias que possam causar danos aos seres humanos, incluindo à equipe de investigação?  
 Não  Sim  Não aplicável

**4.4. REQUISITOS - PROTEÇÃO E SEGURANÇA AMBIENTAL**

- 4.4.1. O projeto deve fornecer mais informações sobre os possíveis danos ao meio ambiente causados pela investigação e declarar as medidas a tomar para mitigar os riscos.  
 Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais



Comissão de Ética

Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)**  
**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

4.4.2. Se relevante, cópias das autorizações das instalações devem ser fornecidas (por exemplo, classificação de segurança do laboratório, autorização de OGM)

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.3. O solicitante deve garantir que os procedimentos de saúde e segurança adequados, em conformidade com as diretrizes e legislação local/nacional relevantes, sejam seguidos para as pessoas envolvidas no projeto.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

4.4.4. Devem ser fornecidos detalhes sobre as espécies ameaçadas e/ou áreas protegidas envolvidas na investigação e, se aplicável, as autorizações relevantes devem ser submetidas.

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

**QUESTÕES ÉTICAS 5**

**OUTRAS QUESTÕES ÉTICAS**

5.1. Existem outras questões éticas que devem ser tomadas em consideração? Por favor especifique

Não  Sim  Não aplicável  já fornecido  detalhes adicionais

## Apêndice II – Entrevista semi-estruturada

### GUIÃO DA ENTREVISTA

(Apresentação)

1. Qual é a sua idade?
2. Há quanto tempo tem o diagnóstico de Esclerose Múltipla? Fale-me das circunstâncias em que foi realizado o diagnóstico.
3. Qual a forma de Esclerose Múltipla que tem diagnosticada? Realiza medicação crónica relacionada com a doença?
4. Fale-me do seguimento da sua doença...é seguido no SNS ou em outros sistemas de saúde? Em consultas da especialidade de neurologia? com regularidade?
5. Com que frequência necessita de recorrer ao Serviço de Urgência devido à sua doença? Fale-me da sua experiência...
6. Como se sentiu relativamente à prestação de cuidados dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde?
7. Considera o recurso ao Serviço de Urgência como a melhor opção para dar resposta ao seu caso?
8. O que gostaria de alterar no funcionamento do Serviço de Urgência para ir ao encontro das suas expectativas?



## Apêndice III – Modelo de consentimento informado fornecido aos participantes no estudo



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UnICISE)

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

#### Caro(a) Senhor(a)

No âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um estudo/investigação com o tema "Experiência vivida pela pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência", cujo objetivo principal é compreender a experiência vivida pela pessoa com Esclerose Múltipla que recorreu ao Serviço de Urgência. Apenas será realizada uma breve entrevista semiestruturada sobre o tema, que não representa quaisquer riscos.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, têm ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este pedido de colaboração.

Asseguro que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento, podendo para o efeito contactar o investigador através de telefone (+351 938 769 371) ou correio eletrónico (luisfreis@gmail.com);

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo voluntariamente a participação** neste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) participante)

Declaro que prestei a informação adequada e esclareci as dúvidas colocadas pelo(a) participante, tendo-me certificado que a mesma foi entendida.

O investigador:

Luís Filipe dos Reis

Contacto Telefónico: +351 938 769 371; Endereço de Correio Eletrónico: luisfreis@gmail.com

Assinatura:

*Luís Filipe dos Reis*

Exemplar para o participante



Instituto Politécnico de Viseu  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UNICISE)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a)

No âmbito do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estou a realizar um estudo/investigação com o tema "Experiência vivida pela pessoa com Esclerose Múltipla que recorre ao Serviço de Urgência", cujo objetivo principal é compreender a experiência vivida pela pessoa com Esclerose Múltipla que recorreu ao Serviço de Urgência. Apenas será realizada uma breve entrevista semiestruturada sobre o tema, que não representa quaisquer riscos.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, têm ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este pedido de colaboração.

Asseguro que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento, podendo para o efeito contactar o investigador através de telefone (+351 938 769 371) ou correio eletrónico (luisfreis@gmail.com);

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo voluntariamente a participação** neste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do(a) participante)

Declaro que prestei a informação adequada e esclareci as dúvidas colocadas pelo(a) participante, tendo-me certificado que a mesma foi entendida.

O investigador:

Lúis Filipe dos Reis

Contacto Telefónico: +351 938 769 371; Endereço de Correio Eletrónico: luisfreis@gmail.com

Assinatura: Lúis Filipe dos Reis

Exemplar para o investigador