



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Relatório Final de Estágio

**Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos
enfermeiros em Serviços de Urgência**

Rui Alexandre Pires Nunes

Coimbra, novembro de 2024



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Relatório Final de Estágio

**Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos
enfermeiros em Serviços de Urgência**

Rui Alexandre Pires Nunes

Trabalho realizado âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, consistindo no Relatório Final de Estágio realizado em quatro Serviços de Urgência Geral, sob a orientação da Sr.^a Professora Doutora Elisabete Fonseca

Coimbra, novembro de 2024

*“Onde as necessidades do mundo e os seus talentos se cruzam,
aí está a sua vocação.”*

(Aristóteles)

*“Equidistantes dos átomos e das estrelas,
estamos a expandir os nossos horizontes de exploração
para abrangermos tanto o infinitamente pequeno como o infinitamente grande.”*

Carl Sagan (1988)

*“É fazendo que se aprende a fazer,
aquilo que se deve aprender a fazer.”*

(Aristóteles)

Dedicatória

À minha Mãe,

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

Ao meu Pai,

Por me estimular o gosto pelos livros e pelo saber.

A ambos, à Tina e ao Mané,

Por todas as bases do que sou.

À “Ti” Júlia,

Pelo apoio e suporte.

À Telma, ao Abel e à Diana,

Por me fazerem voltar a acreditar...

Que o meu empenho e dedicação possa constituir exemplo

e inspiração ao longo do vosso caminho.

À Ana,

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

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

A minha imensa Gratidão!

Agradecimento

Concluído que está este Relatório de Estágio, cabe aqui um agradecimento formal à Senhora Professora Doutora Elisabete Fonseca, minha Orientadora neste percurso, pelo seu rigoroso nível científico, pela sua disponibilidade, dedicação e empenho, pelo incentivo e a confiança, pelas análises críticas e pelo rigor do acompanhamento, por inculcar sempre confiança no meu trabalho permitindo, passo por passo, a realização de todas as etapas subjacentes ao trabalho.

Índice

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| PARTE I -ENQUADRAMENTO TEÓRICO | |
| 1. SERVIÇO DE URGÊNCIA (SU) | 8 |
| 1.1 O QUE É UM SERVIÇO DE URGÊNCIA? | 10 |
| 1.2 COMO É A ESTRUTURA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA? | 12 |
| 1.3 COMO FUNCIONAM OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA? | 13 |
| 2. CUIDAR NO SU – A ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA | 21 |
| PARTE II – ESTÁGIO | |
| 1. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO | 28 |
| 2. DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA DO ESTÁGIO | 31 |
| 3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS | 39 |
| 4. REFLEXÃO CRÍTICA | 46 |
| PARTE III - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO | |
| 1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO. SOLUÇÕES ORGANIZA- -CIONAIS, DE GESTÃO E CONDUTAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS | 52 |
| 2. METODOLOGIA | 59 |
| 2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS | 60 |
| 2.2 LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTES | 61 |
| 2.3 MATERIAIS E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS | 62 |
| 2.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS | 64 |
| 2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS E DEONTOLÓGICOS | 65 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |
| 4. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO | 83 |
| PARTE IV – ATIVIDADE REFLEXIVA | |
| 1. REFLEXÃO INDIVIDUAL | 88 |
| CONCLUSÃO | 92 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 94 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICES | 101 |
| Apêndice I - Quadro Resumo das atividades realizadas no Estágio nos vários contextos | 103 |
| Apêndice II - Resumo Metodológico do Estágio | 106 |
| Apêndice III – Guião da Entrevista | 109 |
| Apêndice IV - Guião de Observação | 113 |
| Apêndice V - Informação ao Participante | 115 |
| Apêndice VI - Consentimento Informado | 117 |
| | |
| ANEXOS | 118 |
| Anexo I – Imagens | 120 |
| Anexo II - Quadro de Competências no domínio de Gestão Regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) | 124 |

Índice de Siglas

| | |
|----------|---|
| ACSS - | Administração Central do Sistema de Saúde, IP |
| AVC - | Acidente Vascular Cerebral |
| CNRU - | Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências |
| COVID-19 | <i>Coronavirus Disease 2019</i> (Doença por Coronavírus – 2019) |
| CRRNEU - | Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência |
| DGS - | Direção Gral de Saúde |
| EAM- | Enfarte Agudo do Miocárdio |
| ERS- | Entidade Reguladora da Saúde |
| GPT- | Grupo Português de Triagem |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| SU - | Serviço de Urgência |
| SUB - | Serviço de Urgência Básica |
| SUMC - | Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica |
| SUP - | Serviço de Urgência Polivalente |

INTRODUÇÃO

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

O Estágio a que nos propusemos, e cujo presente Relatório concretiza, cumpre o objetivo maior de refletir sobre as práticas de Enfermagem, numa vertente de Gestão de Unidades de Cuidados, inseridas num ambiente de prática específico – o Serviço de Urgência, procurando a mestria do entendimento sobre as **soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em Serviços de Urgência**.

Assim, na prossecução de estudos integrados no Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, surge o Estágio com apresentação de Relatório. Esta componente destes estudos assume-se como um período privilegiado e de relevância na globalidade da formação, prevendo que se estabeleça uma relação teórico-metodológica consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à Gestão de Unidades de Cuidados.

O referido curso é revestido de relevante interesse pelos aportes de conhecimento que garante, dotando os enfermeiros de ferramentas para uma melhor intervenção nos domínios da gestão de recursos e de conhecimentos, que lhe permitam argumentar e advogar novas metodologias de trabalho, mais eficientes e que lhes possibilite a intervenção política na área da saúde, para além de promover comportamentos de liderança motivadores, cujo contributo é fundamental para o serviço no qual o autor exerce funções.

O estágio decorreu em quatro Serviços de Urgência diferentes onde se pretendeu analisar as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros, de modo que o objetivo geral foi o desenvolvimento de competências que possam favorecer o desempenho do autor e a sua participação no aumento da qualidade e eficiência da prestação de cuidados de enfermagem, numa vertente de gestão de unidades de cuidados em particular.

Trata-se do desenvolvimento de competências práticas de enfermagem ao nível de um exercício da enfermagem avançada mobilizando conhecimentos e recursos das áreas da gestão, economia e política, implicando possuir conhecimentos aprofundados e saber aplicá-los em investigação, na compreensão e resolução de problemas em situações novas em contextos alargados relacionados com a enfermagem e desenvolver as competências que permitam uma aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

É consensual que a profissão de Enfermagem detém um conjunto de atividades específicas, um corpo de conhecimentos e padrões de linguagem próprios. O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem permite uma melhoria da qualidade de cuidados e conseqüentemente ganhos em saúde.

Do enfermeiro com competências acrescidas avançadas espera-se que detenha e demonstre conhecimento científico, técnico e relacional baseados na experiência, mas também que revele um olhar crítico e reflexivo sobre as situações com as quais se depara. Como refere Almeida (2004, p. 35-38) “as competências são observáveis na prestação de cuidados, perante situações profissionais, muitas vezes complexas e imprevisíveis, não se limitando o enfermeiro a demonstrar o saber teórico (ter competência) mas a colocar o saber em ação (ser competente).”

Em concordância, Dias (2006) refere que as competências são demonstradas quando os indivíduos que receberam a formação aplicam eficazmente e com conhecimento de causa, as aprendizagens desenvolvidas em situações de trabalho concretas.

Na prática de gestão em contexto de Serviço de Urgência, os enfermeiros com essa função são confrontados com inúmeras situações de elevada complexidade, exigindo intervenções emergentes, organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades aos mais diversos níveis da prestação de cuidados.

Tendo em conta a complexidade da intervenção do Enfermeiro em funções de Gestão, emerge a necessidade de o profissional deter competências complexas e específicas, pelo que a realização deste estágio no SU constituiu uma mais-valia na construção desse processo de especialização. O estágio resultou num conjunto de experiências que levou à consolidação dos conhecimentos obtidos na componente teórica do ensino, bem como promoveu o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e relacionais do autor.

Por outro lado, a Componente de Investigação que a unidade curricular contém, implica que o estudante estabeleça uma relação teórico-metodológica consistente e o consolidar

de competências científicas, de investigação e gestão do conhecimento, desenvolvendo um olhar crítico e reflexivo sobre a realidade que se lhe depara, dando cumprimento aos objetivos gerais da Unidade Curricular.

De facto, como nos referem Sousa & Baptista (2014), uma investigação pretende ser, antes de mais, uma aprendizagem, não só para o indivíduo que a realiza, mas também para outros indivíduos com interesse na temática estudada. Em concordância, Fortin (1999), defende que quando aplicada a uma determinada disciplina, a investigação permite a utilização do processo científico na análise de problemas específicos com o objetivo de produzir mudanças nas situações onde se identificaram esses problemas.

Este Relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final, tendo sido realizadas 192 horas, de acordo com a planificação formal da unidade curricular. Devido a circunstâncias relacionadas com a disponibilidade dos serviços que acolheram o estágio o mesmo teve início a 27 de janeiro, tendo terminado a 14 de abril, contendo um prolongamento, relativamente ao plano formal do Curso, devidamente autorizado. O tempo de estágio decorreu subdividido em parcelas de 48 horas distribuídas em seis turnos de oito horas, em períodos de 2/3 semanas, cada parcela em cada um dos quatro Serviços de Urgência, acompanhando enfermeiros com funções de gestão ou equiparadas.

A seleção dos campos de estágio prendeu-se com o facto de o autor exercer funções numa outra instituição hospitalar, com a qual as instituições escolhidas detêm relações no que se refere ao encaminhamento e transferência de doentes e proximidade geográfica relativa, garantindo assim algumas semelhanças nos contextos de prática, todas unidades hospitalares da região centro de Portugal.

Encetou-se uma Componente de Investigação na qual se procurou conhecimento acerca de alguns aspetos específicos da Gestão de Unidades de Cuidados nos quais o autor tem particular interesse. Com esse objetivo identificou-se uma questão norteadora, e um conjunto de questões complementares, por forma a estruturar a recolha de dados, para as quais se buscou respostas em cada um dos contextos em que decorreu o estágio assim como em diversa bibliografia consultada com esse propósito.

Importa salientar que não se pretendeu realizar comparações entre os diferentes serviços, mas sim analisar as diferentes soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros dos diferentes Serviços de Urgência, portanto o foco final de todo este processo.

Assim, procurou-se recolher um conjunto de dados e informações que permitissem responder à questão fundamental:

Quais as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros, para fazer face aos desafios dos diferentes Serviços de Urgência?

Afinou-se a busca, com as questões complementares, designadamente:

- Que fluxos de doentes existem, como estão organizados os circuitos de doentes no Serviço de Urgência?
- Como é gerida a circulação de informação dentro da equipa de enfermagem? Como é realizada a atualização de conhecimentos? Como é realizada a implementação da evidência científica?
- Como é gerida a comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência?

É de salientar que muito embora se tenham procurado aspetos do funcionamento dos Serviços de Urgência por comparação com os modelos formais existentes, a legislação estruturante, e demais regras instituídas, assim como o que a bibliografia preconiza, de que se dá conta no enquadramento teórico, buscou-se, acima de tudo, encontrar soluções organizacionais e de gestão, de iniciativa da equipa de enfermagem, assim como as condutas profissionais dos enfermeiros, que visem dar resposta aos problemas que estão identificados como constrangimentos ao ótimo funcionamento dos SU.

O presente Relatório constitui o relato crítico das atividades desenvolvidas, em cumprimento dos objetivos e estratégias definidos para o Estágio assim como o registo do processo da Componente de Investigação, nomeadamente as questões norteadoras e complementares, planeamento metodológico, dados recolhidos, resultados, discussão e conclusão, ambos concorrentes para a concretização dos objetivos da unidade curricular. No que respeita à componente de investigação, faz-se, em primeiro plano, o enunciado das questões de particular interesse do autor e que justificou este formato de Estágio com Relatório, e a complementar Componente de Investigação, como processo final de aquisição de competências no Curso de Mestrado em Enfermagem. Depois surge a descrição das questões metodológicas que dão consistência científica ao estudo, a qua se segue a apresentação de resultados e respetiva discussão. Por fim apresentam-se as conclusões retiradas do estudo.

Em termos de formatação estrutural iniciamos o Relatório com a necessária introdução seguida de um enquadramento teórico geral do contexto do estágio e da prática de enfermagem nesse contexto. Surge então a análise do estágio no que respeita ao desenvolvimento de competências de Gestão, depois a descrição sumária dos contextos clínicos onde decorreu o estágio, seguida da descrição crítica das atividades realizadas que concretizam e dão suporte ao desenvolvimento das competências avançadas em Gestão, terminando com uma síntese reflexiva do estágio. Nos capítulos seguintes dá-se conta da Componente de Investigação, nas suas diversas partes constituintes, com realce para o enquadramento, a discussão e conclusões da investigação. Por último surge uma reflexão final na qual se dá conta de um conjunto de reflexões que vão para além dos objetivos iniciais e que se constituíram num valor acrescido de todo o processo. Concluindo-se o relatório com a conclusão e a referência a alguma da bibliografia consultada.

A elaboração deste documento teve como suporte relevante pesquisa bibliográfica, a consulta do Guia Orientador do Estágio, todas as atividades desenvolvidas, as inúmeras impressões trocadas com os Srs. Enfermeiros em funções de gestão nos respetivos Serviços e, fundamentalmente, as reflexões do autor.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA

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

A evidência demonstra que os doentes ditos não urgentes representam cerca de 40% das admissões totais dos Serviços de Urgência (GPT, 2009). Valor esse que, com discretas oscilações, se tem mantido constante nos últimos anos e está em linha com a utilização dos Serviços de Urgência a nível internacional (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018), conforme se pode verificar na Fig. 1 (Anexo I). Esta é uma das situações apontada como causadora de significativos constrangimentos no normal funcionamento dos SU na tentativa da prossecução do seu fim - a prestação de cuidados aos doentes em situação de urgência e emergência (Jarvis, 2016).

A utilização dos Serviços de Urgência constitui uma preocupação a nível nacional e mundial. Têm sido identificados múltiplos determinantes do acesso ao SU, cuja análise permitirá procurar sugestões com o objetivo de induzir uma utilização racional dos cuidados de saúde o que tenderá a contribuir para a obtenção de importantes ganhos em saúde. E por isso mesmo, os serviços de urgência têm vindo a ser reestruturados, não só pela despesa que acarretam para o Serviço Nacional de Saúde, mas também para garantir a acessibilidade aos cuidados urgentes (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018).

Não são só os problemas prévios ao Serviço de Urgência, ou seja, relacionados com o acesso ao SU, que é necessário analisar e resolver. As ineficácias dos SU devem ser abordadas em toda a amplitude do fluxo de doentes utilizadores, ou seja, na admissão, processamento e saída, de doentes no Serviço de Urgência. Portanto, o volume, gravidade e o tipo de doentes, estarão categorizados ao nível da admissão, as atividades que dentro do SU interferem com o fluxo de doentes estão incluídos nos fatores de processamento, já os obstáculos que impedem a drenagem dos doentes do SU dizem respeito aos fatores de saída (Bergs et al., 2016 citado por Gonçalves, 2018).

Não se pode atribuir a culpa do mau funcionamento dos serviços de urgência aos utentes que ali se deslocam. A afirmação que o problema dos SU são os doentes que la recorrem sem necessidade, nas ditas falsas urgências, é inadequada. Até porque, por princípio, os serviços de cuidados de saúde servem para resolver os problemas de saúde dos cidadãos. Os cidadãos são a razão da existência dos Serviços de Urgência, não podem ser culpados pelas suas ineficiências. Não obstante ser inequívoco o uso inadequado que deles é feito pelo cidadão, tal depende do mau funcionamento do sistema de saúde e das condutas dos seus profissionais que induzem esse comportamento dos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Em Portugal, muita tem sido a produção de regulamentação, dando resposta, de forma mais ou menos consistente, aos relatórios e pareceres de diversos grupos de trabalho e entidades do setor, assim como à produção de estudos de investigação, introduzindo alterações e induzindo ajustes à estrutura e processos com vista à procura da melhoria da resposta às necessidades das populações nesta área da prestação de cuidados de saúde.

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

Assim, importa desde logo, clarificar aqueles conceitos. Sendo diferentes na sua gravidade, entende-se por emergência, uma situação clínica de instalação súbita na qual se verifica compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais, e urgência, situação clínica também de instalação súbita na qual existe apenas o risco ou forte possibilidade de se vir a verificar compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais (DR, 2006). Esta diferença, defendida por especialistas e assumida pela tutela, condiz com o que tecnicamente se defende, ou seja, com o estado da arte. Decorre desta definição que, no que respeita à sua missão, os serviços de urgência, enquanto serviços multidisciplinares e multiprofissionais, têm como objetivo dar resposta a pessoas enquadradas naquelas situações e não outras, portanto não está destinado a situações que não se enquadrem nos conceitos de urgência ou emergência (Machado, 2008).

No entanto, a perceção de doença das pessoas, no momento de decidir recorrer ao Serviço de Urgência, não se rege por princípios técnico-científicos ou por leis, mas sim pelo

conhecimentos e formação em saúde – Literacia em saúde. Por outro lado, se os doentes não obtêm respostas de outras formas de prestação de cuidados vêm-se sem alternativas, sendo o SU um recurso que se sabe sempre disponível.

O uso inadequado dos Serviços de Urgência resulta muitas vezes em sobrelotação, entendida como a inadequação de recursos disponíveis à procura dos serviços, acarretando constrangimentos para todos os envolvidos – doentes, familiares, profissionais de saúde, instituições. A sobrelotação é hoje reconhecida com um dos principais problemas nos SU portugueses e internacionais, cuja resolução é considerada como uma questão de saúde pública (Jarvis, 2016; Gonçalves, 2018; Dixe, et al, 2018). Abertos 24 horas por dia, 365 dias por ano, com uma dinâmica de constante mudança, onde tudo acontece de forma rápida, com múltiplas situações imprevisíveis, exigindo grande capacidade de flexibilidade de adaptação, os Serviços de Urgência são um desafio para os seus profissionais e para o SNS em geral (GT-SU, 2019).

1.1 O QUE É UM SERVIÇO DE URGÊNCIA?

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

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

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

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

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência clarifica esses conceitos fundamentais, em particular na natureza das intervenções que lhes dão resposta, referindo que urgência se trata de uma situação clínica que exige avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo, e emergência uma situação em que existe risco de perda de vida ou função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo. A CRRNEU realça a distinção das situações pouco urgentes ou não urgentes referindo, inclusivamente, que no que respeita à atividade assistencial dos Serviços de Urgência, sendo que apenas 54% dos casos atendidos são triados como urgentes, muito urgentes ou emergentes, portanto, os restantes 46% são considerados pouco urgentes ou não urgentes (CRRNEU, 2012).

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

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

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

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

Posteriormente, o Manual de Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências, publicado pela Administração Central dos Serviços de Saúde (2015, p. 1), refere que o serviço de urgência tem por objetivo *“a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar”*, o que por si já cria uma diferenciação relativamente às definições de urgência e emergência.

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

1.2 COMO É A ESTRUTURA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA?

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

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

Os requisitos arquitetónicos e técnicos, nos diversos espaços do Serviço de Urgência, devem ser sistematizados com o objetivo de permitir a melhor abordagem, tratamento e estabilização dos doentes, existindo especificidades particularmente relevantes no caso

dos Serviços de Urgência Polivalentes. Os espaços de prestação de cuidados deverão ser normalizados no que respeita às logísticas necessárias, aos procedimentos a realizar, aos acessos aos equipamentos e aos posicionamentos das equipas, numa lógica de crescente organização dos cuidados em circuitos de encaminhamento de acordo com situação clínica dos doentes, sendo recomendado, sempre que aplicável, um circuito unidirecional no fluxo de entrada e saída de doentes (ACSS, 2019).

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

Aquando do planeamento das diferentes áreas de trabalho de um Serviço de Urgência, deveria ter-se em consideração a composição da população de utentes e o circuito dos vários subgrupos de doentes fora e dentro do SU. Alguns aspetos particulares deveriam ser acutelados, por exemplo a existência de uma zona mais tranquila para colocar doentes agitados ou suas famílias, ou vítimas de abuso, e para transmitir más notícias (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

O Ministério da Saúde (2007) através da Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, organizou um conjunto de recomendações e orientações para o planeamento das estruturas física e funcional do Serviços de Urgência, que publicou num documento de referência denominado “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência”. Nele é apresentada uma listagem exaustiva dos espaços recomendados para o Serviço de Urgência e é realizada uma descrição das suas características assim como das suas funcionalidades, que quando interligados permite construir um esboço do funcionamento do SU. Tal esboço é incluído no documento com a representação de um fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência (Anexo I, Fig. 2) que, sendo simples, permite de forma visual dar uma ideia dos espaços que o constituem e da sua funcionalidade.

1.3 COMO FUNCIONAM OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA?

Os Serviços de Urgência estão organizados geograficamente de modo a funcionarem em rede estabelecendo relações de complementaridade, hierarquização e apoio técnico entre

instituições garantindo a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, procurando a máxima rentabilização da capacidade instalada, de acordo com a Rede de Serviços de Urgência (GTU-SU, 2019).

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

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

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

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

Quanto ao funcionamento, é determinado que deve funcionar um sistema de triagem de doentes e devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição clara das atividades realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes (DR, 2014). (Anexo I, Fig. 2 e 3).

A generalidade dos Serviços de Urgência, em particular os de grandes dimensões, estão organizados estruturalmente em diversas áreas de observação, para dar resposta ao processo funcional de separar os doentes em piores condições dos que não apresentam condições tão urgentes (Fig. 2), sendo que a equipa está dividida em grupos de profissionais distribuídos por cada um destes grupos de doentes (GPT, 2009).

A DGS (2018), recomenda que se institua procedimentos uniformizados e algoritmos que fundamentem as tomadas de decisão dos profissionais de saúde dando resposta ao afluxo de doentes, numa atuação centrada em prioridades, com vista ao encaminhamento

do doente num circuito interno do SU, para áreas de especialidade ou de gravidade da doença, com o objetivo de facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução de tempos de espera e de permanência no SU, garantindo uma oferta de cuidados ajustada às necessidades e com salvaguarda da qualidade e segurança. Neste contexto os Serviços de Urgência estão obrigados à implementação das Vias Verdes e outros protocolos de atuação produzidos pela Direção Geral da Saúde (2018) como forma de otimizar o acesso de doentes com determinadas patologias aos cuidados de saúde urgentes como se ilustra na Fig. 4 (Anexo I).

As chamadas Vias Verdes constituem um conjunto ordenado de procedimentos, que habitualmente se faria aos doentes com determinadas queixas, mas de forma a economizar tempo com vista a dar uma resposta mais célere de modo a melhorar e ou reverter a situação clínica da pessoa, nas patologias em que o fator tempo faça de facto diferença, quando haja significativo risco de agravamento, de irreversibilidade da situação e de elevada probabilidade de sucesso do tratamento se realizado precocemente.

Os Serviços de Urgência adotaram a triagem como base do seu funcionamento, mas a triagem, por si, só é útil na identificação de doentes de maior risco, é necessário desenvolver ferramentas para gerir o percurso do doente no serviço, propiciando que ele seja encaminhado para o local do serviço mais adequado à situação clínica, de modo a ser observado pelo profissional mais habilitado, criando condições de segurança para a sua avaliação e tratamento (Anexo I, Fig. 2 e 3) (GPT, 2009, DR, 2014).

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

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

Numa visão abrangente dos processos envolvidos na prestação de cuidados no serviço de urgência, aceita-se que o processo de triagem de Manchester é bastante simples – com base na principal queixa, e na resposta a um algoritmo de apoio à decisão, os doentes são colocados numa categoria de triagem e são depois atendidos por ordem de prioridade e

tempo de espera. Porém o seguimento do encaminhamento dos doentes no SU depende de muitos outros fatores para além da prioridade clínica (GPT, 2009).

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

No entanto, o Grupo Português de Triagem (2009), defende que não se deve confundir prioridade clínica com gestão clínica de um doente. A primeira depende de recolha de informações que permitam a separação dos doentes pelas cinco categorias de prioridade, já a segunda depende de um vasto número de fatores, exigindo uma maior compreensão das necessidades do doente.

O Protocolo de Triagem de Manchester foi criado como uma ferramenta de gestão de risco clínico, que identifica a prioridade clínica dos doentes, após o que o profissional que realiza a triagem deve decidir para onde encaminhar os doentes no Serviço (Anexo I, Fig 2 e 3). Assim, para além da atribuição de uma prioridade, foi identificada a necessidade de desenvolver ferramentas de gestão do percurso do doente no serviço. Tendo em conta que a necessidade de monitorização não cessa após a primeira triagem, é muito importante que qualquer deterioração posterior seja identificada, podendo dar lugar a uma nova avaliação (GPT, 2009).

Portanto, argumenta-se que o encaminhamento interno das situações clínicas deverá ser definido de forma a facilitar o acesso, em tempo útil, à observação médica adequada, com redução dos tempos de espera e de permanência no serviço de urgência. E o tempo que medeia entre a sua chegada e o atendimento depende de três elementos: quantas pessoas afluem à urgência, quantos profissionais de saúde estão a atender quem chega à urgência e qual o tempo de resolução de cada caso (GPT, 2009).

Em concordância, a Direção Geral de Saúde (2018), defende que as tomadas de decisão e a uniformização de procedimentos suportadas em algoritmos clínicos, permitem aos profissionais do SU, para além de uma atuação centrada em prioridades, um

encaminhamento precoce da pessoa e uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades.

Atente-se que o protocolo de triagem, designadamente o Protocolo de Manchester, procura organizar uma parte do fluxo de doentes, regulando o tempo desde a chegada ao SU, passando pela triagem, até à observação médica. Já as Vias Verdes recomendam um conjunto de regras que visam reduzir os tempos de realização dos procedimentos e os tempos de espera até ao encaminhamento de saída do SU, passando pela observação, diagnóstico e tratamento. Otimizando, assim, a normal complexidade do circuito do doente (Anexo I, Fig. 2, 3 e 6).

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

Como referido, os doentes devem ser encaminhados no SU diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição das atividades que são realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes, podendo constituir-se modelos diferentes de organização interna.

De acordo com o modelo de separação dos doentes por tipologia da doença/situação, os SU estão internamente divididos estrutural e funcionalmente por áreas diferenciadas por especialidades, a saber: Área Médica, Área Cirúrgica, Sala de Emergência, Ortopedia, Psiquiatria e zona de especialidades periféricas. Já no modelo de distinção de doentes por prioridades, os SU estão organizados por espaços correspondentes à prioridade atribuída na triagem, nomeadamente: Zona de Verdes e Azuis, Sala de doentes amarelos, Sala doentes laranja, Sala de Emergência, Pequena Cirurgia e Ortopedia e zona de especialidades periféricas.

Assim, nos primeiros, os doentes, após a triagem, são divididos por tipologia de situação clínica conjugada com a prioridade atribuída para as diferentes áreas em que o SU está organizado. Doentes com queixas tipificadas pelos fluxogramas como cirúrgicas serão encaminhados para a área cirúrgica, doentes que se enquadrem em categoria de patologias

médicas serão encaminhados para a área médica. Podendo acontecer que doentes com uma mesma tipologia de doença ou situação, mas de diferentes níveis de prioridade, sejam encaminhados para uma mesma zona do SU. Por exemplo, no contexto do Protocolo de Triagem de Manchester, em uso no SU, de acordo com o fluxograma – “Ferida”, os doentes com prioridades laranja, amarelo ou verde, podem ser alocados juntos na área cirúrgica. Ou os doentes que apresentem traumatismos das extremidades, fluxograma – “Problemas nos membros”, podem permanecer juntos na área dedicada à Ortopedia, independentemente da prioridade atribuída.

Já no modelo por prioridades, os doentes serão alocados aos diferentes espaços de acordo com a prioridade atribuída, independentemente da tipologia de doença ou da especialidade médica que os irá observar. Deste modo, doentes triados com a mesma prioridade amarelo, serão encaminhados para a Sala de amarelos, onde diferentes especialidades médicas conviverão na observação dos doentes. O mesmo acontecendo com as demais prioridades. De salientar que, em complemento das observações por especialidades particulares e para condutas com elas relacionados, existem salas de procedimentos com características diferenciadas para dar resposta a essas situações, por exemplo a Sala de Pequena Cirurgia e a Sala de Ortopedia/Gessos.

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

Portanto, ainda que seguindo diferentes modelos organizacionais, o Serviço de Urgência deve permitir e propiciar o desenvolvimento de um processo organizado e sistematizado que se constitua na abordagem da pessoa doente, com o objetivo de identificar em segurança e por ordem de gravidade os problemas existentes, estabelecendo prioridades de atendimento, e a instituição dos processos terapêuticos adequados (Fig. 3 do Anexo I). Por outro lado, existe a necessidade de espaços e estruturas específicas pela sua funcionalidade, como é o caso das salas dotadas de equipamento de radiologia, seja radiologia convencional, ecografias e rx simples, seja exames complexos com Tomografia Axial Computorizada (TAC), Ressonância Magnética Nuclear (RMN) ou outros. Tal pode determinar que os doentes se desloquem a estes espaços para que lhes

sejam realizados os respetivos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT). Alguns serviços de urgência possuem no seu interior espaços de radiologia convencional e ecografia, já noutros, os doentes têm de se deslocar aos serviços de radiologia que servem o restante hospital. Tal condiciona deslocações dos doentes, como demonstrado na representação gráfica do fluxo de doentes da figura 3 do Anexo I.

Em serviços que estejam internamente organizados por especialidades existe ainda o fluxo de doentes que tenham de ser observados por diferentes especialidades, uma vez que, de acordo com este modelo, é o doente que se desloca nos diferentes espaços e não os profissionais adstritos às diferentes especialidades. O organigrama que se apresenta no Anexo I, Fig. 6, representa os fluxos de doentes entre especialidades e as percentagens relativas em que tal acontece.

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

Quer a prioridade clínica, quer a gestão clínica de um doente no serviço de urgência, cumprem o mesmo objetivo de *“proporcionar aos doentes que procuram os serviços de urgência os cuidados no tempo certo pelo profissional mais habilitado, no local do serviço adequado à situação clínica, criando condições de segurança para a sua avaliação e tratamento”* (GPT, 2009, p. 57).

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

Do mesmo modo que a forma como o doente chega ao SU nem sempre corresponde á gravidade da situação, por exemplo há doentes com queixas triviais que contactam o Número Nacional de Emergência, 112, sendo transportados em ambulância, e outros, com queixas que podem indiciar a presença de, por exemplo, enfarte de miocárdio, chegam por meio próprio. Também dentro da mesma categoria de prioridade existem doentes com diferentes necessidades dependendo da situação clínica, requerendo diferentes abordagens (GPT, 2009).

É reconhecido que a adoção de medidas relativamente simples e custo-efetivas tem efeitos benéficos na prestação de cuidados aos doentes críticos (Jarvis, 2016). Desse modo é

recomendada pela Direção Geral de Saúde (2010) a implementação de mecanismos organizacionais com o objetivo de facilitar aos profissionais a rápida identificação do estado do doente, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada. De notar que se faz ênfase às vertentes clínica e organizacional, separadamente.

Com efeito, é universalmente aceite, que perante a pessoa em situação crítica, a avaliação correta, com conseqüente estratificação, e instituição de estratégias terapêuticas precoces, permitem não só a diminuição da mortalidade, mas também a redução substancial de custos. A implementação alargada de protocolos representa um meio potencial para a melhoria da utilização dos recursos existentes, com contenção simultânea dos custos (DGS, 2010; DGS, 2016; DGS, 2018).

2. CUIDAR NO SU - A ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

“A enfermagem de urgência teve início na época de Florence Nightingale (...)” assim começa o texto de um dos maiores tratados sobre a prática de enfermagem em contexto de Serviço de Urgência (Sheehy, 2001, p. 3). No manual “Enfermagem de Urgência: da teoria à prática”, coordenado por Sheehy (2001), faz-se presente que o serviço de urgência é uma das áreas mais interessantes e motivadoras dos cuidados de saúde e que a enfermagem nesse contexto foi das áreas de especialização que mais evoluiu.

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

Sheehy (2001) cria o paralelismo teórico-conceptual entre a Urgência e o trabalho de Florence Nightingale defendendo que, ao caráter pioneiro do rigor de princípios metodológicos e organização aplicado aos cuidados aos doentes em situação de guerra, se compara o serviço de urgência enquanto área da prestação de cuidados altamente diferenciada científica e tecnologicamente, em constante mutação, com pessoas altamente interessadas, cuja organização é uma tarefa desafiadora. A autora refere que “*as pessoas que trabalham na urgência constituem um desafio ímpar para a gestão*” (Sheehy, 2001, p. 45).

Os enfermeiros são a maior porção da equipa multidisciplinar de profissionais que exerce funções num Serviço de Urgência. Importa atentar ao cumprimento de dotações seguras. Entende-se que a dotação de enfermagem que garanta cuidados seguros, englobará enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros) e qualidade (experiência/formação dos enfermeiros) adequado às necessidades dos clientes, e constitui-se condição necessária para a qualidade dos cuidados prestados (Ferreira, Fernandes, Jesus & Araújo, 2020).

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

Em concordância, defende-se que o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente ou tempos

médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a organização de serviços, etc. (OE, 2014).

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

Estudos demonstram que novos conjuntos de competências que a Enfermagem integra, permitem aos enfermeiros refletir e liderar as mudanças dinâmicas dos cuidados de saúde (Jesus, Roque & Amaral, 2015).

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

Há evidência de que a qualidade e efetividade da intervenção de enfermagem é afetada pelo ambiente em que a mesma é desenvolvida. Sendo o ambiente, neste contexto, percecionado como um conjunto de circunstâncias ou condições que dificultam ou promovem a intervenção de enfermagem. Deste modo, investir no ambiente da prática de enfermagem é um desafio para a profissão. A atenção ao ambiente é basilar para a prática de enfermagem, existindo uma relação bidirecional onde o enfermeiro é influenciado e influencia o ambiente, com repercussão na qualidade dos cuidados (Fernandes & Vareta, 2019).

Reconhece-se que no Serviço de Urgência, enquanto ambiente de cuidados, prevalece a predominância do poder médico, seguindo uma lógica biomédica e tecnológica, curativa, com foco no sintoma (Fradique & Mendes, 2013). Numa cultura de cuidados centrada na doença, no qual o contributo dos enfermeiros está focado na gestão de sinais e sintomas dessa mesma doença e não na pessoa doente (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018). Numa investigação realizada no âmbito da enfermagem direcionada para a organização do trabalho e métodos de trabalho, que influenciam a organização em termos de produtividade, concluiu que existe um afastamento dos enfermeiros na relação direta com os doentes no decorrer das atividades diárias da prestação de cuidados (Ribeiro, Vieira, Cunha, Dias & Martins, 2016).

Está descrito que, durante a hospitalização da pessoa doente, o foco principal dos enfermeiros é resolver o problema agudo, despendendo pouco tempo ao conhecimento da

pessoa, numa abordagem puramente assistencial onde os doentes são tendencialmente passivos, sendo essa atitude justificada pela natureza dos ambientes clínicos que priorizam a dimensão técnica e pela padronização de protocolos de ação focados apenas nas doenças. Os estudos demonstram que os doentes estão pouco satisfeitos com o acolhimento por parte dos enfermeiros (Cruz, Gomes & Parreira (2017); Gurrutxaga, (2018); Veríssimo, (2018)).

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

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

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

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

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

serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas (Hesbeen, citado por Almeida, 2007).

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

A enfermagem é uma profissão que se demonstra na ação, porém essa ação é baseada em conhecimentos, valores... os enfermeiros devem valorizar o cuidado como ação e atitude profissionalizada dando corpo à enfermagem. Cabe aqui a noção, que alguns procedimentos aparentemente tecnicistas não negam a essência da enfermagem - o Cuidar.

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

Para o Serviço de Urgência defende-se uma forma de organização onde a prestação de cuidados centrada no doente possa ser maior do que simplesmente fazer face à doença aguda, em que haja espaço e tempo para Cuidar.

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

PARTE II – ESTÁGIO

1. OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O caminho da construção e assimilação de competências, obriga a que se construam enunciados que orientem a ação a desenvolver, ou seja, a elaboração de objetivos. Le Boterf (1994), citado por Dias (2006), salienta, relativamente à formação profissional, que nem sempre deter os conhecimentos é sinónimo de competência. Em concordância, o mesmo autor defende que competências existem quando os indivíduos que receberam a formação aplicam eficazmente e com conhecimento de causa, aquilo que eles aprenderam na formação, numa situação de trabalho concreta.

A escolha da metodologia de Estágio com Relatório Final, enquanto processo de consolidação de competências decorrente do Curso de Mestrado, segue esse postulado, de aplicação dos conhecimentos adquiridos em contextos de prática clínica.

Nesta etapa formativa pretendemos desenvolver competências acrescidas avançadas em enfermagem na vertente de Gestão de Unidades de Cuidados. A competência implica a mobilização de vários recursos como conhecimento, raciocínio, interpretação, iniciativa, criatividade, experiências anteriores e valores. Não se pode falar de competência sem a capacidade de mobilização e atualização de saberes (Pacheco, 2011).

A componente prática deste ciclo de estudos de Mestrado em Enfermagem, assume-se como um período privilegiado e de relevância na globalidade da formação na Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados do Enfermeiro, prevendo-se que estabeleça uma relação teórico-prática consistente e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais enquadradas à Gestão de Unidades de Cuidados.

Durante a realização deste estágio procurámos atingir os Objetivos Gerais, identificados no Guia Orientador da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final – Xº Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e assumimos Objetivos Específicos que fossem conducentes e dessem resposta às Competências Acrescidas Avançadas preconizadas e regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros, e que vão de encontro aos nossos interesses pessoais, tendo-se elencado um conjunto de atividades que procuramos realizar para a sua prossecução.

Através da definição de objetivos, estratégias e planeamento de atividades para o Estágio, pretendemos não só delinear as metas a alcançar, como também construir um referencial para uma permanente orientação, autoavaliação e reflexão crítica durante o percurso de

aprendizagem e desenvolvimento de competências, no entanto, dada a especificidade do contexto, ocorreu, como era espectável e desejável que ocorresse, ajustes e reformulação das atividades que propusemos no início do estágio.

Em grande parte, as atividades do estágio decorreram do acompanhamento, orientação e indicação dos Srs. Enfermeiros em funções de gestão, fosse em funções de gestão formal do serviço, fosse com responsabilidades de gestão operacional, como é o caso dos enfermeiros responsáveis/coordenadores de turno, ou até enfermeiros com responsabilidades de gestão de projetos específicos.

Essas atividades foram muito variáveis e dependeram da organização diária dos enfermeiros com funções de gestão, ainda assim procurámos focar a atenção nas ações conducentes à concretização do desenvolvimento das Competências Avançadas Acrescidas preconizadas e regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018). Não obstante, termos aproveitado oportunidades de acompanhar enfermeiros responsáveis por projetos específicos com interesse para gestão dos Serviços de Urgência.

Como se compreenderá, o desenrolar das atividades desenvolvidas proporcionou o cumprimento dos vários objetivos de forma contínua sendo que numa determinada ação ou intervenção poderiam ser invocados vários objetivos e domínios de competências. Ou seja, a ação não foi posta em prática como se se tratasse de uma lista de verificação, em que se executava determinada atividade com vista a atingir o respetivo objetivo que a enquadra, pelo contrário, desenvolveu-se a ação num contínuo de atividades que deram resposta a vários objetivos simultaneamente, desenvolvendo vários domínios de competências conjugadamente.

Por outro lado, como o estágio decorreu em quatro serviços diferentes, programámos as atividades por forma a que fossem replicadas nos diferentes contextos, mas que permitissem a adequação às características, especificidades e dinâmicas próprias de cada um deles.

Com o decorrer do estágio reorientamos o planeamento das atividades de forma que entendemos dar resposta aos nossos interesses e ao cumprimento dos objetivos, constituindo uma abordagem muito particular, mas que consideramos ser a que melhor se adequava às nossas expectativas.

Deste modo, do ponto de vista reflexivo, para melhor encadeamento do estágio e também para corresponder ao desenrolar das atividades relacionadas com a Componente de Investigação desenvolvida, estruturamos o decorrer do estágio em seis momentos relativamente específicos, prevendo que não fossem estanques, que englobassem vários

dias, que se interligassem e sobrepusessem, sem comprometer o *continuum* do percurso de desenvolvimento de competências, a saber:

1º momento – Integração no Serviço, acompanhamento e entrevista com o Enfermeiro em funções de Gestão, recolha de informação sobre a instituição, serviço, movimento assistencial e equipa de enfermagem;

2º momento – Acompanhamento do Enfermeiro em funções de Gestão operacional/coordenação do turno, observação e análise dos fluxos e circuitos dos doentes;

3º momento – Levantamento de informações sobre a formação em serviço, entrevista com o enfermeiro responsável e análise do Plano de Formação;

4º momento – Acompanhamento de projetos específicos de interesse, nomeadamente de melhoria contínua, e entrevista com o enfermeiro responsável pelo mesmo;

5º momento – Acompanhamento do enfermeiro com a função de prestar informações à família/cuidador/pessoa de referência, recolha e análise de informações sobre esse processo;

6º momento – Levantamento de oportunidade e pertinência de realização de contributo específico para o Serviço.

Em certa medida conseguimos uma correspondência entre os turnos realizados e os referidos momentos estruturantes do desenrolar do estágio. Lembra-se que as 192 horas programadas para a unidade curricular, foram divididas em quatro blocos de 48 horas, cada um atribuído a um contexto de prática, que por sua vez resultaram em seis turnos de oito horas em cada Serviço de Urgência.

Como referido, tal estratégia não foi estanque, tendo existido alguma alternância de abordagens e interligação de atividades. No que se refere às atividades relacionadas com os 3º, 4º e 5º momentos efetivamente não ocupamos turnos completos, mas decorreram num período relativamente estanque. Por outro lado, em todos os turnos existiram atividades enquadráveis no âmbito dos 1º e 2º momentos. Já as atividades relacionadas com o 6º momento, em que procuramos enriquecer a nossa presença com alguns contributos específicos, ocorreram em continuo ao longo de todos os dias do estágio.

Neste sentido procurámos maximizar o aproveitamento das oportunidades de desenvolvimento de competências, nomeadamente as regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018) no domínio da Gestão. (Anexo II).

2 . DESCRIÇÃO DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA DO ESTÁGIO

A seleção dos campos de estágio onde decorreu o mesmo, prendeu-se com o facto exercermos funções numa outra instituição hospitalar, com a qual as instituições escolhidas detêm relações no que se refere á drenagem e encaminhamento de doentes e proximidade geográfica relativa, garantindo assim algumas semelhanças nos contextos de prática, todas unidades hospitalares da região centro de Portugal.

Reforça-se, neste ponto, que não pretendemos realizar comparações entre os diferentes serviços, mas sim analisar as diferentes soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros dos diferentes Serviços de Urgência, portanto o foco final de todo este processo. Ainda assim, e com vista a servir de contextualização teórica, segue-se uma descrição de algumas características das unidades hospitalares que acolheram o estágio, em particular dos Serviços de Urgência que serviram de contexto de práticas.

Salientam-se a contextualização geral e demográfica das instituições, a capacidade de internamento, e a produção assistencial do Serviço de Urgência, em particular o total de atendimentos no ano anterior ao do estágio (2022), a média de atendimentos diários, a percentagem de internamentos a partir do SU, a distribuição de doentes por classes de gravidade de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester e, por último, as características dos recursos humanos no que à equipa de enfermagem diz respeito.

Recorda-se que foram realizadas 192 horas, de acordo com a planificação formal da unidade curricular, subdivididas em parcelas de 48 horas distribuídas em seis turnos de oito horas, em períodos de 2/3 semanas, cada parcela em cada um dos quatro Serviços de Urgência, acompanhando enfermeiros com funções de gestão ou equiparadas.

A caracterização dos diferentes contextos nos quais desenvolvemos o estágio segue uma apresentação sequencial que corresponde à ordem em que o mesmo decorreu. Assim em primeiro lugar surge o Centro Hospitalar de Leiria, EPE, seguido do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, posteriormente o Centro Hospitalar de Tondela Viseu, EPE, e por último o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

→ Centro Hospitalar Leiria, E.P.E

O Centro Hospitalar Leiria, E.P.E (CHL) tem no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como área de influência a correspondente aos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Ourém, Pedrógão Grande, Figueiró dos

Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure, servindo uma população de cerca de 400.000 habitantes.

O CHL é composto por três unidades de saúde, tendo surgido da fusão realizada entre o Hospital de Santo André, E.P.E (HSA) situado em Leiria e o Hospital Distrital de Pombal (HDP) sito em Pombal e da transferência de competências do Centro Hospitalar do Oeste, no que se refere ao Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira (HABLO), que se situa em Alcobaça.

O CHL teve em funcionamento cerca de 530 camas de agudos (449 em Leiria, 38 em Pombal e 43 em Alcobaça), a que acrescem 39 do Berçário, 50 da UIDEPP (Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria), 10 da UHD (Unidade de Hospitalização Domiciliária) e 55 de contingência.

No que se refere ao Serviço de Urgência o CHL dispõe de três unidades a funcionar 24/24 horas: em Leiria, como urgência médico-cirúrgica, dotada de três sectores autónomos (urgência geral, urgência ginecológica/obstétrica com 7 salas de bloco de partos e urgência pediátrica), em Pombal e Alcobaça, como urgência básica.

O Serviço de Urgência, em termos globais no ano de 2022, apresentou um volume de produção de cerca de 135 500 atendimentos de adultos na urgência geral, que resulta numa média diária aproximada de 370 doentes. Se incluirmos a urgência de Pediátrica e Obstétrica atingimos um número de 181 500 atendimentos. A percentagem de doentes assistido na Urgência Geral que necessitaram internamento rondou os 10% neste período. O CHL utiliza o Sistema Triagem de Manchester na Urgência Geral cujo objetivo é fazer a triagem baseada em prioridades clínicas. Pela análise estatística da distribuição de doentes pelas diferentes categorias de gravidade, verifica-se que o SU de Leiria acompanhou a média nacional com cerca de 60% de situações clínicas urgentes (vermelho, laranja e amarelo) e aproximadamente 40% de situações clínicas não urgentes (verde, azul e branco).

Para dar resposta à capacidade assistencial instalada o Serviço de Urgência Geral localizada em Leiria, no Hospital de Santo André, dispõe de uma equipa de 120 enfermeiros. O SU Geral é constituído por oito postos de trabalho essenciais, em alguns dos quais podem estar distribuídos mais do que um enfermeiro. A maioria dos postos de trabalho corresponde a uma área clínica cuja organização corresponde ao modelo de separação de doentes por prioridades clínicas, a saber: Área Verde, Área Amarela, Área Laranja e Área Vermelha. Complementam estas áreas a Área de Traumatologia, específica para observação e cuidados aos doentes cuja situação clínica se enquadre, a

Área de Triagem, o Posto de Informações. Existe ainda uma zona de isolamento com utilização intermitente condicionada à existência de doentes com tal necessidade e que embora tenha um enfermeiro distribuído o mesmo dá apoio em outras áreas quando não existam doentes com necessidade de isolamento.

Ao todo, e num turno normal classificado como “manhã” (08h00-16h00), a equipa é composta por 17 enfermeiros, incluído o enfermeiro em funções de coordenação. Excluem-se os enfermeiros em funções formais de gestão, que no caso da Urgência Geral localizada em Leiria, no Hospital de Santo André, é constituída por quatro enfermeiros – o chefe, e três assessores. O Número de enfermeiros por turno é menor durante o período da noite (00h00-08h00), naturalmente condicionado pela menor afluência e pela supressão de alguns postos de trabalho, como é o caso do Posto de Informações, que só funciona no período das 08h00 às 24h00.

→ **Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E**

O Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE situa-se junto ao mar, na margem sul do rio Mondego, na freguesia de S. Pedro, Gala. Atualmente presta cuidados hospitalares a uma população estimada em mais de 112.252 habitantes. A sua área de influência abrange além do Concelho da Figueira da Foz, parcialmente os Concelhos de Montemor-o-Velho, Soure, Cantanhede, Mira e Pombal.

Existe ainda um considerável número de doentes que residem fora da área de influência do Hospital que recorrem ao Serviço de Urgência, pelo facto da sede do HDFF, EPE estar dentro de uma zona balnear mas também, em muitos casos, pela proximidade geográfica e temporal desta unidade de saúde à localidade de residência do utente, apesar de pertencerem à área de influência de outra instituição hospitalar.

O atual modelo organizativo do Hospital assenta numa filosofia departamental, com uma lotação de 154 camas, distribuídas por Área Cirúrgica (70), Área Médica (63), Pediatria (9) e Unidade de Internamento Diferenciado (12).

O Serviço de Urgência do HDFF, EPE, funciona com Urgência Geral e Urgência Pediátrica. A Urgência Geral destina-se a todas as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Está integrada na Rede Nacional de Urgências Hospitalares e é definida como uma urgência médico-cirúrgica, o que significa que funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, para as áreas da Medicina Interna, Cirurgia-Geral e Ortopedia. A Urgência Médico-Cirúrgica, com urgência de adultos e de pediatria, integra a VMER.

A Urgência tem ainda o apoio de médicos das seguintes especialidades: Anestesiologia (24h/dia), Cardiologia, Neurologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Dermatologia, estas últimas dão apoio em horários previamente definidos. Para além disso, o Serviço de Urgência conta com uma área de triagem, onde os utentes são inicialmente observados por médicos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar. Em termos totais, em 2022 foram atendidos 73.626 doentes no Serviço de Urgência, dos quais 26,9% da Urgência Pediátrica e 73,1% da Urgência Geral. Em média, foram atendidos 201,7 doentes por dia no Serviço de Urgência, em termos totais, dos quais 147,4 doentes da Urgência Geral e 54,3 da Urgência Pediátrica.

No que se refere ao destino dos doentes atendidos no Serviço de Urgência, 85,7% dos doentes tiveram alta para o exterior, 5,0% foram internados, 4,0% tiveram referenciação para a consulta externa, 2,0% foram transferidos para outros hospitais, 3,0% abando/outro destino o Serviço de Urgência e 0,3% faleceram.

De acordo com a análise efetuada ao Sistema de Triagem de Manchester, verifica-se que 51,0% dos doentes que recorreram a este serviço foram situações urgentes, 40,1% pouco urgentes, 6,5% muito urgentes, 0,4% não urgentes e 0,2% emergentes. As situações não classificáveis representaram 1,4%.

O Serviço de Urgência Geral do HDFF, EPE, possui uma equipa de 45 enfermeiros, cuja distribuição diária é, regra geral, oito enfermeiros nos turnos da manhã (08h00-16h00) e tarde (16h00-24h00) e seis no turno da noite. Excluindo os dois enfermeiros em funções formais de gestão – a Sr.^a Enfermeira Chefe e uma Enfermeira Especialista.

Apesar do SU ter implementado o Protocolo de Triagem de Manchester, a organização dos espaços não corresponde diretamente à separação de doentes por prioridades de atendimento e equivalente gravidade. Os espaços estão maioritariamente organizados por especialidades de atendimento, sendo os doentes encaminhados para essas áreas organizados pela dupla classificação de prioridade/especialidade de encaminhamento.

O SU geral está então dividido em Balcão de Medicina, Balcão de Cirurgia, Balcão de Clínica Geral, Sala de Ortopedia, que correspondem às especialidades presentes. Possui ainda, para além naturalmente dos Postos de Triagem, outros espaços com funcionalidade assistencial em apoio às especialidades clínicas, designadamente a Sala de Observações (SO), a Sala de Emergência, a Sala de Procedimentos, Zona de Isolamento e Corredor.

Realça-se que nem todos os postos têm enfermeiro distribuído, seja para baixa prevalência, como é o caso da Sala de Emergência, seja pela utilização intermitente, como é o caso da Zona de Isolamento. Os diferentes setores representam um posto de trabalho,

sendo que os enfermeiros distribuídos se ajudam mutuamente por proximidade física dos espaços. Não existe Posto de Informações nem enfermeiro específico com esta função.

→ **Centro Hospitalar de Tondela Viseu, E.P.E**

O Centro Hospitalar está localizado na Região Centro e a sua área de influência direta abrange dezasseis dos vinte e quatro Concelhos do Distrito de Viseu é um do Distrito da Guarda, mais concretamente toda a Região do Dão-Lafões com a exceção de Mortágua, e três Concelhos da Região do Douro Sul (Moimenta da Beira, Penedono e Sernancelhe). A Região do Dão-Lafões é constituída por catorze Concelhos do Distrito de Viseu e um Concelho do Distrito da Guarda. Resultando numa população estimada em cerca de 270.348 residentes na área de influência direta do Centro Hospitalar.

O Centro Hospitalar foi criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março, com a designação de Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., por fusão do Hospital de São Teotónio, E.P.E., em Viseu, e do Hospital de Cândido de Figueiredo, em Tondela. Tendo em funcionamento uma Urgência Geral Polivalente (Viseu) e Urgência Básica (Tondela)

O Centro Hospitalar registou em dezembro de 2022 uma lotação de 635 camas, distribuídas por Especialidades Médica (275), que inclui 19 camas de Pediatria, Especialidades Cirúrgicas (271), Unidade de Unidade de Cuidados Intermédios (26), Unidades de Cuidados Intensivos (20), Cuidados Paliativos (16) e Berçário (27).

O atendimento geral das Urgências atingiu o número total de episódios de urgência foi de 161.558. Distribuídos por 110.048 no âmbito da Urgência Geral Polivalente e Urgência Básica (Tondela), 3.879 na Urgência Ginecológica, 11.474 na Urgência Obstétrica e 36.157 na Urgência Pediátrica.

O número de doentes internados pelos Serviços de Urgência Geral Polivalente e Básica foi de 12.266, registando uma percentagem de internamento de 11,1%.

No que respeita à distribuição de doentes do ponto de vista da gravidade e de acordo com o Protocolo de Triagem de Manchester os doentes triados como verdes, que representou 32,8%, sendo que 52% dos doentes entrados no Serviço de Urgência, apresentaram as cores da Triagem de Manchester correspondentes a situação de urgência aguda.

O Serviço de Urgência Geral Polivalente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E., situado no Hospital de São Teotónio, está organizado por forma que combina a separação de doentes por categorias de gravidade de acordo com a triagem, mas também tendo em conta as especialidades clínicas, e ainda possui espaços que dão resposta a necessidades de gestão clínica-organizacional do fluxo de doentes.

Portanto para além dos Postos de Triagem e Sala de Emergência, o SU possui Sala Aberta, maioritariamente com doentes de foro médico, Área Cirúrgica, com apoio de uma Sala de Pequena Cirurgia, Amarelos 2, para doentes sob observação de médicos indiferenciados (do ponto de vista de especialidade médica), Sala de Ortopedia, Área de Verdes e Azuis, e ainda a Sala de Observações, para internamentos de curta duração, e a Unidade de Decisão Clínica, onde são assistidos e permanecem doentes que realizam procedimentos invasivos, doentes complexos a aguarda evolução com vista a decisão por que especialidade serão assumidos e orientados, doentes sob terapêutica complexa a aguardar internamento.

Condicionada pela capacidade assistencial e divisão de espaços, a equipa de enfermagem é constituída por 104 enfermeiros, divididos por seis equipas, com uma distribuição variável pelos postos de trabalho, perfazendo 19 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde, e 14 enfermeiros no turno da noite. Exclui-se o enfermeiro em funções formais de gestão – o Sr. Enfermeiro Chefe, que não possui assessores, mas que empoderou e se apoia no trabalho diferenciado dos seis líderes das equipas, que possuem funções específicas relacionadas com a gestão do serviço, para além das atividades diárias da gestão operacional das equipas nos turnos.

→ **Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E**

O CHUC resulta da fusão de várias unidades hospitalares, designadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) que incluíam a Maternidade Daniel de Matos (MDM); o Centro Hospitalar de Coimbra que incluía o Hospital Geral (HG), o Hospital Pediátrico (HP) e a Maternidade Bissaya Barreto (MBB) e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra que incluía os hospitais de Sobral Cid, do Lorvão e o Centro de Recuperação de Arnes.

O CHUC é um centro hospitalar de referência de âmbito regional e nacional para um número significativo de patologias de elevada complexidade e tem o reconhecimento, pelas instâncias competentes, de um número elevado de centros de referência para patologias complexas e/ou raras que exigem um grau superior de diferenciação profissional, técnica e científica. O CHUC concentra a sua atividade em vários polos, os Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Geral, Maternidade Daniel de Matos, Maternidade Bissaya Barreto, Hospital Sobral Cid e Hospital Pediátrico, localizados em Coimbra.

Na margem esquerda do Mondego, em São Martinho do Bispo, encontra-se o polo HG com vertente assistencial de internamento de adultos para algumas especialidades, bem como vertente de ambulatório, e uma urgência polivalente.

A área de influência direta do CHUC abrange cerca de meio milhão de habitantes e é essencialmente composta pelos concelhos que integram os agrupamentos de centros de saúde do Pinhal Interior Norte e Baixo Mondego, não incluindo neste último a população residente nos concelhos de Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Soure, Mira e Cantanhede. Em áreas de maior diferenciação, o CHUC é a instituição hospitalar de referência para todas as unidades hospitalares da região Centro. Considerando as áreas de influência direta e indireta do CHUC, este serve cerca de 1,8 milhões de habitantes.

A lotação do CHUC em 31 de dezembro de 2022 era de 1.674 camas. A proveniência dos doentes internados no CHUC é maioritariamente do distrito de Coimbra (55%), sendo cerca de 40,3% de outros distritos da Região Centro, sendo diminuta a percentagem de doentes provenientes do resto do País.

Em 2022 o CHUC registou 276.237 atendimentos de urgência, distribuídos da seguinte forma pelos três tipos de urgência: 182.251 atendimentos de Urgência Geral, 22.725 atendimentos de Urgência Obstétrica e 71.261 atendimentos de Urgência Pediátrica. O CHUC registou no ano de 2022 uma média diária de 757 atendimentos de Urgência, sendo 499 de Urgência Geral, 62 de Urgência Obstétrica e 65 de Urgência Pediátrica.

Do total de 276.237 atendimentos de Urgência realizados durante o ano de 2022 no CHUC, 32.010 tiveram como destino o internamento (cerca de 11,6%).

O CHUC utiliza o Sistema Triagem de Manchester na Urgência Geral cujo objetivo é fazer a triagem baseada em prioridades clínicas. As situações clínicas urgentes (vermelho, laranja e amarelo) representam cerca de 70,6% do total de atendimentos de urgência com triagem de Manchester, representando as situações clínicas não urgentes (verde, azul e branco) 28,9% do total de atendimentos da urgência geral do CHUC.

A organização estrutural do Serviço de Urgência do Hospital Geral do CHUC, EPE, transpõe o modelo adotado da separação de doente exclusivamente de acordo com a categorização por prioridades de atendimento à luz do Protocolo de Triagem de Manchester, deste modo possui Sala 1 e 2 para doentes identificados como amarelos de acordo com a classificação de gravidade da triagem, a Sala 3 para doentes laranja, a Sala de Emergência para doentes emergentes e, como tal, identificados com a cor vermelha, e a Área de Verdes e Azuis, para doentes com tal identificação e classificados como não

urgentes. Os encaminhamentos para os espaços físicos, não são condicionados pela especialidade que dá resposta à situação clínica.

Existindo ainda, para além da Triagem, uma Sala de Observações (SO), Zona de Isolamento e o Corredor, que podem conter doentes em observação e tratamento, e ainda, exclusivamente em apoio sem conter doentes em permanência, uma Sala de Pequena Cirurgia e uma Sala de Ortopedia. Possui também um Posto de Informações no qual está distribuído um enfermeiro com essas funções em exclusivo.

A equipa de enfermagem do SU do HG é constituída por 74 enfermeiros, dos quais 17 coordenadores de turno, e dois enfermeiros em funções formais de gestão – Enfermeira Chefe e um Enfermeiro Especialista em assessoria. Nos turnos da manhã e tarde permanecem 14 enfermeiros distribuídos pelos diferentes setores, sendo nove enfermeiros no turno da noite.

3. DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS

Como se referiu, existiu grande variabilidade de atividades decorrentes da organização específica dos serviços, das dinâmicas próprias dos enfermeiros em funções de gestão, das nossas próprias expectativas e do planeamento realizado. No entanto conseguimos elencar algumas dessas atividades, sem a preocupação de sermos exaustivos, mas de abordar a generalidade de ações e atitudes desenvolvidas nos quatro contextos de prática onde decorreu o estágio.

Assim, neste capítulo invocamos o conjunto de atividades desenvolvidas, as quais se elencaram num quadro resumo constante do Anexo IV, e a respetiva apreciação crítica à luz dos objetivos gerais constantes do Guia Orientador do Estágio, dos objetivos específicos delineados no Projeto de Estágio e do perfil de competências específicas defendidos pela Ordem dos Enfermeiros, verificando a consolidação de conhecimentos e a aquisição de competências para a prática especializada.

Presidiram e constituíram base de coerência os seguintes aspetos comportamentais:

- Adoção de uma postura congruente, evidenciando interesse, iniciativa, espírito de equipa, espírito crítico, disponibilidade, pontualidade, criatividade, responsabilidade e respeito;

- Adoção de uma atitude de aprendizagem com todos os elementos da equipa, através da observação, colaboração ativa e reflexão conjunta acerca dos cuidados prestados e gestão do serviço;

- Adoção de uma postura de observação e de escuta ativa da equipa multidisciplinar e de todos os intervenientes no serviço, com o objetivo de tirar o maior partido possível das várias experiências e conhecimentos.

O conjunto das atividades realizadas constituíram oportunidades de demonstração de competências no âmbito da gestão de unidades de cuidados, tal como previsto nos objetivos gerais do estágio, mas também de desenvolvimento e consolidação das mesmas. Pela natureza do estágio, em particular pela sua realização em quatro serviços diferentes, obrigou à replicação das atividades ajustadas às especificidades de cada contexto. Assim, tal como se referiu, o continuum real de atividades foi organizado, numa perspetiva teórica, em diferentes momentos integrando diferentes conjuntos de atividades dando cumprimento a objetivos específicos ou parciais.

Como se compreenderá, é tarefa impossível verter todas as experiências vividas em algumas páginas de trabalho, pelo que optamos por invocar algumas atividades, enquadradas nos momentos teóricos referidos, como se descreve de seguida.

Primeiro Momento – Integração no Serviço, acompanhamento e entrevista com o Enfermeiro em funções de Gestão, recolha de informação sobre a instituição, serviço, movimento assistencial e equipa de enfermagem

No primeiro dia de estágio, em cada um dos contextos, fomos recebidos pelo Enfermeiro em funções de gestão do serviço. Após as formalidades iniciais, foi-nos apresentada a caracterização do serviço em termos físicos, humanos e organizacionais, assim como uma breve descrição da tipologia de doentes, e algumas estatísticas, nomeadamente relativa à afluência diária e demais atividade assistencial.

Seguidamente foram realizadas visitas às instalações do serviço, com o respetivo enquadramento estrutural e organizacional desde a admissão no serviço até ao momento da alta. A partir desse momento passamos a acompanhar o Enfermeiro em funções formais ou operacionais de gestão, observando as suas atitudes e intervenções junto dos demais elementos da equipa procurando apreender as dinâmicas específicas.

A integração num serviço é fator fundamental para o sucesso e concretização dos objetivos que são estabelecidos, sobretudo quando se trata de um estágio desta natureza em que se pretende retirar o máximo de partido na obtenção de experiências que contribuam para o desenvolvimento das competências profissionais no âmbito da área de especialização. Sentimos que fomos adequadamente acolhidos e conseguimos apreender as informações necessárias para nos integrarmos, podendo dar continuidade às atividades de aprendizagem em condições ótimas. Neste sentido realizámos uma compilação de algumas informações relevantes dos serviços.

Nesta fase constatamos qual o método de trabalho utilizado, com base na prestação de cuidados centrada no doente e família, de forma personalizada e globalizada assente numa estrutura de qualidade, nas diferentes áreas de atuação.

Segundo Momento – Acompanhamento do Enfermeiro em funções de Gestão operacional/coordenação do turno, observação e análise dos fluxos e circuitos dos doentes

Ao longo do estágio, mas conceptualmente incluído, em parte, neste segundo momento, acompanhamos o Sr. Enfermeiro em funções de gestão operacional, nas suas atividades. Foi nesse âmbito que compreendemos melhor que o enfermeiro coordenador/responsável de turno tem por função um conjunto de atividades de articulação e integração. Desenvolve atividades que englobam a gestão do material de consumo, medicação, equipamentos e a manutenção das instalações e articulação com a equipa médica e ainda uma multiplicidade de atividades diversificadas, sem sequência definida e dependentes da ocorrência de situações imprevistas a carecerem de resolução mais ou menos rápida. Além destas funções, o enfermeiro coordenador é responsável pela gestão/supervisão de cuidados.

Durante este período sentimos necessidade de realizar significativa pesquisa bibliográfica, de forma a conseguir perceber e colaborar nas atividades realizados, tendo os enfermeiros do SU tido um papel fundamental na integração e na disponibilidade demonstrada para nos explicar todos os procedimentos e nos prestarem os esclarecimentos por nós solicitados.

É consensual que na prática clínica, em contexto de Serviço de Urgência, os enfermeiros são confrontados com inúmeras situações de elevada complexidade, exigindo intervenções emergentes, organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades aos mais diversos níveis da prestação de cuidados, foi muito importante verificar como os enfermeiros faziam face a tais circunstâncias nos diferentes contextos em que o estágio decorreu.

Os doentes críticos admitidos no Serviço de Urgência envolvem cuidados complexos, nos quais a instabilidade, como risco para a manutenção da vida, é uma realidade constante. Ao acompanhar o Enfermeiro coordenador de turno, nas suas funções de gestão de proximidade com os demais elementos da equipa, foi-nos possível observar a realização de um conjunto de ações integradas no processo de cuidar, determinar as prioridades de ação e planificação de intervenções concertadas de os?, sua avaliação e respetivo registo sem desperdício de tempo/energia, tendo em conta os recursos disponíveis; avaliar o resultado das intervenções e reformulá-las de forma a contribuir para a melhoria da situação dos doentes; aplicar com destreza diferentes métodos/técnicas de tratamento e novas metodologias; promover a continuidade de cuidados bem como o incentivo à discussão dos resultados no seio da equipa; referenciar os doentes para outros profissionais da equipa e/ou instituições e responder eficazmente a situações de urgência/emergência.

Na realidade o enfermeiro coordenador é o responsável pelos cuidados prestados no turno, zela pelo bom funcionamento do serviço e supervisiona o trabalho que está a ser desenvolvido. Defende-se que a supervisão das práticas de enfermagem constitui uma forma de promover práticas de qualidade, dar suporte aos profissionais mais novos garantindo assim a segurança dos doentes.

Terceiro Momento – Levantamento de informações sobre a formação em serviço, entrevista com o enfermeiro responsável e análise do Plano de Formação

Nos primeiros turnos nos diferentes contextos foram agendados entrevistas e/ou reuniões com enfermeiros responsáveis por aspetos específicos, um dos quais a formação em serviço. Deste modo, de acordo com a disponibilidade dos mesmos e o decorrer do estágio, foi possível desenvolver trabalho de recolha e tratamento de informações sobre os aspetos visados, nomeadamente:

- No que respeita à integração de novos elementos, questionámos a existência de manual de apoio e procedimento específico de integração, quais os níveis de responsabilidade nesse processo e quem eram os agentes envolvidos;

- Relativamente ao Plano Anual de Formação, procurámos saber a quantidade de formações contempladas no plano, as temáticas desenvolvidas, quem eram os formadores nessas sessões, que atribuições e competências diferenciadas possuíam, como eram selecionados os formandos, como eram selecionados os temas das ações, entre outras. Também neste momento foi-nos mostrado, quando existia, o manual de normas e protocolos que o serviço possui, que constitui um elemento facilitador para o desempenho dos elementos do serviço, pois permite a uniformização e fundamentação dos cuidados de enfermagem sob o ponto de vista técnico e científico.

Quarto Momento – Acompanhamento de projetos específicos de interesse, nomeadamente de melhoria contínua, e entrevista com o enfermeiro responsável pelo mesmo

No contexto da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, neste âmbito tivemos oportunidade de tomar contacto e acompanhar diligências enquadradas em projetos específicos relacionados com a gestão e controlo da infeção na prestação de cuidados, que constitui um ponto que preocupa significativamente os enfermeiros.

Verificámos que os elementos das equipas, em geral, estão bastante sensibilizados para a questão da prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados, aderindo à

colaboração naqueles projetos, respeitando a assepsia necessária nos procedimentos e realizando frequentemente a higienização das mãos (o maior transmissor de infeções) em especial ao deixar a unidade do doente e ao contactar de novo. Também os assistentes operacionais são envolvidos e assumem um importante papel no controlo de infeções garantindo a limpeza e desinfeção de todos os equipamentos que se encontram nas zonas de trabalho, e também do chão.

Esta preocupação torna-se foco particular de atenção quando surge um alerta perante a admissão de doente portador de especial risco de infeção e ou transmissão. Neste contexto, tivemos oportunidade de participar da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica, concebendo um plano imediato de prevenção e controlo da infeção, bem como liderando o desenvolvimento de procedimentos de controlo.

Verificámos que a área de gestão não pode ser descurada pelo enfermeiro, principalmente o enfermeiro especialista cabendo-lhe, inúmeras vezes, o papel de gestor de cuidados, sob o qual zela pela sua execução, garantindo segurança e incentivando a melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Na procura da melhoria constante da qualidade, um dos SU encontrava-se num processo de certificação, nesse contexto decorria a atualização do manual de protocolos do serviço. Tivemos oportunidade de acompanhar algumas das atividades relacionadas e rever o andamento do processo em conjunto com o Sr. Enfermeiro em funções de gestão.

A gestão das altas foi, também, um processo que tivemos oportunidade de assistir e colaborar. Num dos Serviços de Urgência estava em implementação um procedimento específico, sob a responsabilidades de uma subequipa de três enfermeiras, com apoio direto de duas colaboradoras do departamento de Serviço Social da instituição, com vista à gestão do encaminhamento dos doentes após a alta do SU, fosse para internamento fosse com destino ao domicílio.

Neste projeto, para dar resposta ao encaminhamento dos doentes com necessidades de internamento, era realizado o levantamento de vagas em todo o hospital e, inclusivamente, procedia-se ao apoio na transferência de doentes entre as diferente unidades de internamento, promovendo-se a articulação entre as mesmas, em particular as de distintos níveis de cuidados (unidade de cuidados intensivos / unidade de cuidados intermédios / enfermarias das diferentes especialidades), com vista à otimização das vagas libertando as possíveis para dar resposta à necessidade do SU. De igual modo era prestado apoio à resolução de situações de particular dificuldade de altas, designadamente quando a

situação social dos doentes estava em causa, sendo que neste aspeto o envolvimento das assistentes sociais no projeto constituía significativa mais-valia.

Quinto Momento – Acompanhamento do enfermeiro com a função de prestar informações à família/cuidador/pessoa de referência, recolha e análise de informações sobre esse processo;

Parceiro fundamental do cuidado no doente admitido no Serviço de Urgência é a família, e é de salientar a preocupação evidenciada pelas várias equipas de enfermagem dos SU par com esse aspeto. De facto, deve-se procurar perceber logo desde o início da admissão do doente na unidade, qual a rede de suporte de cada pessoa admitida, em termos familiares ou de outro tipo. Podemos testemunhar em diversos momentos do estágio essa preocupação, sendo um pontos de referência na passagem de informação entre colegas.

O enfermeiro é frequentemente a primeira pessoa a quem a família recorre. Existem implementados nos vários contextos protocolos específicos que visam o acompanhamento e fornecimento de informações à família ou pessoa de referência do doente. Verificámos, no entanto, diferentes abordagens e envolvimento dos enfermeiros, por exemplo no que respeita ao período de trabalho envolvido, sendo que em alguns SU existiam momentos específicos de disponibilidade de profissional nessa atividade (de 2 em 2 horas por exemplo) e noutros o horário era seguido (das 8h00 às 24h00).

De salientar que em apenas um dos Serviços de Urgência não existia espaço físico dedicado em exclusivo para receber e prestar informações aos familiares. Por outro lado, só outro detinha sistema informático específico, desenvolvido pela própria instituição, para dar resposta a essa atividade assistencial, designadamente para registo da pessoa informada, forma de contacto (presencial ou telefonicamente) e teor da informação prestada.

Os enfermeiros com essa função recebem os familiares com tranquilidade, cortesia, acompanham e disponibilizam-se para esclarecer qualquer dúvida, procurando estar o mais presente possível, de forma a constituir, de alguma forma, o elo de ligação entre o familiar e o doente. Foi patente o cuidado de identificar a pessoa significativa, de referência, que se constitui o decisor ou apoio na decisão do doente para cuidados mais invasivos que se tenham de proceder, no que ao consentimento informado e esclarecido diz respeito.

Destas atividades também participámos, até porque, detínhamos particular interesse nesta matéria. Deste modo tivemos oportunidade de estabelecer uma relação assertiva com

doentes e respetivos familiares de forma a ir de encontro às suas necessidades, identificando e esclarecendo as suas dúvidas sempre que possível.

Sexto Momento – Levantamento de oportunidades e pertinência de realização de contributo específico para o Serviço

Foi nossa preocupação participar na dinâmica do serviço, estabelecendo uma atitude responsável respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa multidisciplinar/multiprofissional. Integramo-nos na equipa, colaborando nas atividades de gestão, desenvolvendo atitudes e comportamentos assertivos que facilitam o "espírito de equipa", procurando ações onde o trabalho em equipa seja mais fácil, positivo e aliciente, procurámos sempre estabelecer uma boa relação com todos os profissionais, baseada no diálogo aberto, na confiança e no respeito mútuo.

Consideramos necessário acrescentar aqui que a procura de outras experiências para além das que existiam nas situações que nos estavam distribuídas permitiu uma troca de ideias mais vasta, enriquecedora da nossa aprendizagem.

Um dos aspetos que tivemos a oportunidade de contribuir para com as equipas dos contextos onde realizámos o estágio, foi a partilha de informação e conhecimento específico que detemos sobre a atualização dos Planos de Emergência Externa das instituições hospitalares. De facto, alguns elementos das equipas não estavam despertos para essa questão e, assim, constituiu um momento em que pudemos acrescentar algo ao vasto leque de conhecimentos que os enfermeiros contactados possuem.

Tivemos também oportunidade de cooperar na reformulação de fluxos e encaminhamentos de doentes, após a triagem, que estava a decorrer formalmente num dos Serviços, motivado pela reestruturação física do mesmo. Nesta matéria realizamos, em outro dos serviços, proposta espontânea com sugestões de melhoria.

Outro aspeto em que aproveitamos as nossas competências e a oportunidade da nossa presença, enquanto elemento externo relevante, foi na colaboração com um dos enfermeiros gestores na implementação do uso de dispositivo específico de fixação de cateteres venosos periféricos, pois que existia, entre alguns elementos da equipa, relativa resistência para a adoção de tal procedimento.

Em outro dos Serviços de Urgência constatámos que a sala dedicada à informação de famílias era fria e impessoal, pelo que sugerimos algumas mudanças simples no mobiliário e decoração com vista a tornar o espaço mais agradável, descontraído e acolhedor.

4. REFLEXÃO CRÍTICA

Do enfermeiro especialista espera-se que detenha e demonstre conhecimento científico, técnico e relacional baseados na experiência e que revele um olhar crítico e reflexivo sobre as situações com as quais se depara.

Na prática clínica em contexto de Serviço de Urgência, os enfermeiros são confrontados com situações de elevada complexidade, exigindo intervenções emergentes, organizadas e sustentadas num conjunto de conhecimentos e habilidades aos mais diversos níveis da prestação de cuidados (Jarvis, 2016; Gonçalves, 2018; Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018).

A dimensão, variabilidade e complexidade dos recursos - humanos, materiais, físicos e informação, envolvidos nos Serviços de Urgência, é de tal ordem que constituem um desafio ímpar para a gestão (Sheehy, 2001).

A imprevisibilidade, complexidade e conseqüente rigor técnico exigido pelas situações clínicas que os doentes apresentam, conjugado com a variabilidade do volume de fluxo de doentes no que respeita a admissões, mas também altas, as movimentações internas incessantes de pessoas – doentes e profissionais, por vezes referido como caótico, o surgimento normal de problemas relacionados com as estruturas e equipamentos dado o seu consumo e desgaste, entre outros aspetos, obriga a que existam respostas prontas por parte das equipas, em particular no que à gestão do SU se refere, relevando a importância do rigor aplicado às funções clássicas da mesma – planeamento, organização, direção e controlo, de modo a diminuir o risco presente nos cuidados de saúde e garantir a segurança e qualidade dos cuidados (Fragata, 2011; Brazão, Nóbrega, Bebian, & Carvalho, 2016; Fernandes & Vareta, 2019; Alsabri et al., 2022; Gomes, Tinoco, Almeida, Ribeiro, Queirós & Neves, 2023).

Assim, considerando o ambiente de cuidados como um conjunto de características organizacionais que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem (Amaral & Ferreira, 2013), o Serviço de Urgências constitui um ambiente de cuidados que se revela um campo de excelência para o estudo e demonstração de competências ao nível da gestão de unidades de cuidados. Deste modo, o estágio resultou num conjunto de experiências que promoveu a consolidação das competências obtidas na componente teórica do ensino, bem como permitiu o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Analisando as atividades desenvolvidas, dando resposta aos objetivos gerais e específicos construídos no Projeto de Estágio e que serviram de linha orientadora para a

aprendizagem, assim como os objetivos gerais preconizados no Guia Orientador da unidade curricular, com vista ao desenvolvimento de competências, nomeadamente as regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros no domínio da Gestão, consideramos ter atingido tais fins como a seguir se relata:

Competências Gerais

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Tivemos em conta as fases processuais do planeamento ambicionando o desenvolvimento de uma experiência de aprendizagem baseada na melhoria e na aquisição de competências profissionais diferenciadas de acordo com os nossos interesses e motivações. Participamos na gestão de cuidados, com envolvimento na maioria dos processos subjacentes. Demonstramos responsabilidade ao nível da garantia de uma prática profissional sustentada no cumprimento de regras ético-deontológicas e enquadramento legal da profissão de enfermagem. Demonstramos conhecimento no domínio da disciplina de enfermagem.

Domínio da prestação e gestão de cuidados

Demonstramos elevada preocupação relativamente à necessidade de promoção de cuidados de saúde interprofissionais e de cooperação multidisciplinar como aspeto basilar do alinhamento de intervenção dos diferentes grupos profissionais na gestão dos serviços de urgência. Utilizamos ferramentas de comunicação apropriadas ao nível dos diferentes grupos profissionais. Estivemos atentos e identificamos aspetos menos adequados relacionados com a gestão ambiental, sugerindo medidas corretivas no âmbito da promoção de ambientes seguros.

Domínio do desenvolvimento profissional-

Contribuímos de forma significativa, com os nossos conhecimentos e atitudes, para a valorização e a motivação profissional dos enfermeiros, utilizando estratégias que resultaram em relações saudáveis com as equipas e gestores dos diferentes serviços de urgência com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Competências do domínio da gestão

Prática profissional ética e legal

Adquirimos competências no domínio específico da gestão em enfermagem demonstrando conhecimentos que garantem a tomada de decisão ética e deontológica.

Gestão pela qualidade e segurança-

No âmbito do perfil de competências do enfermeiro gestor do serviço de urgência, procurámos oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional. Identificámos problemas e refletimos criticamente e de forma consistente com cada gestor dos serviços onde se desenvolveu o seu estágio, no sentido de contribuir para a implementação de soluções alternativas aos modelos em uso, privilegiando a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional-

Numa perspetiva de aprender mais sobre a organização e funcionamento dos serviços de urgência, dirigimos o nosso foco de atenção para a análise das características dos serviços visitados permitindo a comparação entre os modelos vigentes e os modelos oficialmente propostos. Equacionámos soluções organizacionais ao nível da gestão e das condutas profissionais. Adotamos uma postura reflexiva e crítica e desenvolvemos estratégias de liderança demonstrando ser um agente ativo nas propostas de mudança quando esta se revelou necessária e útil.

Planeamento, organização, direção e controlo

Demonstrámos investimento na apropriação da cultura organizacional de cada instituição visitada, no sentido de desenvolver estratégias adequadas à sua participação na atividade de gestão de enfermagem. Estivemos especialmente atentos aos espaços físicos de trabalho, em particular à gestão de fluxos de doentes e à comunicação interprofissional refletindo construtivamente sobre possíveis soluções com vista à otimização de alguns indicadores promotores de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde

Garantimos a prática profissional baseada na evidência, preocupando-nos com a atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências. Utilizámos de forma relevante a nossa experiência profissional, mobilizando adequadamente a melhor evidência e a construção de pensamento crítico-reflexivo nos contactos interprofissionais, no sentido de garantir melhoria nos cuidados e ganhos em saúde.

Foi nossa preocupação demonstrar vontade e disponibilidade total para participar na dinâmica do serviço, estabelecendo uma atitude responsável enquanto estagiário, respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa multidisciplinar/multiprofissional. Assumimos o nosso compromisso de nos integramos na equipa, colaborando nas atividades enquadradas na gestão do serviço, sem descuidar as

demais competências de enfermagem colocadas em prática quando foi necessário e oportuno, desenvolvendo atitudes e comportamentos assertivos, cumprindo as disposições legais, deontológicas e éticas explanadas nos documentos reguladores da profissão, contribuindo para o nosso desenvolvimento e respeitando os princípios da segurança, eficácia e autonomia.

Da elaboração deste Relatório ressalta-nos a convicção de que os objetivos propostos foram amplamente atingidos. Tal certeza assenta na noção de competências adquiridas, que aqui se faz descrição, nas reações informais dos Sr. Enfermeiros em funções de gestão dos diferentes contextos.

Por outro lado, pela satisfação que sentimos com a conclusão deste percurso, a noção de competências adquiridas e, sobretudo, a memória dos momentos que tivemos oportunidade de experienciar, fica-nos a consciência que todo o esforço, dedicação e empenho que colocamos neste estágio foram profundamente frutíferos tendo como resultado o nosso significativo e relevante crescimento pessoal e profissional.

PARTE III – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO – SOLUÇÕES ORGANIZACIONAIS, DE GESTÃO E CONDUTAS PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

Os Serviços de Urgência “*são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas*” (DR,2002). Cujo objetivo é “*a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar*” (ACSS, 2015, p. 1)

Atualmente, no serviço de urgência como em todo o sistema de saúde, verifica-se uma afluência crescente e um aumento das exigências de qualidade a par da necessidade da redução de custos. Num serviço que muitas vezes constitui o primeiro contato do doente com o serviço de saúde, o nível de exigência é cada vez maior e, desse modo, a manutenção de um alto nível de qualidade e a prestação de cuidados atempados é uma tarefa bastante complexa (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

De facto, como se referiu, o número de episódios de urgência hospitalar constitui o pior indicador de saúde em Portugal, comparado com os países da OCDE (2023), de acordo com os relatórios daquela organização, Portugal, é o país com maior número de atendimentos em Serviços de Urgência por 100 habitantes. (Anexo I, Gráfico 1).

A crescente exigência e volume de prestação de cuidados nos Serviços de Urgência pode levar a uma diminuição da satisfação dos utilizadores relacionada com o aumento dos tempos de espera, demora no atendimento e da carga de trabalho para os profissionais de saúde, que pode afetar a sua qualidade e a prestação de cuidados (Berchet, 2015).

O uso inadequado dos serviços de urgência leva à sua sobrelotação e, esta é descrita como um problema de saúde pública pelo impacto na degradação da qualidade dos cuidados devido aos prolongados tempos de espera, atrasos nos diagnósticos e tratamento e, em alguns casos, a atrasos no tratamento de utentes graves, com constrangimentos para todos os envolvidos – doentes, familiares, profissionais de saúde, instituições (Jarvis, 2016; Gonçalves, 2018; Dixe et al, 2018).

O impacto desta procura nos SU como refere Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell (2017), além da sobrelotação dos serviços leva ao aumento dos custos associados, tempos de espera mais longos, serviços sobrecarregados. Os mesmos autores referem que ao nível mundial, as procuras pelos serviços de urgência excedem a disponibilidade de recursos,

com implicações na degradação da qualidade dos cuidados de saúde e aumento dos custos.

A nível internacional, têm sido sugeridos vários fatores para explicar por que razão a procura está a aumentar, incluindo o envelhecimento da população, o aumento do número de pessoas com múltiplas doenças crónicas e as mudanças comportamentais relacionadas com a forma como as pessoas escolhem aceder aos serviços de saúde (Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell, 2017).

Em concordância, em Portugal, autores afirmam que o aumento da procura pode estar relacionado a vários fatores, nomeadamente o envelhecimento demográfico, o aumento de casos de violência, a maior ocorrência de acidentes, o predomínio das doenças crónicas e degenerativas e as suas comorbidades e fatores sociais (Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018).

Coster, Turner, Bradbury, & Cantrell (2017) identificaram seis razões distintas que explicam por que os utentes optam por aceder aos serviços de cuidados de emergência e urgência: acesso limitado ou falta de confiança nos cuidados de saúde primários; urgência percebida pelo doente; conveniência; opiniões de familiares, amigos ou outros profissionais de saúde; e a crença de que a sua condição exigia os recursos e instalações oferecidos por um determinado prestador de cuidados de saúde.

Efetivamente, antevê-se o aumento progressivo da utilização dos serviços de urgência (Instituto Nacional de Estatística, 2022), circunstância que constitui um desafio a nível de gestão e prestação de cuidados, pois que, para dar resposta, as instituições veem-se na necessidade de deter recursos materiais e humanos proporcionais a essa realidade assistencial (Gomes, Tinoco, Almeida, Ribeiro, Queirós & Neves, 2023).

É relevante verificar que a importância dos Serviços de Urgência no sistema de saúde é também sustentada pelo facto de mais de metade da atividade hospitalar ter lugar nas suas instalações. Além disso, como “polo de cuidados”, é um ponto de interação entre as comunidades e os hospitais. Sendo que se prevê que a procura de serviços de emergência continue a aumentar de forma constante e dramática no futuro próximo, como tal há uma necessidade urgente de melhorias agressivas através da utilização eficaz de recursos de e a implementação de mudanças operacionais na prestação de cuidados (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Barros (2009), citado por Cruz, Escanciano, Marcos & Pimentel (2022), refere que esperar por cuidados de saúde tem sempre resultados negativos, quer pelo impacto na própria saúde, quer de natureza económica, suscitando ainda o risco de ocorrência de

eventos adversos nos doentes. Longas esperas por cuidados são perigosas para os doentes. É, portanto, necessário examinar os determinantes responsáveis por este problema e tentar enfrentá-lo através da implementação de iniciativas eficazes que melhor cumpram as normas governamentais de saúde (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

A reforma das operações do SU hospitalar exige cautela, não só porque os meios de comunicação social prestam muita atenção às mesmas, mas também porque levanta questões éticas, organizacionais e financeiras. Tem sido difícil encontrar o equilíbrio entre os cuidados de saúde prestados nos Serviços de Urgência aos doentes que realmente deles necessitam e aqueles prestados em outras tipologias de serviços aos utentes com situação tidas como não urgentes (Simonet, 2009).

Múltiplos estudos têm demonstrado a necessidade de intervenção e diversas soluções possíveis, com vista à melhoria dos principais problemas associados ao funcionamento dos Serviços de urgência, quer no que respeita aos cuidados prestados aos doentes mais graves, ou com maior risco de mortalidade, quer no sentido oposto, ao atendimento do doente com situações menos graves.

No caso dos doentes mais graves, a validade e incremento das Vias Verdes têm sido uma realidade com resultados evidentes (DGS, 2018, Nunes (b), 2021).

Já no que respeita aos doentes menos graves, e que frequentemente são apontados como um dos maiores problemas dos SU, uma das soluções mais presentes na literatura é o estabelecimento de ações com vista ao atendimento rápido de tais situações. Modelos como “*Streaming*”, no Reino Unido, ou “*Fast Track*”, na Austrália, tem demonstrado bons resultados na redução de tempos de espera e de tempos de permanência dos doentes nos SU, com conseqüente melhoria eficiência do serviço e da satisfação do doente (Combs, Chapman & Bushby, 2006 e 2007, Jarvis, 2016, Gonçalves, 2018).

Uma revisão da literatura elencou 203 artigos, publicados por 120 revistas, período compreendido entre abril de 1993 e outubro de 2019, examinando processos de melhoria das ineficiências dos SU (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Também em Portugal têm sido realizados estudos com vista à melhoria da eficiência dos Serviços de Urgência, com resultados promissores, versando sobre diversos aspetos particulares do seu funcionamento como sejam a procura e afluência aos SU, os fluxos de doentes, a excessiva prescrição de MCDT, ou aspetos logísticos (Silva (b), 2017, Gonçalves, 2018, Dixe, Passadouro, Peralta, Ferreira, Lourenço & Sousa, 2018, Nunes (b), 2021)

Como tal, devem os enfermeiros fazer uso da inovação, enquanto dimensão importante do desempenho profissional, sendo criativos na implementação de estratégias, procurando formas inovadoras de prestar os cuidados e facilitar as demais tarefas e intervenções multiprofissionais, sabendo que a gestão de recursos físicos, ambientais e organizacionais influenciam de forma significativa os serviços prestados (Fradique & Mendes, 2013).

Estudos demonstram que o desenvolvimento de projetos de eficiência, sustentados pelas equipas operacionais e apoiados pela gestão de topo, podem ter resultados ao nível da qualidade, segurança e eficiência, em pouco tempo e com poucos recursos (Silva (b), 2017).

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

A resposta que se pretende que as organizações de saúde deem, e que será o grande desafio que se lhes coloca de acordo com a OCDE (2018), é o de se adaptarem às alterações da envolvente externa, às novas expectativas dos doentes, mais informados e mais exigentes, sem com isso comprometerem a função de coesão social que desempenham numa sociedade democrática, mas ainda muito desigual, do século XXI.

No entanto, há evidência que no contexto de ambientes de prestação de cuidados de alta complexidade, como é o caso do Serviço de Urgência, os profissionais de saúde são pressionados por múltiplas tarefas e solicitações, reconhecendo-se que nem sempre conseguem dar a resposta adequada (Costa, 2017).

A responsabilidade dos enfermeiros vai além da excelência técnica no atendimento. Não devemos, não podemos, negligenciar o cuidar, para preservar a responsabilidade no cuidado de enfermagem, colocando a pessoa no centro dos cuidados (Gurrutxaga, 2018). Deve prevalecer a orientação para o cuidar de forma holística, pois que, além de atender à cura atende à pessoa na sua globalidade, tendo em consideração fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, numa tentativa de compreensão da pessoa na sua plenitude, visando o seu bem-estar (Almeida, 2007).

As competências do enfermeiro nesta matéria, entendidas como o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro possui e mobiliza em contexto de prática clínica, de acordo com o perfil de competências do enfermeiro de

cuidados gerais definido pela Ordem dos Enfermeiros (2012), estão explícitas, não obstante outras que aqui se apliquem, no domínio de competências da Prestação e Gestão de Cuidados.

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

Numa outra perspetiva, de novas abordagens das competências diferenciadas dos enfermeiros, o modelo *Strong Model of Advanced Practice*, desenvolvido nos Estados Unidos da América, em 1994, no *Hospital Strong Memorial*, em articulação com a Universidade de Rochester, constitui um quadro de referência para a enfermagem avançada, identifica um conjunto de domínios de funções dos enfermeiros de prática avançada, nomeadamente a prestação de cuidados holísticos, suporte de sistemas, a educação, a investigação, a divulgação científica e a liderança profissional (Ackerman, Norsen, Martin, Wiedrich & Kitzman (1996); citado por Fernandes e Vareta, 2019).

De entre os domínios identificados pelo modelo referido, trazemos a esta investigação, não descurando nenhum dos outros, o domínio do suporte de sistemas, por quanto se refere às contribuições dos enfermeiros para a otimização do funcionamento das organizações, com base em metodologias científicas tais como a recolha e análise de dados, seu processamento com vista ao desenvolvimento de propostas de mudança e inovação dos cuidados. Deste modo, o modelo *Strong Model of Advanced Practice* integra, e atribui significado, ao potencial de intervenção dos enfermeiros nos aspetos relativos ao funcionamento das organizações, como o são os circuitos de encaminhamento dos doentes no SU (Fernandes e Vareta, 2019).

A enfermagem, graças ao desenvolvimento dos seus conhecimentos e competências, possui atributos, ou seja, o saber e saber fazer que a caracterizam, que lhe permite dar contribuições pertinentes e singulares à equipa de saúde com vista à prestação de assistência de saúde com qualidade à sociedade. Com consequente afirmação da identidade profissional e da sua autonomia, que não deve ser entendida como negação da

interdisciplinaridade (Ribeiro, 2011), aspecto este que é basilar e valorizado, assumido inclusivamente nos documentos estruturantes da profissão (OE, 2015).

Estudos demonstram que é fulcral, na área da saúde, o desenvolvimento de trabalho de equipa uma vez que os profissionais são confrontados com a necessidade de realizarem um número crescente de atividades, com maior exigência de qualidade, num ambiente complexo e em constante mudança, no qual o trabalho de equipa, que envolve incremento da motivação, melhor comunicação, mais dinamismo e flexibilidade, é considerada uma ferramenta dinâmica que favorece a resposta às necessidades da pessoa doente e propicia ambientes de trabalho mais agradáveis (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012).

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

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

Deste modo, quer os decisores políticos quer os prestadores de cuidados, partilham com os clientes a preocupação de garantir que os utilizadores dos serviços de saúde, recebem o melhor atendimento possível, que é um atendimento seguro, eficaz e responsável que responda às suas necessidades holísticas. Este pressuposto enfatiza que mais deve ser feito para melhorar a qualidade dos cuidados e estabelecerem-se estratégias de liderança e de governação que garantam melhorar a qualidade de atendimento a todos os cidadãos (Guerra, Jesus & Araújo, 2022).

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

construção da sua autonomia e identidade profissional. Note-se, que na construção da autonomia os enfermeiros terão de se mostrar capazes de decidir e de se responsabilizar pelas decisões que tomam, fundamentando com conhecimentos sólidos, assim como sobre os resultados atingidos por essas decisões, baseadas na convicção da centralidade da pessoa nos processos dos cuidados (Ribeiro, 2011).

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

Porém existe evidência que os enfermeiros possam não ter consciência plena da amplitude das suas próprias competências, e que haja repercussão, constituindo-se limitação, dessa circunstância na sua prática profissional nos diferentes contextos (Nunes (b), 2021).

Porém, estudos demonstram o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem ao longo das últimas décadas por via da investigação (Ribeiro, Martins, Tronchin & Silva, 2018), por outro lado é um facto que a evolução da prática de enfermagem tem envolvido a extensão do âmbito das funções dos profissionais (Fernandes & Vareta, 2019).

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

“A enfermagem tem o potencial de efetuar mudanças de grande alcance” refere Nunes ((a)2017, p. 108). A autora afirma que a compreensão científica que os enfermeiros detêm do processo de cuidar, conferem-lhes a capacidade de agir, em colaboração com os demais profissionais, contribuindo para o redesenhar dos diferentes ambientes do sistema de saúde (Nunes (a), 2017).

Como refere Nunes ((a), 2019, p. 159), *“é muito relevante pensar o pensamento de Enfermagem, seja em termos de desenvolvimento de competências, seja em termos de aprofundamento de intervenções e modelos clínicos de cuidados”*. Quanto mais formos capazes de aprofundar, modular, descobrir, inventar, sobre a disciplina de enfermagem, maia ganhos terão o cidadão, as famílias, os grupos e as comunidades.

2. METODOLOGIA

A investigação científica consiste num método de aquisição de conhecimentos, que se consubstancia num processo sistemático de recolha de dados observados e verificados, que permite encontrar respostas para as questões levantadas no decorrer da investigação (Reis, 2018).

O método científico formaliza-se num conjunto de fases sequenciais e interligadas cuja aplicação é necessária para a obtenção de dados a partir dos quais se produz conhecimento. Sendo que a investigação científica pressupõe a utilização do método científico na análise e resolução de um determinado problema, que se constitui na questão de investigação, esta torna-se um aspeto essencial pois servirá de guia mantendo a investigação centrada no seu objetivo (Haro, et al, 2016).

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

A prática reflexiva deverá assentar em reflexão estruturada enquanto processo de análise consciente, dinâmico, persistente e cuidadoso, sobre as experiências de cuidar, no sentido de atingir uma compreensão e apreciação da prática. Esse processo consolida-se em diferentes fases sequenciais e consequentes, a saber: perceção, descrição, reflexão e síntese/avaliação, a partir das quais se constrói uma nova perspetiva de entendimento (Santos & Fernandes, 2004).

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

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

enveredando, assim, respetivamente, pela utilização de métodos quantitativos ou qualitativos de investigação (Fortin, 1999).

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

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

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

De acordo com o que atrás se expôs, para além da realização das ações conducentes ao desenvolvimento das competências acrescidas avançadas em gestão, regulamentadas pela Ordem do Enfermeiros (2018), procurámos conhecimento particular sobre as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros no âmbito das práticas de Enfermagem, numa vertente de Gestão de Cuidados, inseridas num ambiente de prática específico – o Serviço de Urgência.

2.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Partimos da seguinte **questão norteadora**: De que forma os enfermeiros identificam e implementam soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais, relativamente a alguns aspetos da atividade do Serviço de Urgência?

Sabendo que tal intuito representaria um imenso manancial de informações, factos e dados, estruturámos o nosso estudo procurando resposta para as seguintes questões complementares:

- Que fluxos de doentes existem, como estão organizados os circuitos de doentes no Serviço de Urgência?

- Como é gerida a circulação de informação dentro da equipa de enfermagem? Como é realizada a atualização de conhecimentos? Como é realizada a implementação da evidência científica?
- Como é gerida a comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência?

No sentido de responder às questões enunciadas, definimos como objetivo geral identificar na prática atual dos enfermeiros, mas também nas recomendações da bibliografia, as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em Serviços de Urgência, e como objetivos específicos:

Identificar os fluxos e a organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência.

Saber como se gere a comunicação no seio da equipa de enfermagem.

Saber como se gere a comunicação com a família dos doentes admitidos no serviço de urgência.

Identificar projetos de melhoria em curso ou propostos.

É de salientar que muito embora se tenham procurado aspetos do funcionamento dos Serviços de Urgência por comparação com os modelos formais existentes, a legislação estruturante, e demais regras instituídas, assim como o que a bibliografia preconiza, buscou-se, acima de tudo, encontrar soluções organizacionais e de gestão, de iniciativa da equipa de enfermagem, assim como as condutas profissionais dos enfermeiros, que visem dar resposta aos problemas que estão identificados como constrangimentos ao ótimo funcionamento dos SU.

A componente de investigação do estágio foi ancorada no paradigma qualitativo, concretizado por uma abordagem exploratória e descritiva envolvendo contacto com os enfermeiros em funções de gestão. Recorreu-se, também, à consulta de documentação formal dos Serviços, como sejam manuais de boas práticas, regulamentos e/ou protocolos, que contribuíram para a recolha de informação.

2.2 LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Tratando-se de um estágio pretende-se a análise de um contexto específico onde o mesmo decorreu – Serviços de Urgência de quatro hospitais da região centro do país.

Foram realizadas 192 horas de estágio, entre 27 de janeiro e 14 de abril de 2023. O tempo de estágio decorreu subdividido em quatro parcelas de 48 horas, uma para cada contexto, distribuídas em seis turnos de oito horas, em períodos de 2/3 semanas.

A seleção destes campos de estágio prendeu-se com o facto de o autor exercer funções numa outra instituição hospitalar, com a qual as instituições escolhidas detêm relações no que se refere ao encaminhamento e transferência de doentes e proximidade geográfica relativa, garantindo assim algumas semelhanças nos contextos de prática, todas unidades hospitalares da região centro de Portugal.

Todos os contextos em que decorreu o estágio foram formalmente e institucionalmente contactados pela Instituição Escolar.

O grupo de participantes envolveu os elementos da equipa dos serviços de urgência com funções de gestão, formal ou operacional. Ficou constituído pelos 4 enfermeiros gestores formais dos serviços e por 12 elementos da equipa de enfermagem, que estiveram em funções de coordenação durante os turnos em que decorreu o estágio.

Todos os enfermeiros participantes detinham o título de Especialista e mais de 10 anos de experiência em contexto de Urgência. Os enfermeiros em funções formais de gestão, Enfermeiros Chefes, tinham entre 50 e 60 anos de idade, sendo que apenas um não havia desempenhado funções de gestão noutros serviços. Os enfermeiros em funções operacionais de gestão – enfermeiros coordenadores por turno, detinham entre 30 e 60 anos, sendo o contexto de urgência a maior parcela das suas experiências profissionais.

2.3 MATERIAIS E MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

Existe um manancial muito significativo de pesquisas relacionadas com a prática em contexto de urgência e emergência, pelo que se cingiu a pesquisa aos aspetos elementares que representavam as inquietações do investigador, e que deram origem às questões complementares levantadas. Procurámos, também, nos contextos de prática em que o estágio decorreu, identificar as práticas relacionadas suportadas nas recomendações da bibliografia. Neste sentido realizou-se pesquisa nas bases documentais científicas, procurando reunir a mais recente evidência sobre os assuntos em análise. Consultaram-se outros documentos, nomeadamente manuais de referência para o tema em análise.

Em termos de contexto, foi realizada uma análise situacional dos serviços de urgência no geral e foi aprofundada uma caracterização dos dados específicos dos hospitais, que

permitiram um questionamento teórico ao nível do enquadramento, ferramentas, abordagens e impactos de projetos de eficiência operacional em contexto hospitalar.

Não se pretendeu comparar os contextos onde decorreu o Estágio, mas, tão somente, elencar as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros, sem identificar os Serviços de Urgência envolvidos.

Como instrumentos de colheita de dados optou-se por uma entrevista com base em guião de entrevista semiestruturada (Anexo III), e numa observação participante, também com base num guião de observação (Anexo IV), ambos de construção própria, por se considerar serem os que melhor se adaptam aos objetivos e à metodologia utilizada, onde constam, aspetos relativos à existência de soluções organizacionais e condutas profissionais dos enfermeiros, de algumas questões de enquadramento de projetos específicos existentes, e questões direcionadas ao foco da investigação.

A opção pela técnica de observação participante pareceu-nos o mais adequado, dado que se pretende a observação, em ambiente natural, de “um comportamento de interesse que não está prontamente disponível para visualização pública” (Marietto, 2018, p.2).

Permitiu identificar as atividades que os enfermeiros em funções de gestão realizam durante o turno, assim como o funcionamento do SU no que diz respeito aos aspetos em análise.

Salienta-se que, durante o estágio, o investigador envergou vestuário semelhante aos demais profissionais de enfermagem, de acordo com as normas instituídas em cada contexto, com exceção do cartão identificativo de estudante, como forma facilitar a circulação nos serviços com normalidade na sua presença.

Em relação ao guião de entrevista, é constituído por 6 blocos temáticos, denominados de A a F, e em cada bloco, um conjunto de questões abertas no sentido de explorar ações dentro de alguns domínios de intervenção de forma mais detalhada. (Blocos A e B – Legitimação da entrevista e pré-entrevista; Bloco C – 6 questões; Bloco D – 12 questões; Bloco E – 7 questões; Bloco F – Pós-entrevista)

Foi dirigida aos enfermeiros em funções formais de gestão que, de forma livre, com carácter facultativo e salvaguardadas as questões de confidencialidade, aceitaram participar no estudo, bem como aos enfermeiros que, nas distribuições diárias do SU lhes foi atribuído o trabalho de coordenação.

Algumas questões da entrevista foram apresentadas durante a observação do funcionamento dos Serviços, por uma questão de conveniência. Se em alguns momentos

existiu a oportunidade e contextualização para que a entrevista acontecesse em local próprio e em tempo dedicado a esse propósito, outros houve em que as questões surgiram de acordo com os acontecimentos que fomos experienciando enquanto decorreu o estágio. Todos os dados recolhidos foram registados manualmente, em caderno de anotações exclusivo para o efeito, e caracterizado externamente com a simbologia e identificação da Escola.

As questões apresentadas aos participantes permitiram confrontar os dados recolhidos com os estudos e demais bibliografia consultada, que versem sobre o ambiente da prática dos cuidados em estudo com vista a inferir da similaridade de achados e, como tal, procurar reforçar a qualidade e validade da investigação.

Relativamente ao guião de observação (Apêndice IV), teve como objetivo recolher dados que, por cruzamento com outros dados obtidos a partir das entrevistas, permitam conhecer soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em serviços de urgência. É formado por três blocos de aspetos a observar, a saber: 1. Fluxos de doentes e organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem; 2. Gestão da informação dentro da equipa de enfermagem; 3. Gestão da comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência.

2.4 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise qualitativa é o processo de organização, análise e interpretação de dados qualitativos. Para o presente estudo utilizámos a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2004). A autora define análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/receção dessas mensagens” (p. 41)

A proposta de Bardin (2004) refere que a técnica de análise de conteúdo se estrutura em três fases: fase 1 – pré-análise, que constitui a fase de organização do material disponível com sistematização das ideias preliminares, na qual se utilizam as seguintes tarefas: leitura flutuante, corpus de análise, reformulação dos objetivos se necessário.

No presente estudo procedeu-se à leitura global dos documentos a analisar de forma a compreender melhor as mensagens dos participantes. A primeira leitura permitiu a elaboração de um esboço das áreas temáticas e das categorias possíveis.

A fase 2 – exploração do material, envolve a codificação, categorização e construção de indicadores, correspondendo à fase de análise propriamente dita.

Neste estudo, todo o material disponível foi explorado, e foi ordenada a informação disponível no sentido de facilitar a interpretação e as inferências. As categorias respeitaram os atributos propostos pela autora: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade.

Foram definidas três categorias a que correspondem aos blocos temáticos C, D e E do guião de entrevista, designadamente:

- 1 - Fluxos de doentes e organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem;
- 2 - Gestão da informação dentro da equipa de enfermagem (instruções de trabalho, procedimentos, protocolos);
- 3 - Gestão da comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência.

As unidades de registo adotadas tiveram por base os objetivos definidos e a natureza do material a analisar, partindo da leitura interpretativa dos temas explorados.

2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS E DEONTOLÓGICOS

Foram garantidos todos aspetos éticos e legais relacionados com o processo de investigação enquanto meio de desenvolvimento de conhecimento científico. Salvaguardou-se os interesses de todos os envolvidos neste Estágio e respetivo Relatório, desde logo os autores da bibliografia consultada assim como dos participantes no estudo. Assumimos um comportamento ética e moralmente correto em todos os momentos do processo, protegendo todos os envolvidos de qualquer dano eventualmente resultante da investigação.

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

De modo a dar resposta à adequação dos procedimentos ético-legais, elaborou-se um pedido de autorização (Apêndice V) para a realização das entrevistas. Cumpriram-se todos os requisitos exigidos pelas instituições onde decorreu o estágio.

Foi garantido o carácter voluntário, consentimento informado e anonimato dos enfermeiros entrevistados. Para o efeito construiu-se e disponibilizou-se uma declaração

de consentimento informado (Apêndice VI), assim como se prestou todos os esclarecimentos dos objetivos do estudo e demais informações relevantes.

Foram salvaguardadas as disposições constantes do Código Deontológico dos Enfermeiros (1998) e do Regulamento Geral de Proteção de Dados (2019).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a metodologia selecionada, procurou-se dar resposta à questão norteadora e às questões complementares, designadamente através das recolhas relevantes da bibliografia e pelos exemplos identificados nos contextos de cuidados visitados durante o estágio.

Procuraram-se aspetos do funcionamento dos Serviços de Urgência por comparação com os modelos formais existentes, a legislação estruturante, e demais regras instituídas, assim como o que a bibliografia preconiza, e buscou-se, acima de tudo, encontrar as soluções organizacionais e de gestão, de iniciativa da equipa de enfermagem, assim como as condutas profissionais dos enfermeiros, que visem dar resposta aos problemas que estão identificados como constrangimentos ao ótimo funcionamento dos SU.

Realizou-se comparação dos resultados obtidos com os de estudos semelhantes com vista a inferir da concordância dos dados recolhidos com as demais investigações do mesmo âmbito.

A primeira ilação que retirámos é que se confirma a noção de que todos os Serviços de Urgência são diferentes entre si, quer nas suas estruturas, quer no seu modo de organização e funcionamento interno, naturalmente de acordo com as instituições que os acolhem, da sua dimensão, contexto histórico e filosofia de gestão.

Outo dado relevante é que todos os SU respeitam e aplicam a generalidade das diretrizes legais e normativas tais como, o uso do Protocolo de Triagem de Manchester, regras de prevenção e combate às infeções hospitalares, gestão de resíduos, entre muitas outras não visadas no estudo e cuja enumeração não cumpre o propósito do estudo.

Relativamente às categorias definidas para análise verificámos que:

Categoria 1 – Área temática: Fluxos de doentes e organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem

Todos os SU onde decorreu o estágio tinham como base do seu funcionamento o Protocolo de Triagem de Manchester, e na sua organização interna tinham em conta a distribuição de doentes por prioridades, no entanto em um dos Serviços ainda prevalecia a predominância da distribuição por especialidades, e noutro havia uma combinação de ambos, em particular nos doentes classificados pela triagem como urgentes ou emergentes, a que corresponde a atribuição de cor amarela, laranja ou vermelho.

Foi possível constatar que em todos os Serviços estavam implementadas, ou em implementação, os protocolos das Vias Verdes tal como preconizado pela Direção Geral da Saúde (2018), como forma de otimizar o acesso de doentes com determinadas patologias aos cuidados de saúde urgentes, e melhorar os fluxos internos de doentes.

Por natureza, os circuitos e fluxos de doentes estão dependentes da estrutura arquitetónica e da distribuição dos diferentes espaços e áreas clínicas do Serviço de Urgência, assim como dos serviços paralelos, como sejam os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, entre outros.

Verificou-se, durante o estágio, que os fluxos são relativamente estanques e difíceis de mudar por iniciativa da equipa de enfermagem ou sua gestão, por um lado devido a questões hierárquicas, uma vez que a definição dos fluxos é da responsabilidade da direção do serviço, ouvidas as especialidades, por outro devido disposição arquitetónica estável do serviço (especialidades clínicas com espaços próprios, como gabinetes ou salas) e porque existe pouca evidência científica ou monitorização efetiva dos resultados dos fluxos ou suas alternativas nos contextos específicos.

Porém constatámos que é possível ultrapassar muitas dessas condicionantes, tal como se verificou perante a obrigatoriedade de os SU se reorganizaram para novas respostas assistenciais aquando da pandemia de COVID19, em que ocorreu uma reorganização de espaços, assim como o ajuste dos circuitos dos doentes. Circunstância que, estando fora do âmbito temporal do estágio, não foi observada mas foi-nos relatada pelos Enfermeiros Gestores.

No entanto, num dos serviços identificou-se claramente o investimento em investigação com vista a resolver os fluxos de doentes, tido como um problema específico do serviço, assim como incorporação dos resultados desse trabalho. Efetivamente, num estudo realizado pelos enfermeiros, foram analisados alguns dos fluxos de doentes nos quais os enfermeiros, por análise empírica, entendiam haver lugar a melhorias com vista a diminuir o tempo de permanência dos doentes no SU, assim como tornar mais eficientes os encaminhamentos de doentes com determinadas queixas, naturalmente sem interferir com o Protocolo de Triagem de Manchester.

Com base nessa análise, que envolveu todos os episódios de urgência com queixas similares, percebeu-se, por exemplo, que, uma percentagem significativa de doentes eram observados por médicos de alocados ao setor de Urgência Geral e que posteriormente eram encaminhados para observação por especialista de Neurologia. Desse modo foi proposto à direção do SU que doentes com essa tipologia fossem de imediato

encaminhados para aquela especialidade. Tal proposta foi aceite e os encaminhamentos alterados com base nos resultados obtidos do estudo. Encontrando-se em análise o resultado de tal mudança nos tempos de permanência no SU desses casos específicos.

Como referenciado anteriormente o aumento de tempo de permanência dos doentes está associado às situações em que haja repetição de procedimentos ou com várias etapas ao longo do percurso no SU, como tal, reduzindo o número de etapas reduz-se o tempo médio de duração dos episódios. Ora, se a evidência demonstra que uma percentagem elevada de doentes com determinada queixa e que são inicialmente triados para uma especialidade acabam transferidos para outra, verificou-se ser adequado suprimir a passagem pela primeira especialidade, otimizando-se, assim, o atendimento do doente, com adequada gestão de recursos.

Num dos serviços, foi-nos dado a conhecer a realização de treinos e exercícios de simulação com recurso à metodologia “*tabletop*”, que consiste no uso de uma planta do serviço de urgência desenhado numa mesa de reuniões sobre a qual se realiza simulação, com o uso de representações de macas e pessoas, com vista a estudar as ocupações e movimentações necessárias e possíveis. Tais exercícios são realizados, em particular, para treinar os planos de emergência, no entanto, com base nesses exercícios foi possível determinar que há espaços no serviço destinados a circulação que podem ser usados para colocação de macas em caso de sobrelotação.

Desse modo, em alguns espaços de circulação dentro das áreas clínicas, verificamos que existem no chão marcações de espaços numerados onde poderão ser colocadas macas em caso de todos os outros espaços destinados a serem ocupados por doentes, em geral na periferia das áreas clínicas, também eles numerados, estarem ocupados, permitindo manter ordem na sobrelotação do SU.

Também no que respeita aos circuitos relacionados com as movimentações de doentes para realização de MCDT, em dois dos Serviços de Urgência, existiam trajetos definidos com tarefas clarificadas para os Assistentes Operacionais que faziam o acompanhamento de tais doentes, procurando assim otimizar a carga de trabalho e os tempos de espera.

A sociedade enfrenta o desafio do envelhecimento populacional e o aumento da esperança de vida o que acarreta o aumento das doenças crónicas e degenerativas, com comorbidades e graus de dependência crescentes, resultando num maior recurso aos serviços de saúde, e a imperiosidade da aplicação de medidas que minimizem as consequências desta realidade. Deste modo, quer os decisores políticos quer os prestadores de cuidados, partilham com os clientes a preocupação de garantir que os

utilizadores dos serviços de saúde, recebem o melhor atendimento possível, que é um atendimento seguro, eficaz e responsável que responda às suas necessidades holísticas. Este pressuposto enfatiza que mais deve ser feito para melhorar a qualidade dos cuidados e estabelecerem-se estratégias de liderança e de governação que garantam melhorar a qualidade de atendimento a todos os cidadãos (Guerra, Jesus & Araújo, 2022).

Estão descritos, enquanto constrangimentos do funcionamento dos Serviços de Urgência, a ineficiência de encaminhamentos e circuitos internos dos doentes no SU, as estruturas envelhecidas e inadaptadas às exigências atuais, e a inadequação de recursos humanos (Gonçalves, 2018; GT-SU, 2019).

O estudo, e revisão, dos encaminhamentos após a triagem é de tal modo relevante que o manual de triagem Manchester *Triage Group, Third Edition* faz referência à necessidade de ajustar os encaminhamentos mediante as condições do doente e as orientações do serviço. Nesta edição é criada uma matriz de conjugação entre a prioridade de acordo com o protocolo de triagem e os encaminhamentos padronizados, de acordo com um conjunto de espaços/setores, correspondentes a áreas clínicas, tidos como necessários num SU (Manchester Triage Group, 2014).

Em muitos ambientes de cuidados de emergência, os problemas de fluxo de doentes atingiram proporções epidémicas. De facto, tempos mais longos de espera estão associados à insatisfação do doente, a complicações clínicas mais graves e a um aumento da taxa de mortalidade. O problema é ainda mais acentuado quando a resposta dos SU à crescente procura é ineficaz (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

É então fundamental o desenho de circuitos, não apenas no que se refere aos aspetos relacionados com a estrutura, instalações e equipamentos, mas também, e sobretudo, aspetos que se prendem com a organização do serviço, em particular a distribuição de tarefas e a protocolização de procedimentos (Fragata, 2005).

Estudos demonstram que é possível melhorar o fluxo de doentes conseguindo que a espera média desça 73,2%. Consegue-se também assim equilibrar a carga de trabalho e reduzir o esgotamento dos profissionais (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Muitas vezes a disposição e estrutura das áreas de trabalho (planta arquitetónica) não podem ser alteradas, já o trajeto até elas, dentro e para fora delas, pode ser reorganizado e planeado fazendo face às novas condicionantes do funcionamento dos SU (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

Assim, e de acordo com o exposto, está identificada a necessidade, e oportunidade, de intervenção no ambiente da prática específico que é o Serviço de Urgência, em particular

nos fluxos e circuitos de doentes e processos de trabalho que eles envolvem, otimizando os recursos com vista a melhorar a eficiência e efetividade dos cuidados prestados, garantindo incremento da qualidade e segurança dos cuidados centrados nas pessoas ajustados às suas necessidades.

Uma investigação sobre as perspetivas dos enfermeiros relativamente às intervenções de enfermagem no serviço de urgência identificou processos institucionais que carecem de melhorias, existindo a necessidade de os enfermeiros resolverem problemas como a gestão de exames, altas e observações por outros profissionais. Ou seja, os resultados do estudo revelam que as intervenções de enfermagem, no serviço de urgência, vão além dos cuidados diretos à pessoa, englobando uma série de ações indispensáveis à manutenção da eficiência operacional e a segurança no serviço. Os enfermeiros parecem ter incorporado o papel de gestor do percurso do cliente, tentando minimizar ineficiências atuando como elo de comunicação na equipa multidisciplinar. Deste modo, esta investigação evidencia a relevância de se levar a cabo uma reflexão sobre a importância dos enfermeiros que não apenas a de prestadores de cuidados, mas também agentes essenciais para a eficácia e segurança nos serviços de urgência (Gomes, Tinoco, Almeida, Ribeiro, Queirós & Neves, 2023).

O fluxo de doentes é fundamental para a prestação de cuidados de elevada qualidade aos doentes admitidos nos SU. Tendo consciência da sua importância, os gestores devem analisar continuamente os fatores que dificultam a prestação de cuidados de emergência ao longo da jornada do doente. As principais causas que contribuem para o tempo de fluxo prolongado incluem a disposição departamental, o pessoal médico ineficiente e as ineficiências dos processos de assistência paralelos (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Tal como já referido anteriormente, os autores Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz (2020) examinando processos de melhoria das ineficiências dos SU, em particular os tempos de espera prolongados, permanência prolongada e excesso de tempo de fluxo do paciente, de entre as estratégias encontradas nos estudos, salienta-se que a simulação tem sido a abordagem mais popular para resolver os principais problemas operacionais devido à sua capacidade de analisar profundamente o desempenho atual dos serviços de emergência, pré-testar cenários de melhoria e facilitar o envolvimento do utilizador através da animação de fluxos dos doentes e recursos. A técnica Lean, a análise de regressão, a otimização e melhoria contínua da qualidade também foram altamente utilizados por profissionais e investigadores ao abordar as deficiências dos SU. Em particular, autores empregaram métodos de pesquisa operacional (simulação e otimização), técnicas de

melhoria da qualidade (Lean e melhoria contínua da qualidade) e regressão para lidar com tempos prolongados de fluxo de doentes e tempos de permanência no SU prolongados. Os resultados experimentais confirmaram que o fluxo do paciente pode ser substancialmente melhorado com esta abordagem baseada na pesquisa operacional, designadamente com a utilização de técnicas de simulação, algoritmos matemáticos, teoria das filas de espera, etc, mesmo sob restrições orçamentais e de recursos humanos. Os resultados dos estudos revelaram que a mudança nos padrões de pessoal pode levar a tempos de fluxo mais curtos para os doentes, com impacto positivo significativo no pessoal envolvido e na alavancagem de recursos (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Por outro lado, sabendo que o fluxo de doentes no Serviço de Urgência não é constante, podendo haver picos de procura e afluência aumentada, seja para a triagem, no acesso ao SU, seja em alguma das demais áreas do serviço, pelos motivos já exposto. Assim, para dar resposta a esta questão, em dois dos Serviços de Urgência onde decorreu o estágio está previsto, na distribuição diária de enfermeiros por postos de trabalho, qual dos enfermeiros e de que posto de trabalho, será mobilizado para a triagem de modo a por em funcionamento um posto de triagem suplementar quando ocorra pico de admissão de doentes. Noutro dos serviços essa mobilização de recursos era da responsabilidade do enfermeiro coordenador. Em qualquer dos casos não estava definido com exatidão o critério quantitativo, de tempo de espera ou número de doentes em espera para triagem por exemplo, para que fosse acionado o recurso suplementar, cabendo tal julgamento ao enfermeiro coordenador.

A referida distribuição diária de enfermeiros por postos de trabalho, num dos SU, contém também a identificação do(s) enfermeiro(s) que darão apoio aos diferentes setores onde seja previsível um súbito aumento da carga de trabalho, como seja a Sala de Emergência, neste caso em complementaridade com os recursos previamente existentes nesse setor. Já em outro dos Serviços verificou-se que, devido à pouca frequência de permanência de doentes na Sala de Emergência, não existia enfermeiro fixo, no entanto estavam identificados os enfermeiros que dariam apoio aos doentes que necessitassem dessa tipologia de recurso.

Os estudos demonstram que existe dificuldade em quantificar a relação entre o aumento da capacidade de produção e o custo dos tempos de espera. Se por um lado é relativamente fácil calcular o custo do aumento de capacidade, seja em recursos humanos seja em equipamentos, já o mesmo não acontece com cálculo do custo dos tempos de espera (Reis & Delgado, 2024). No entanto, estudos revelam que os tempos de espera tem influência

na mortalidade e morbidade dos doentes nos serviços de urgência, tornando-se preponderante adotar estratégias para a sua redução (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020). Com efeito, existe suficiente produção de cálculo matemático que pode ajudar a resolver estas questões. A teoria das filas de espera, ramo do cálculo das probabilidades, dispõe de modelos que permitem esta análise com vista a otimizar os tempos de espera, utilizando dados disponíveis relativos a variáveis como sejam o número de postos de trabalho, o número de atendimentos por posto de trabalho por unidade de tempo e o número de pessoas em espera, entre outros (Reis & Delgado, 2024). Dados esses facilmente acessíveis nos sistemas de informação hospitalares, pois que comportam dados que vão para além das informações clínicas, permitindo constituir importante apoio à gestão nos seus diferentes patamares – planeamento, organização, direção e controlo (Magalhães, 2021).

Autores demonstraram que, com base numa abordagem preditiva, os decisores podem identificar quando o congestionamento vai aumentar, facilitando assim uma intervenção rápida no fluxo de doentes para garantir tempos de espera reduzidos. Está provado que tal abordagem supera as políticas atuais devido à sua capacidade de reduzir os longos tempos de espera até 15% (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Com os modernos sistemas de gestão automatizada da informação, nomeadamente a sua capacidade de processar e analisar essa informação, é possível criar alertas automáticos por forma a dar resposta instantânea a súbitos aumentos do número de utentes em espera e conseqüente aumento dos tempos de espera, permitindo que os prestadores aumentem, por um período de tempo, a capacidade de resposta de forma a resolver o aumento de fluxo, por exemplo no que respeita ao setor da triagem de doentes chegados ao Serviço de Urgência. Sendo também possível identificar padrões que permitam o planeamento da resposta a instalar (Magalhães, 2021).

A conjugação da simulação com outros métodos de pesquisa operacional têm sido uma alternativa popular para resolver o problema do tempo de espera. Com a aplicação conjugada da simulação de eventos discretos, modelos de filas de espera e um algoritmo heurístico de pessoal num ambiente real de atendimento de emergência, com objetivo de cumprir a meta estabelecida pelo governo do Reino Unido (98% dos doentes devem ter alta, ser transferidos ou internados no prazo de 4 horas após a chegada ao SU, o que permite, conseqüentemente, candidatura a esquemas de incentivos), concluiu-se que é possível obter uma melhoria significativa da meta, mesmo sem aumentar o número total de horas do pessoal médico (Ortíz-Barrios & Alfaro-Saíz, 2020).

Categoria 2 – Área temática: Gestão da informação dentro da equipa de enfermagem (instruções de trabalho, procedimentos, protocolos, atualização de conhecimentos, implementação da evidência científica).

Durante o estágio, foi possível verificar que as equipas tem múltiplos canais de comunicação com vista a que a informação flua no seio da mesma. Necessariamente o canal de comunicação escolhido dependia da relevância, contexto e aplicabilidade da informação transmitida ou recebida.

Seja em reuniões formais de serviço, agendadas periodicamente, em pequenas reuniões espontâneas no serviço, seja em encontros lúdicos de *team building*, seja através das redes sociais, e-mail ou informação afixada em local próprio no SU, os enfermeiros gestores valorizam o fluxo de informação, nos dois sentidos, e utilizam para tal os diversos canais disponíveis.

Relativamente aos documentos formais de transmissão de informação, como sejam os Manuais de Procedimentos, ou Manuais de Integração, ou Manuais de Boas Práticas, verificou-se muita variabilidade nos Serviços onde decorreu o estágio. Num dos SU tais manuais existiam, eram bastante completos, e estavam disponíveis em suporte físico e digital, fazendo-se amplo uso dos mesmos quer na integração de novos elementos quer na formação contínua. Já em outros existiam alguns documentos dispersos, ou manuais simples ou pouco completos. No entanto, em todos os Serviços de Urgência os enfermeiros gestores reconheceram a importância de tais documentos e afirmavam a intenção, ou o decorrer de trabalhos, de adequar e melhorar os mesmos.

Por outro lado, nos contextos de prática visitados durante o estágio foi possível constatar que todos os SU dispõem de planos de anuais de formação, ainda que muito diferentes na quantidade de ações de formação, na tipologia e na abrangência de temas.

No mais completo dos planos de formação identificamos cerca de 50 ações de formação ao longo do ano, sendo que, algumas relativas a temáticas cruciais, tem caráter regular e obrigatório, designadamente a formação de atualização em “dispositivos críticos” (monitores/desfibrilhadores, ventiladores e bombas perfusoras), cuja periodicidade é semestral e obrigatória para todos os elementos da equipa e ministrada pelo Enfermeiro Especialista.

Identificamos também algumas formações destinadas a diferentes grupos profissionais conjugadamente, designadamente enfermeiros e médicos, ou enfermeiros e assistentes operacionais, com foco no desenvolvimento de competências em parceria, em equipa multidisciplinar, tal como se recomenda para a prestação de cuidados ao doente crítico,

porém essas formações eram solicitadas ao departamento de formação do hospital e da responsabilidade deste.

As necessidades de formação eram identificadas maioritariamente por auscultação da equipa, por sugestão de grupos de trabalho e indicação dos enfermeiros gestores.

A título de exemplo, invocamos um dos Serviços de Urgência no qual foi verificado, pela equipa e em consonância com as auditorias, que existia um défice de documentação dos cuidados prestados no sistema informático em uso no hospital – o *Sclinico*®. Assim, com vista a ultrapassar essa questão foi aproveitado um trabalho de investigação, realizado em contexto de estudos de Mestrado por um dos elementos da equipa, para melhorar a documentação, estabelecendo-se um programa progressivo, que incluía ações de formação dedicadas, de adequação da efetiva utilização do sistema informático com as metas e objetivos estabelecidos institucionalmente. Com sucesso.

Num dos SU, a periodicidade da formação em determinados temas de particular relevância para a prestação de cuidados, obrigava os grupos responsáveis à constante verificação da atualidade dos conteúdos ministrados, o que representava um esforço significativo de procura da evidência científica.

Não se encontraram em aplicação projetos de implementação da evidência científica em parcerias com instituições, como sejam as escolas de enfermagem, ou sob metodologias recomendadas pelas instituições e organismos internacionais. Ainda que, num dos SU, por força de projeto de certificação, existam metodologias em execução com vista à partilha de conhecimento e formação sob metodologia certificada.

É inegável a constatação de que os cuidados de saúde têm aumentado muito significativamente a sua complexidade, configurando um desafio para os enfermeiros, pelos contributos exigidos à tomada de decisão, incorporar os resultados da investigação e integrar novas competências, para fazer face às modificações dos contextos das práticas (Vieira, 2008).

Efetivamente, o comportamento organizacional pode ser uma área fundamental na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados hospitalares, pois a melhoria do ambiente de trabalho poderá ser uma estratégia de baixo custo, e as transformações organizacionais bem-sucedidas estão relacionadas com melhores práticas (Aiken *et al* em 2012, citado por Fernandes e Vareta, 2019).

É reconhecido que o Serviço de Urgência deve abranger uma série de protocolos de atuação, nos quais deve ser dada ênfase à interação/coordenação de todos os profissionais de saúde, o que na realidade, nem sempre acontece. Sendo que a comunicação no contexto

do SU é uma das causas, pois que muitas vezes está votada ao esquecimento, constituindo um impedimento ao investimento no aperfeiçoamento dos cuidados prestados à pessoa (Veríssimo, 2018).

Autores defendem que o Serviço de Urgência é uma unidade única e dinâmica, particularmente propensa a erros de comunicação, sendo um dos grandes desafios conseguir uma comunicação eficaz entre a equipa para garantir a segurança do doente (Alsabri et al.,2022).

Em concordância, autores defendem que o SU é um local de vulnerabilidades comunicativas e, como tal, será importante a existência de espaços que permitam o reforço da comunicação assim como a troca de informações propiciando o alívio de tensões a resolução de conflitos (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

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

Para fazer face a tal constrangimento, Martins (2018), defende que deve existir um investimento na gestão do conhecimento, entendida como um processo de tratamento do conhecimento existente, mediante a sua aquisição, partilha e utilização. Terá de se investir na memória organizacional, entendida como os meios através dos quais o conhecimento vai sendo conduzido a partir do passado para apoiar as atividades do presente dentro da organização.

Exige-se às organizações num esforço de melhoria continua baseada na inovação, entendida como um processo pró-ativo de desenvolvimento de novo conhecimento através da resolução dos problemas que vão surgindo no seio da sua atividade. A criação de conhecimento é um processo humano dinâmico que decorre de interações entre os indivíduos e entre eles e o seu ambiente, ocorrendo mudanças em ambos – o individuo influencia e é influenciado pelo ambiente. Na aprendizagem organizacional falamos de um processo continuo de descoberta de conhecimento e de invenção de possibilidades de ação, com um sentido coletivo (Martins, 2018).

Existe a referência à formação nas organizações como um conjunto planificado de atividades de aprendizagem que visam a aquisição de competências favorecendo a adaptação do grupo e do individuo aos ambientes organizacionais. Pretende-se que essa formação não seja a apenas a aquisição de conhecimentos, mas que incorpore também a

modificação dos comportamentos face às novas situações, levando ao aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos (Gonçalves, Calheiros & Lobão, 2022).

As práticas refletem o conhecimento partilhado da organização e tendem a ser aceites pelos indivíduos que a constituem como a forma adequada de realizar determinadas tarefas com base num conjunto de regras. A transferência de práticas organizacionais é baseada na difusão de um conjunto de regras e valores (Martins, 2018).

Os cuidados de saúde representam uma atividade de grupo, exercida por equipas multidisciplinares, com enorme complexidade de interações humanas, estando sujeita, por natureza, à ocorrência de erros humanos e erros de sistema. Assim os cuidados de saúde são considerados uma atividade de risco organizacional, pela possibilidade de desvio dos objetivos da organização – a prestação de cuidados de saúde de qualidade e custo-efetivos. Neste contexto, mais do que na ação individual dos agentes da prestação de cuidados, as medidas que visam a melhoria contínua e o investimento na qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde, focam-se nos aspetos organizacionais e numa abordagem dos sistemas (Fragata, 2011).

Os profissionais de saúde que exercem nos Serviços de Urgência são uma das partes centrais neste processo, atuam em ambiente de trabalho por vezes caótico, com elevado número de doentes atendidos e conseqüente carga de trabalho por eles gerada. O desenvolvimento de procedimentos estruturados e protocolos de atuação, constituem uma forma de fornecer ordem no ambiente caótico da urgência. Os profissionais através de um método estruturado, baseado na resolução dos problemas, devem desenvolver competências com vista a melhorar a organização do trabalho, que se traduz numa melhoria da prestação de cuidados (Brazão, Nóbrega, Bebiano, & Carvalho, 2016).

Neste sentido, constitui desafio para a gestão organizacional a promoção da socialização, sob o pressuposto que tal esta irá permitir transmitir um sentido de identidade e compromisso, no envolvimento na organização, assim como na realização pessoal e no bem-estar dos colaboradores (Frederico & Helena, 2022).

É consensual que a comunicação consiste na alma da organização, pois é ela que estabelece as relações de entendimento necessárias para que as pessoas possam interagir como grupos organizados para atingir os objetivos. Em concordância, aceita-se que a comunicação nas organizações de saúde são processos que interferem direta e indiretamente em todas as atividades, e reconhece-se que a comunicação é essencial para o desenvolvimento, integração, criação de valor e construção da identidade corporativa. Deste modo assume-se a necessidade permanente de garantir que a comunicação se

afirme como mais integradora e se processe através de abordagens e contextos mais interativos e participativos, e não apenas enquanto mera condutora de propagação de informação, porquanto é essencial para o desenvolvimento e para o sucesso das instituições, em particular as organizações de saúde com os seu mais diversos contextos e ambientes de prática de cuidados (Marques, 2022).

Um estudo levado a cabo em Inglaterra analisou a implementação de reuniões regulares, envolvendo todos os grupos profissionais envolvidos no Serviço de Urgência (*Emergency Department Assembly* no texto original), demonstrou ser uma medida de simples aplicação, mas que resultou em múltiplos contributos e propostas de alterações do funcionamento do SU, com ganhos na sua eficiência (Nayeem, Hinchcliffe & Gumbs, 2019)

Se no passado se definiu um conjunto de requisitos baseados num percurso formativo para acesso a uma atividade profissional que exerceria funções nos contextos exclusivamente pela titulação dessa atividade, hoje preconiza-se um novo modelo baseado na constituição de um referencial de competências, e o correspondente percurso formativo que lhe dá origem, adequado e específico para o contexto onde se pretende que o profissional exerça a atividade (Gonçalves, Calheiros & Lobão, 2022).

De acordo com Oliveira e Queirós (2015), muito embora os enfermeiros estejam preparados para desempenhar funções em qualquer serviço do hospital, o desenvolvimento de competências relacionadas com a especificidade de cada contexto sofre impacto positivo da formação contínua que é realizada nos diferentes serviços, que tendo como objetivo aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissional, tendo em conta que a formação inicial não confere ao indivíduo saberes suficientes e estáveis ao longo da vida profissional, pelo que a formação contínua em enfermagem deve ajudar a desenvolver competências.

Um estudo desenvolvido com o objetivo de determinar do perfil de competência ideal do Enfermeiro do Serviço de Urgência e de averiguar como se posicionam os enfermeiros que desempenham (ou desempenharam) funções no SU, em determinado perfil, identificou três fatores dominantes influenciadores de competências, a saber: decisão clínica, comunicação e liderança e organização e prestação de cuidados. A investigação conclui também que a formação específica e as habilitações académicas diferenciadas conferem maiores competências para o desempenho específico no SU, na perspetiva dos enfermeiros (Costa & Gaspar, 2017).

Já Holanda, Marra & Cunha (2014) haviam definido oito competências dos Enfermeiros que exercem funções no contexto específico do Serviço de Urgência sendo elas o desempenho dos cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para resultados e a proatividade.

Neste sentido, sabendo que as atividades profissionais na área da saúde são, por natureza, complexas, diferenciadas e imprevisíveis, quando envolvidas em contextos específicos diferenciados, impõe-se a definição de um referencial de competências com uma abordagem que ultrapassa as formas tradicionais de desenvolvimento profissional, que responderá às exigências da estratégia organizacional, das especificidades dos grupos profissionais e da resposta que se pretende que a organização dê (Gonçalves, Calheiros & Lobão, 2022).

Por outro lado, estudos demonstram que existe lacuna entre a produção de conhecimento em enfermagem e a sua translação para a prática clínica, sendo a implementação de Prática Baseada na Evidência (PBE) uma solução de resolução de tal lacuna. Definida como a tomada de decisão pelos profissionais de saúde, considerando a melhor evidência disponível, o contexto de prestação dos cuidados, as preferências da pessoa alvo dos cuidados e o juízo clínico dos próprios, a PBE tem impacto positivo nos resultados em saúde a eficiência dos serviços. Como tal advoga-se a sua implementação, considerando-se um desafio para a gestão dos serviços de saúde, tendo as lideranças um papel fundamental em tal processo. Seja a liderança assumida por um indivíduo que assume um cargo de chefia e tem responsabilidades inerentes – liderança formal; seja por pessoa que, independentemente da sua função, assume papel ativo na contribuição para os objetivos da organização – liderança informal. É relevante que o líder atue na orientação dos enfermeiros para a PBE e na identificação das necessidades de desenvolvimento das competências dos mesmos, adequando o diagnóstico de necessidade de formação nesta área e da adoção de estratégias a nível organizacional (Santos, Cardoso, Cardoso, Duque, Fernandes, Sousa & Amaral, 2024)

Categoria 3. Área temática. Gestão da comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência.

É unanime a valorização do envolvimento da família e da prestação de informação à mesma relativamente ao estado do doente admitido no Serviço de Urgência. Apenas um dos serviços onde decorreu o estágio não possuía espaço próprio dedicado ao colhimento

das famílias, assim como não existia enfermeiro dedicado com essas funções enquanto posto de trabalho.

Por outro lado, somente um dos SU possuía a descrição formal, na forma de protocolo de atuação, da tipologia de informação a fornecer pelos enfermeiros à família, e dos procedimentos a seguir.

Em alguns dos SU existia a dúvida se faria sentido registar no processo do doente o ato de disponibilização de informação à família. Em alternativa, um dos serviços desenvolveu um sistema informático redundante no qual é registado a quem se deu informação, constituído registo que tal se fez, e eventualmente a informação específica prestada.

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

Com efeito, se por um lado existe a evidência que o principal motivo de reclamação dos Serviços de Urgência no mundo é o tempo de espera (GPT, 2013), por outro os estudos demonstram que os doentes estão pouco satisfeitos com o acolhimento por parte dos enfermeiros (Cruz, Gomes & Parreira, 2017; Gurrutxaga, 2018; Veríssimo, 2018). Em concordância, Roseira (2022) refere que frequentemente ouvimos a expressão “o doente no centro do sistema”, mas raramente verificamos a plena prossecução de tal imperativo ético. A evidência demonstra que nos diversos contextos da prática clínica, a comunicação é indissociável da prática do cuidar profissionalizado, dando corpo à relação entre o enfermeiro o doente e família, fundamental para a qualidade na prestação de cuidados de saúde (Paiva, Sousa & Frederico, 2022).

É reconhecido que os enfermeiros possuem competências para avaliar e intervir face às necessidades da família (Shajani & Snell, 2019, citados por Sá & Velez, 2021), e assim, sendo os profissionais de saúde com presença mais assídua junto das famílias no contexto do Serviço de Urgência, tal abre a possibilidade de uma intervenção diferenciada (Sá & Velez, 2021).

E os enfermeiros reconhecem essa necessidade de intervenção. De facto, um estudo realizado a nível nacional, verificou que em diferentes contextos de cuidados, inclusive no SU, os enfermeiros atribuem níveis elevados de importância à família envolvida nos cuidados de enfermagem (Fernandes et al., 2015).

Porém, incluir a família como parte integrante da humanização do cuidado de enfermagem não se constitui apenas como um alargar da esfera de cuidado à pessoa

doente, mas sim um olhar direcionado para a família como parte integrante dessa mesma pessoa, mas foco específico do cuidado de enfermagem, justificando atenção e cuidado dirigido (Sá & Velez, 2021).

Em Portugal, a presença da família no SU foi formalizada através da Lei n.º 33/2009, que regulamenta o direito de acompanhamento dos utentes do Serviço de Urgência, sendo que tal requer a criação de condições estruturais, mas não só, para a família exercer o seu direito de acompanhamento (DR, 2009).

Existe evidência na literatura que comunicação do profissional de saúde com a família da pessoa doente, em particular por parte dos enfermeiros, é muitas vezes informal, desorganizada e variável, existindo interrupções frequentes, e ocorre em condições físicas nem sempre adequadas o que prejudica a eficácia da comunicação (Paiva, Sousa & Frederico, 2022).

Porém, reconhece-se que família do doente admitido no Serviço de Urgência experimenta um enorme sofrimento, que é na sua natureza diferente do da própria pessoa doente, como tal a família encontra-se numa situação de grande vulnerabilidade com clara necessidade de intervenções terapêuticas de enfermagem, (Sá & Velez, 2021).

Pelo exposto fica claro a necessidade dos enfermeiros ultrapassarem as barreiras organizacionais e culturais dos Serviço de Urgência, assim como adquirirem e consolidarem competências, com vista a prestarem maior atenção à dimensão da comunicação dos cuidados, não só à pessoas doente como à sua família, desenvolvendo estratégias diferenciadas para cada uma dessas esferas do cuidar- a pessoa e a família.

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

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

4. CONCLUSÕES DA INVESTIGAÇÃO

De acordo com Oliveira (2016), a relação entre as necessidades, expectativas dos utentes e a prestação de cuidados, é um desafio e indicador pertinente de qualidade. Com efeito, a qualidade de prestação dos cuidados, nos serviços de saúde, e a importância de se ir ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes, são reconhecidas como necessidades dos próprios serviços.

É unânime a importância de se realizar a monitorização da satisfação dos utentes, enquanto fator contribuinte para a avaliação das instituições prestadoras de cuidados de saúde, de modo que tais dados possam contribuir para o planeamento e estabelecimento de estratégias, que permitam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar. Neste sentido, a atuação dos profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, deve ir, inequivocamente, ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes (Pais, Veiga-Branco & Magalhães, 2023).

Por outro lado, reconhece-se que todos os processos devem ser continuamente analisados e planeados, ter as suas modificações e melhorias implementadas e controladas, e os resultados avaliados de forma cíclica e constante (CHUC, 2017).

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

Em concordância, a Ordem dos Enfermeiros reafirma a obrigatoriedade da existência de práticas profissionais de excelência a construção de ambientes favoráveis ao exercício profissional e a busca da qualidade (OE, 2014). Sendo que a qualidade exige reflexão sobre a prática, estando os enfermeiros capacitados para refletir sobre os cuidados prestados, definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir (OE, 2002).

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

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

A tomada de decisão é uma habilidade fundamental para o exercício da profissão de enfermagem, sendo que a complexidade deste processo exige a capacidade para atendermos às necessidades dos utentes onde não poderá ser esquecida a Prática Baseada na Evidência. Tomar decisões complexas e de forma autónoma, enriquece o valor da profissão de enfermagem. É importante que os enfermeiros percebam o que será necessário realizar num determinado momento, no contexto da prática, independentemente das prescrições, relacionando-se igualmente com a compreensão da situação, a capacidade de decisão e a sua preparação em agir, com vista ao interesse e segurança do doente. Tal circunstância poderá ser partilhada pelos pares, defendendo-se que os enfermeiros deveriam reunir-se regularmente a fim de refletir sobre o ambiente de trabalho e sugerir novas direções para a organização (Lourenço, Gonçalves, Sequeira, melo & Gouveia, 2022).

Estudos demonstram, que, comparativamente a outros profissionais de saúde em contexto hospitalar, os enfermeiros poderão ser aqueles que fornecem informação mais concreta sobre os atributos organizacionais das unidades hospitalares, tal se deve ao seu amplo campo de atuação que os coloca em contacto com a maioria dos fatores organizacionais, potenciando um maior envolvimento direto na tomada de decisão (Guerra, Martins, Santos, Bernardino & Pais, 2019).

Assim, a principal conclusão que retiramos da investigação realizada é que, não obstante a significativa produção de bibliografia sobre o tema, na qual é elencada significativo manancial de atitudes profissionais que os enfermeiros podem assumir e soluções organizacionais e de gestão para as ineficiências dos Serviços de Urgência, e mesmo para melhorar alguns processos que se reconhece serem adequados, parece haver défice de iniciativa por parte dos enfermeiros para mobilizar o conhecimento disponível e aplicá-lo nos seus contextos de prática.

Efetivamente, para o contexto geral dos serviços onde decorreu a investigação, encontrou-se reduzida evidência de projetos de melhoria de iniciativa dos enfermeiros, nos aspetos versados no estudo.

A exceção prende-se com a valorização e mobilização dos recursos disponíveis para com o acompanhamento das famílias e prestação de informação sobre o doente admitido no Serviço de Urgência.

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

Neste sentido a DGS (2016) estabeleceu um processo de certificação que assume o pressuposto, que lhe serve de ponto de partida, de que existe potencial de melhoria nos Serviços de Saúde. No modelo metodológico escolhido dá-se particular ênfase para a autoavaliação, convidando os profissionais de saúde a analisar as definições dos standards e o seu propósito, avaliando o seu impacto para a organização e para os processos em que estão envolvidos e refletir sobre eles. Devendo interrogar-se, por exemplo, sobre: *“O que estamos a fazer?”* e *“Que resultados obtemos?”*, para, nessa reflexão suportada pelos referencias, se chegar à resposta da questão de fundo - *“Como os podemos melhorar?”*.

PARTE IV – ATIVIDADE REFLEXIVA

1. REFLEXÃO INDIVIDUAL

Acreditamos que mais do que afastar as pessoas dos Serviços de Urgência, com vista à melhoria da sua eficiência, poder-se-ia adotar um conjunto de estratégias com o objetivo de dar resposta às reais e atuais necessidades e expectativas das pessoas, seja na resolução de problemas de saúde imediatos, agudos ou não, seja na educação para a saúde, com incremento da literacia em saúde e conseqüente melhoria dos condicionantes de saúde e racionalização da utilização dos serviços de saúde.

Essa não será a missão para que os SU foram pensados, dirão a maioria dos profissionais e especialistas, no entanto é inegável que as estratégias implementadas até ao momento não tiveram os resultados que se lhes atribuía ou esperava.

Com efeito “...cada sistema está perfeitamente desenhado para obter os resultados que obtém...” (Berwick citado por Fragata, 2011, p. 240), ou visto noutra perspetiva se se estiver preso à certeza de que “...assim está bem porque sempre foi assim que fizemos as coisas por aqui...”, nunca se obterão resultados diferentes dos que obtém atualmente (Fragata, 2011, p. 240).

Frequentemente o fator determinante na resolução dos problemas de ineficiência dos Serviços de Urgência resulta da capacidade dos diferentes elementos que compõem a equipa multidisciplinar trabalharem em equipa, mobilizando as competências individuais e específicas dos diferentes grupos profissionais, conjugadamente, para dar resposta aos diversos constrangimentos de funcionamento dos SU. Deste modo é crucial fomentar o desenvolvimento de parcerias interdisciplinares com vista à otimização dos processos de trabalho próprios das dinâmicas de elevada complexidade presentes nos Serviços de Urgência. Processos de melhoria da qualidade da comunicação interna, conjugado com a participação conjunta em ações de formação, parecem contribuir fortemente para o desenvolvimento do trabalho em equipa que se impõe que exista.

Como tal, advoga-se o incremento da participação dos enfermeiros nos processos de governação dos serviços de saúde em particular no que aos Serviços de Urgência diz respeito pelo seu potencial de acrescentar valor à prestação de cuidados. Acreditamos que tal não aconteça na medida adequada, porventura, por défice de iniciativa dos próprios enfermeiros.

Dadas as reais condicionantes que motivam o acesso das pessoas aos cuidados de saúde e, em particular, a forma como o fazem, nomeadamente o uso dos Serviços de Urgência como contacto primordial com os mesmos, considerando alguns autores que o SU é efetivamente um ponto de contacto fundamental entre os serviços de saúde e as comunidades, interessa passar a entender hospitais, nomeadamente os serviços de urgência, como nós basilares de um todo coerente, necessariamente abrangente e holístico, garantindo a coordenação e convergência de objetivos com foco nos interesses e necessidades dos utentes (Bernardino, 2021). Não podemos mais considerar o hospital como uma entidade passiva, a aguardar por doentes agudos, mas sim vê-lo como uma entidade que presta cuidados a uma comunidade e é responsável pela saúde dessa população (Lourenço 2021).

Neste sentido, o modelo de organização que sustenta as Unidades Locais de Saúde (ULS), recentemente generalizado, poderá constituir um meio de alcançar essa ligação entre níveis de cuidados de saúde com mais efetividade. Porém, estudos demonstram que os projetos piloto já implementados não tiveram os resultados esperados, não tendo existido melhorias significativas nos indicadores de saúde das populações, da organização dos serviços ou da satisfação dos profissionais.

Efetivamente, um estudo realizado por Cruz, Escanciano, Marcos & Pimentel (2022), que visava o modelo organizacional e os potenciais ganhos económicos e em saúde das ULS, avaliou os dados e a sua evolução, relativos ao número total de internamentos, tempo médio de estadia em internamento e número total de urgências realizadas. Concluiu-se que todas as ULS em estudo, no período em análise, registam um decréscimo no número de internamentos, aumentaram o tempo médio de internamento, e aumentaram os episódios de urgência, constatando-se, assim, que não existiu um aumento da eficiência prevista e preconizada no modelo das ULS.

O estudo revela, pela análise dos resultados da ACSS e da ERS, e que incidiram em quatro dimensões: acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados, a eficiência produtiva e desempenho económico-financeiro, que parece haver evidência que o modelo organizativo em ULS não teve os ganhos que teoricamente tal modelo de governação tem potencial de produzir para o SNS (Cruz, Escanciano, Marcos & Pimentel, 2022).

Como tal, não basta as alterações nos regulamento e nomenclatura, será necessário fazer uso das ferramentas que tal modelo organizacional contém e promove, nomeadamente, através da partilha de informação relevante e em tempo útil relativa ao estado de saúde

da pessoa doente permitindo a ação integrada dos diferentes níveis de cuidados, com vista à melhoria do seu estado de saúde, incluído a sua família ou cuidadores, no processo.

A título de exemplo, refira-se o caso de um doente que sai do Serviço de Urgência com o seu problema agudo resolvido, mas com um aumento de grau de défice de autocuidados, portanto com maior dependência na satisfação das suas necessidades. A comunicação entre os profissionais dos SU com a família/cuidadores em primeira instância, preparando-os para receber a pessoa doente, prestando-lhes as informações adequadas, instruindo quando necessário, a par com a comunicação com os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários da comunidade em que a pessoa doente está inserida, e que farão o seguimento da situação, constituirá uma ação de baixo custo, porém com significativo impacto no evoluir da situação de saúde da pessoa.

Outra forma de utilizar as oportunidades criadas pelas ULS será a mobilização de profissionais com vista a resolver parte dos constrangimentos de recursos humanos. Ora se se recomenda que alguns doentes que recorrem ao Serviço de Urgência devam ser encaminhados para os CSP (verdes e azuis na triagem do SU), porque não trazer ao hospital os médicos de Medicina Geral e Familiar, nas devidas condições compensatórias, de desenvolvimento de competências, adequando a utilização das estruturas físicas do SU – será porventura mais eficiente mobilizar alguns profissionais para o SU do que muitos doentes para os CSP. Em particular nas respostas às comunidades dos grandes aglomerados populacionais, considerando a concentração da população portuguesa numa pequena porção do território nacional que se pode representar por um retângulo imaginário situado à beira-mar entre Braga e Setúbal.

Uma medida mais dispendiosa, e mais difícil de implementar, ainda assim com ganhos eventuais, tendo também em conta, em sentido oposto ao ponto anterior, a dispersão populacional em Portugal, seria a extensão dos serviços hospitalares a instalações dos outros níveis de cuidados, designadamente os CSP, na área de intervenção das Unidades Locais de Saúde, nomeadamente a capacidade de realizar exames complementares de diagnóstico simples, como análises, ECG e RX, assim como dotar estas unidades de profissionais com o know-how e o à-vontade suficiente para dar de facto resposta cabal às solicitações, nomeadamente médicos e enfermeiros com experiência de Serviço de Urgência hospitalar e/ou especialistas hospitalares.

Estudos sugerem que existe a necessidade de uma maior integração e interligação entre os profissionais dos vários níveis de cuidados, tendente a um melhor acompanhamento e monitorização do estado da saúde dos seus utentes, com o objetivo de potenciar os

benefícios aportados pela integração dos dois níveis de cuidados de saúde que o modelo das ULS representa (Cruz, Escanciano, Marcos & Pimentel, 2022).

Assim, defende-se um caminho da cidadania em saúde, com investimento na evolução da saúde prescrita para a decisão partilhada, passando pelo acesso à informação e pela promoção da literacia em saúde, e mudanças nas profissões da saúde, no sentido de convergirem para a democratização da saúde, na medida em que contribuem para reconfigurar as organizações de saúde, de forma a aproximá-las dos interesses e das aspirações das pessoas.

O grande desafio que se coloca às organizações de saúde é o de se adaptarem às alterações da envolvente externa, às novas expectativas dos doentes, mais informados e mais exigentes, sem com isso comprometerem a função de coesão social que desempenham numa sociedade democrática, mas ainda muito desigual, do século XXI.

A Organização Mundial da Saúde, o Observatório Europeu da Saúde e outras instâncias internacionais, suportados por inúmeros estudos académicos sobre o tema, apontam para a necessidade de uma mudança de paradigma na organização dos cuidados de saúde, alicerçada nos seguintes pilares: Integração entre os vários níveis de cuidados; Cuidados de proximidade e de continuidade; Cuidados centrados numa visão holística das necessidades das pessoas com o seu envolvimento como parceiras; Cuidados articulados com respostas sociais e da comunidade.

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

Defende-se que é tempo de investir num modelo que abandone o foco nos custos e no orçamento e que se afirme o enfoque no valor para o doente, é necessário garantir a redução de custos, mas sendo esta última entendida como a minimização do desperdício. Advoga-se o incremento do alinhamento entre os profissionais e a organização com atenção a três áreas chave – a melhoria do processo de cuidar, a redução de custos e o aumento da qualidade na prestação de cuidados (Ribeiro, 2022).

A análise e melhoria dos processos, pelas pessoas, poderá dar origem a alterações importantes dos sistemas. Em alternativa ao paradigma vigente, defende-se uma visão em que o Serviço de Urgência, coração do hospital por onde circulam grande parte dos doentes e profissionais, possa ser motor de mudança.

CONCLUSÃO

A excelência dos cuidados exige um grande compromisso de dedicação. Este é um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento, que é construído diariamente ao longo de todo um percurso, mas também com passos maiores em momentos específicos. Os objetivos, atividades e estratégias delineadas não foram estanques, estando sujeitas a alterações no decorrer do estágio, sempre que surgiram outros objetivos que melhor servissem o objetivo supremo de desenvolver e adquirir as Competências Acrescidas Avançadas em Gestão tal como definidas pela Ordem dos Enfermeiros, (2018). Acreditando que num processo de aprendizagem há sempre uma partilha de conhecimentos e experiência, julgamos ter conseguido adotar uma atitude proactiva que nos permitiu tirar o maior proveito possível de todos os momentos de aprendizagem e, humildemente, esperamos também ter deixado um contributo positivo nas unidades.

Como referido anteriormente, as práticas refletem o conhecimento partilhado da organização e tendem a ser aceites pelos indivíduos que a constituem como a forma adequada de realizar determinadas tarefas com base num conjunto de regras. A transferência de práticas organizacionais é baseada na difusão de um conjunto de regras e valores. Assim, as organizações não aprendem apenas por experiência direta mas também da experiência de outras. É nossa expectativa e anseio que os conhecimentos coligidos possam servir para a partilha de boas práticas entre as instituições e os Serviços de Urgência em particular.

Promover a divulgação das boas práticas de projetos específicos nos diferentes contextos, dada a similitude de problemáticas, consideramos ser uma contribuição relevante para futuros projetos de melhoria na área da saúde.

Entendemos que esta investigação, elaborada sob a Metodologia de Estágio com Relatório Final, que, sendo fundamentada em adequado enquadramento teórico e metodológico, lhe atribui características e valor científico (Sousa & Baptista, 2014), e tratando-se de um trabalho original e especialmente realizado para este fim, responde aos requisitos para obtenção do Grau de Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (2015). Recomendações Técnicas para Serviços de Urgência. Lisboa: Ministério da Saúde.
http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) (2019). Recomendações Técnicas para a Sala de Emergência. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em:
http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf

Almeida, Helena (2004). A excelência do exercício: perspectiva do conselho de enfermagem. V Seminário de Ética. nº 15 .p. 35-38.

Alsabri, M. et al. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*. 18(1), 351-356.

Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Edições 70

Berchet, C. (2015), "Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand", *OECD Health Working Papers*, No. 83, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>

Bernardino, M. (2021). Gestão em Saúde. (Reimpressão) Edições Almedina, SA.

Bittencourt, R. J. & Hortale, V. A. (2009) Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000700002&script=sci_abstract&tlng=pt

Brazão, M., Nóbrega, S., Bebiano, G., & Carvalho, E. (2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23, 8–14. http://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n3_2016_08_14.

Combs S, Chapman R, Bushby A. Evaluation of Fast Track. *Accid Emerg Nurs*. 2007 Jan;15(1):40-7. doi: [10.1016/j.aen.2006.07.006](https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.07.006). Epub 2006 Dec 4. PMID: [17142043](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17142043/)

Combs S, Chapman R, Bushby A. Fast Track: one hospital's journey. *Accid Emerg Nurs*. 2006 Oct;14(4):197-203. doi: [10.1016/j.aen.2006.07.004](https://doi.org/10.1016/j.aen.2006.07.004). Epub 2006 Sep 29. PMID: [17011191](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17011191/).

Costa, A., & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. In M. A. Dixe, P. M. Sousa & P. J. Gaspar (Coords.). *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica* (pp. 49-67). Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/2877>

Costa, R. M. F. M. S. (2017). Eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem num serviço de urgência. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=29895&code=489>

Coster, J. E., Turner, Janette K. Bradbury, Daniel, Cantrell, Anna (2017) Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, 24 – 9, <https://doi.org/10.1111/acem.13220>

Cruz, A. G.; Gomes, A. M. T.; Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritário e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(15), 73-82

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832017000400008&lng=pt&nrm=iso

Cruz, J. R., Escanciano, S. R., Marcos, A. B., & Pimentel, M. H. (2022). Unidade local de saúde: um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21061. <https://doi.org/10.12707/RV21061>

Dias, M. F. P. B. (2006). Construção e Validação de um inventário de Competências – Contributos para a definição de um perfil de competências do do Enfermeiro com o Grau de Licenciado. *Lusociência – edições técnicas e científicas*.

Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (2007). *Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência*. Lisboa: Ministério da Saúde.

<http://www2.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/9ee5addf-4cc1-41b9-bc00-d368fa074329/0/recomendacoesorgespurgencia.pdf>

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

Direção Geral de Saúde (2016). Norma N.º: 010/2016 – Via Verde Sepsis do Adulto. <http://nocs.pt/via-verde-sepsis/>

Direção Geral de Saúde (2016). Norma N.º: 015/2017– Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. <http://nocs.pt/via-verde-do-acidente-vascular-cerebral-no-adulto/>

Direção Geral de Saúde, (2016). *Manual de Standards – Unidades de Urgência Emergência*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidadesaude/ficheirosanexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx

Direção Geral de Saúde (2018). Norma N.º: 002/2018 - Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

Diário da República (2009) Lei n.º 33/2009. Diário da República n.º 134/2009, Série I de 2009-07-14, páginas 4467 - 4467

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

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

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

Dixe, M. A. C. R., Passadouro R., Peralta T., Ferreira C., Lourenço G., Sousa P. M. L. (2018). Determinantes do acesso ao serviço de urgência por utentes não urgentes. Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 16 - JAN./FEV./MAR. 2018. <https://doi.org/10.12707/RIV17095>

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2023). Guia Orientador da Unidade Curricular de Estágio com Relatório Final, Xº Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados.

Fernandes, C. S., Gomes, J. A., Martins, M. M., Gomes, B. P., & Gonçalves, L. H. (2015). A importância das famílias nos cuidados de enfermagem: Atitudes dos enfermeiros em meio hospitalar. Revista de Enfermagem Referência, 4(7), 21-30. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15007>

Fernandes, J. & Vareta, D. (2019) Enfermagem Avançada. Editora Papa-Letras.

Fortin, M. F. (1999). O processo de Investigação: da concepção à realização. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Frederico, M. & Helena, D. (2022). A organização e as pessoas a voz dos profissionais. In Frederico, M & Sousa, F. Coordenação, (2022). Gerir com Qualidade em Saúde. Lidel Edições Técnicas, Lda.

Freitas, M. J., & Parreira, P. M. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: Operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. Revista de Enfermagem Referência, 3(10), 171-178. <http://doi:10.12707/RIII12125>

Ferreira, M. T., Fernandes, J. F., Jesus, R. A., & Araújo, I. M. (2020). Abordagem na sala de emergência: dotação adequada de recursos de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, 5(1). <https://doi:10.12707/RIV19086>

Fradique, M. J. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000200006&lng=pt&nrm=i

Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O erro em Medicina – Perspetivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. (Reimpressão da 1ª ed.). Edições Almedina, S. A.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes – Uma abordagem prática*. Lidel Edições Técnicas, Lda.

Gonçalves, J. F. C. (2018) *A sobrelotação no serviço de urgência: estratégias de redução pela metodologia Delphi*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria: <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3530>

Grupo Português de Triage. (2009). *Triage no serviço de urgência - Manual do formando* (2ª ed.). BMJ Publishing group.

Grupo Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem / CHUC - SIDE (2017). *Tomada de Decisão em Enfermagem no CHUC – O percurso da mudança*. Editor - Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar (2011). *A Rede Nacional de Urgência e Emergência – Reflexões no contexto da Reforma Hospitalar em 2011*. Despacho n' 10601/2001, de 16 de Agosto. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>

Gurrutxaga, M. I. U. (2018). Responsibility in nursing care: placing the patient at the center. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 161-168.
https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=1563&codigo

≡

Gomes, J., Tinoco, C., Almeida, C., Ribeiro, L. P., Queirós, C., & Neves, H. (2023). Intervenções de enfermagem no serviço de urgência: Perspetivas dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e23.36.29896.
<https://doi.org/10.12707/RVI23.36.29896>

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A. & Pais, A. (2019) *Ambiente da Prática em Enfermagem e Qualidade dos Cuidados*. *Gestão E Desenvolvimento*, <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.380>

Guerra, M. S., Jesus, Élvio H., & Araújo, B. R. (2022). Liderança e governação hospitalar: promoção da qualidade de cuidados num país envelhecido. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 255-266.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11328>

Guerra, M., Jesus, Élvio, & Araújo, B. (2021). Liderança e participação do enfermeiro na governação hospitalar: impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados –

protocolo de scoping review. *Gestão E Desenvolvimento*, (29), 423-438.
<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10211>

Haro, F. A.; Serafim, J.; Cobra, J.; Faria, L.; Roque, M. I.; Ramos, M.; Carvalho, P. & Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais – Guia Prático do Estudante*. Practor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Hawking, Stephen W. (1988) *Breve História do Tempo – do Big Bang aos Buracos Negros*. Gradiva – Publicações, Lda.

Holanda, F. L., Marra Castagnari, C., & Olm Cunha, I. C. K. (2014). Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373–379. <http://doi.org/10.1590/1982-0194201400062>

Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021: Resultados definitivos: Portugal*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=586659861&att_display=n&att_download=y

Jesus, E., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13. https://www.researchgate.net/publication/289537196_Estudo_RN4Cast_em_Portugal_a_mmbientes_de_pratica_de_enfermagem

Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2),63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>

Lei nº 58/2019, de 8 de agosto. Tratamento de dados pessoais e livre circulação desses dados. *Diário da República nº 151/2019 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa. <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Magalhães, Teresa, (2021). *Transformação Digital na Saúde – Contributos para a Mudança*. Edições Almedina, S. A.

Manchester Triage Group (2014) - *Emergency Triage: Manchester Triage Group, Third Edition*. Edited by Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden and Jill Windle.© 2014 John Wiley & Sons, Ltd. Published 2014 by John Wiley & Sons, Ltd.

Marietto, M. L. (2018). Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. *Revista Ibero Americana de Estratégia*, vol. 17, (4), pp. 05-18. <https://www.redalyc.org/journal/3312/331259758002/html/>

Marques, S. (2022) *A Comunicação no Contexto Organizacional*. In Frederico, M & Sousa, F. Coordenação, (2022). *Gerir com Qualidade em Saúde*. Lidel Edições Técnicas, Lda.

Ministério da Saúde (2019), Relatório do Grupo de Trabalho - Serviços de Urgência. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/11/29/servicos-de-urgencia/>

Nayeem A, Hinchcliffe M, Gumbs K. ED Assembly: Introducing a Simple Method of Bringing Emergency Department Staff Together to Facilitate Improvement; A Report of a Real Experience. *Adv J Emerg Med.* 2019 Jul 28;3(4):e36. doi: [10.22114/ajem.v0i0.212](https://doi.org/10.22114/ajem.v0i0.212). PMID: 31633091; PMCID: PMC6789072.

Nunes, L. (2017). Para uma Epistemologia de Enfermagem. Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda.

Nunes. R. A. P. (2021) Perceção dos enfermeiros das suas competências na otimização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência – estudo de caso. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/6713>

OECD (2023), "Number of visits to emergency departments per 100 population, 2011, 2019 and 2021", in *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/fcfcf4f-en>.

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Oliveira, F. J. (2016). Satisfação dos utentes com a experiência hospitalar [Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/21248>

Oliveira, A. (2008). Hiperutilizadores e urgência. *Acta Med Port* 2008; 21: 553-558 <file:///C:/Users/Cons/Downloads/823-1376-1-PB.pdf>

Oliveira, A. (2006). Urgência Básica. *Acta Med Port* 2006; 19: 269-273 https://www.researchgate.net/publication/6477429_Basic_emergency

Oliveira, L. M. N., & Queirós, P. (2015). Tradução , Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para a População. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 77–89.

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 76/2018 Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018). Diário da república, 2ª série, n.º 21 de 30 de janeiro de 2018. Lisboa Portugal <https://dre.tretas.org/dre/3230190/regulamento-76-2018-de-30-de-janeiro>

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

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

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

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

Ortíz-Barrios, Miguel Angel, and Juan-José Alfaro-Saíz. 2020. "Methodological Approaches to Support Process Improvement in Emergency Departments: A Systematic Review" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 8: 2664. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082664>

Pacheco, Maria Susana (2011). Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem: uma teoria explicativa. Universidade Católica Portuguesa..

Pais, T. M., Veiga-Branco, M. A., & Magalhães, C. P. (2023). Perceção de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem numa urgência médico-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22037.
<https://doi.org/10.12707/RVI22037>

Paiva, I., Sousa, F. & Frederico, M. (2022). Gestão da Comunicação com a Família da Pessoa Internada. . In Frederico, M & Sousa, F. Coordenação, (2022). *Gerir com Qualidade em Saúde*. Lidel Edições Técnicas, Lda.

Pereira, A., Corredoura, A. S., Garrido, A. S., Marques, A., Próspero, F., Sousa, F., Penedo, J., Machado, H., Alexandre, J., Pimentel, R., Gomes, S., & Cruz, D. (2019). Relatório grupo trabalho: Serviços de urgências. Grupo de Trabalho Serviço de Urgência. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO--GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>

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

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

Reis, Rui Lopes dos, Delgado, Manuel, (2024). *Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde*. Edições Sílabo, Lda.

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

Ribeiro, O.; Martins, M. M. F. P. S.; Tronchin, D. M. R. & Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48.

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000400005&lng=pt&nrm=iso

Ribeiro, R. S., (2022) *Gestão Hospitalar Baseada em Valor no Serviço Nacional de Saúde – Concretização do Imperativo Ético do Doente*. Petrony Editora.

Ruivo A., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos, 15.

http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Rodrigues, D. & Correia, J. A. (2021). *Cuidados de Saúde de Proximidade – Um Roteiro Para a Humanização e Integração*. Edições Almedina, SA.

Sá, F. L., & Velez, M. A. (2021). O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21007.

<https://doi.org/10.12707/RV21007>

Santos, D., Cardoso, D., Cardoso, A. F., Duque, F. M. ., Fernandes, B. ., Sousa, R. C. ., & Amaral, A. F. . (2024). A percepção de líderes formais de enfermagem sobre a prática baseada na evidência. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3), 1–8.

<https://doi.org/10.12707/RVI23.90.32426>

Santos, E. & Fernandes, A. (2004). *Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão estruturada*. *Revista de Enfermagem Referência*, (11), 59-62.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_a_rtigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10

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

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

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

Silva, S. M. F. M. da (2017). *Eficiência operacional no serviço de urgência do Hospital de Cascais: caso pedagógico* [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/16274>

Simonet D. (2009). Cost reduction strategies for emergency services: insurance role, practice changes and patients accountability. *Health Care Anal.* 2009 Mar;17(1):1-19. [doi: 10.1007/s10728-008-0081-0](https://doi.org/10.1007/s10728-008-0081-0). Epub 2008 Feb 28. PMID: 18306043.

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

Veríssimo, O. M. T. (2018). O nível de satisfação das pessoas com a abordagem dos enfermeiros no processo de triagem e fatores que o influenciam (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=57753&code=297>

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

APÊNDICES

APÊNDICE I - Quadro Resumo das atividades realizadas no Estágio nos vários contextos

Apêndice I

Quadro Resumo das atividades realizadas no Estágio nos vários contextos

- Apresentação ao Enfermeiro Chefe;
- Apresentação à equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar;
- Visita guiada ao Serviço e serviços com relação direta;
- Recolha de informação sobre a organização e funcionamento do Serviço;
- Recolha de informação sobre a constituição e distribuição da equipa multidisciplinar;
- Recolha de informação sobre a constituição e distribuição da equipa de enfermagem (dotações, distribuição de enfermeiros por turno e horários praticados);
- Identificação e compreensão da metodologia de trabalho instituído;
- Recolha de informação sobre os sistemas de informação utilizados;
- Compreensão dos registos de acordo com a metodologia e sistema do serviço;
- Compreensão sobre a articulação e canais de comunicação utilizados dentro da equipa de enfermagem e entre as equipas multidisciplinares;
- Compreensão da articulação com serviços de suporte (farmácia, armazém, laboratórios, serviço de imagiologia, serviço social, serviço de alimentação), com os serviços de internamento e outros serviços intra-hospitalares, bem como outras instituições (centros de saúde, hospitais de proveniência e retorno dos doentes, unidades de cuidados continuados);
- Identificação do método de gestão dos recursos materiais existentes e compreensão do seu funcionamento;
- Perceção do papel do enfermeiro em funções de gestão na equipa multidisciplinar, na gestão da unidade e na prestação de cuidados;
- Determinação de prioridades de ação e planificação de intervenção concertadas de enfermagem, sua avaliação e respetivo registo, tendo em conta os recursos disponíveis;
- Consolidação de competências em gestão, colaborando ativamente com os enfermeiros com essas funções;
- Participação na transmissão das informações e reflexão com a equipa, promovendo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados;

- Observação e acompanhamento e esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro em funções de gestão acerca das suas funções;
- Observação, acompanhamento com participação ativa e esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro coordenador no decorrer das suas funções (coordenação de equipa, gestão de cuidados, gestão de material e gestão do serviço);
- Consulta dos protocolos de serviço e do plano de integração de novos profissionais;
- Conhecimento de normas e protocolos de atuação;
- Consulta do plano de formação do serviço e participação em atividades de formação que possam ocorrer durante o estágio;
- Identificação das necessidades de formação da equipa;
- Tomada de conhecimento, compreensão e acompanhamento de projetos específicos de iniciativa da equipa de enfermagem ou sob sua gestão;
- Identificação, colaboração e promoção das estratégias implementadas para a prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde;
- Sugestão de processos de mudança organizacionais/funcionais face a lacunas detetadas;
- Pesquisa de evidência científica relevante para a prática de enfermagem no Serviço;
- Tomada de decisões com base nos princípios, valores e normas deontológicas;
- Esclarecimento de dúvidas e realização de reflexões promotoras de aprendizagem em parceria com os enfermeiros em funções de gestão e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar;
- Elaboração de um relatório de estágio.

APÊNDICE II - Resumo Metodológico do Estágio

Apêndice II

Resumo Metodológico do Estágio

Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em serviços de urgência

Enquadramento

Os Serviços de Urgência (SU) são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas. A atualidade, impôs aos SU novos desafios organizacionais e de condutas profissionais, com a necessidade imperativa de se reinventarem para encontrar soluções que dessem resposta ao fluxo de doentes no contexto da Pandemia COVID-19 e ainda assim manter a atividade assistencial normal. Para além desta nova realidade, mantém-se os velhos problemas, muitas vezes em sobrelocação e com constrangimentos relacionados com os fluxos de doentes no SU.

Objetivos

Analisar quatro Serviços de Urgência, com vista a descrever as suas características comparativamente aos modelos propostos pelo Ministério da Saúde, procurando encontrar as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros, que visem garantir o adequado funcionamento, designadamente a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar.

Metodologia

Descrição e análise do modo de funcionamento, soluções organizativas e condutas profissionais dos enfermeiros com base em dados recolhidos pela consulta de documentos formais institucionais, assim como por observação participativa e ainda entrevista semiestruturada aos enfermeiros gestores.

Resultados esperados

Espera-se encontrar dados que façam prova das melhores práticas nos diferentes contextos dos SU, dando resposta aos desafios de funcionamento, que possam ser replicados noutros contextos com vista ao incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos Serviços de Urgência.

Palavras-chave

Serviço de Urgência, Circuitos de Doentes, Comunicação em Urgência, Gestão da Comunicação.

APÊNDICE III - Guião da Entrevista

Apêndice III

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema- Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em serviços de urgência

Objetivos

Identificar as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em Serviços de Urgência.

Identificar os fluxos e a organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência.

Saber como se gere a comunicação no seio da equipa de enfermagem.

Saber como se gere a comunicação com a família dos doentes admitidos no serviço de urgência.

Identificar projetos de melhoria em curso ou propostos.

Participantes - Elementos da equipa dos serviços de urgência com funções de gestão, formal ou operacional

Investigador - Rui Alexandre Pires Nunes

Local - Serviços de urgência de hospitais da Região Centro

| Blocos temáticos | Objetivos | Atividades / orientação para a formulação de perguntas | Duração/ observações |
|---|---|--|-----------------------------|
| Bloco A Legitimação de entrevista | Introduzir o tema central do estudo e seus objetivos. | Apresentação de informações sobre o estudo, documento de informação ao participante e consentimento informado; Garantir de confidencialidade e anonimato; Reforçar sobre a possibilidade de interromper a entrevista; Garantir a inexistência de quaisquer consequências; negociar forma de registos de dados da entrevista. | 5 minutos |
| Bloco B Pré-Entrevista | Identificar o participante | Esclarecer dúvidas; colher dados sociodemográficos e profissionais | 10 minutos |
| Bloco C | Identificar fluxos e organização dos circuitos de doentes | Que encaminhamentos existem? | Sem tempo definido |

| | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| <p>Fluxos de doentes e organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem</p> | | <p>Quais os fluxos de doentes após a triagem? Existe retriagem? Como está organizada a distribuição dos doentes nos espaços do Serviço de Urgência (por prioridades, por especialidades, outro)? Como está organizado física e estruturalmente o serviço? Identificação do doente / maca (número de maca/placa identificativa?) Existem circuitos planeados de doentes que necessitem de realizar MCDTs?</p> | |
| <p>Bloco D</p> <p>Gestão da informação dentro da equipa de enfermagem (instruções de trabalho, procedimentos, protocolos)?</p> | <p>Identificar a forma de gestão da informação dentro da equipa de enfermagem</p> | <p>Existe Manual de Boas Práticas / Protocolos / Normas de Atuação? Existe Manual de Integração de novos elementos? Existe base documental específicas do Serviço de Urgência? Está definido algum perfil de competências? Plano de Formação anual com quantas horas / ações? Existe enfermeiro responsáveis pela formação em serviço? Existe enfermeiro responsável pela atualização permanente com base em artigos científicos / normas? Que grupos de trabalho? Qual a sua constituição? Formas de comunicação com a Equipa – Reuniões / Mail / redes sociais? Existe sinalização da formação dos enfermeiros (doutorado, mestres, especialista, licenciado)? Que melhorias estão em curso ou propostas?</p> | <p>Sem tempo definido</p> |
| <p>Bloco E</p> <p>Gestão da comunicação/relação com a família dos</p> | <p>Identificar a forma de gestão da comunicação/relação com a família dos doentes</p> | <p>Como é feita a comunicação com a família? Quem presta informações à família dos doentes?</p> | <p>Sem tempo definido</p> |

| | | | |
|--|--|--|------------|
| doentes presentes no Serviço de Urgência | | <p>Existe um enfermeiro com esta função específica?</p> <p>Existe espaço físico dedicado à comunicação/informação da família?</p> <p>Existe norma ou protocolo que oriente a comunicação com a família?</p> <p>Existe uma linha telefónica dedicada a esta função?</p> <p>Que melhorias estão em curso ou propostas?</p> | |
| Bloco F Pós-entrevista | Confirmar os dados recolhidos com o participante | Agradecer a colaboração | 10 minutos |

APÊNDICE IV - Guião de Observação

Apêndice IV

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

O presente guião de observação integra-se no estudo efetuado no âmbito do estágio com relatório final e constitui um requisito para conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados.

Tem como objetivo recolher dados que, por cruzamento com outros dados, permitam conhecer soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em serviços de urgência.

Investigador - Rui Alexandre Pires Nunes

Local - Serviços de urgência de hospitais da Região Centro

| |
|---|
| 1. Fluxos de doentes e organização dos circuitos de doentes no Serviço de Urgência, após a triagem |
| Encaminhamentos e fluxos de doentes após a triagem. Existência de retriagem |
| Organização da distribuição dos doentes nos espaços do Serviço de Urgência |
| Organização física e estrutural do serviço |
| Identificação do doente / maca (número de maca/placa identificativa) |
| Circuitos planeados de doentes que necessitem de realizar MCDTs |
| 2. Gestão da informação dentro da equipa de enfermagem |
| Manual de Boas Práticas / Protocolos / Normas de Atuação |
| Manual de Integração de novos elementos |
| Base documental específica do Serviço de Urgência |
| 3. Gestão da comunicação/relação com a família dos doentes presentes no Serviço de Urgência |
| Comunicação com a família/Informações à família dos doentes/ enfermeiro com esta função específica. |
| Espaço físico dedicado à comunicação/informação da família. Linha telefónica dedicada a esta função |
| Norma ou protocolo orientadores da comunicação com a família |

APÊNDICE V - Informação ao Participante

Apêndice V

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Rui Alexandre Pires Nunes enfermeiro no Serviço de Urgência da ULSCoimbra, EPE, e estou atualmente a frequentar o X Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização na Área de Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Encontro-me a realizar a componente de investigação de um estágio em Serviços de Urgência com o objetivo de estudar as soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais, relativamente a alguns aspetos da atividade do Serviço de Urgência.

Neste sentido, estou a solicitar-lhe a sua participação no estudo, agradecendo desde já a sua colaboração.

Assim, é pertinente esclarecer, determinados aspetos que se pretendem cumprir rigorosamente:

Procedimento: realização de uma entrevista onde lhe serão solicitadas algumas informações gerais sobre si e sobre a sua atividade profissional. A entrevista será gravada em suporte digital, transcrita para papel e posteriormente analisada pelo investigador. O uso da informação pretendida é exclusivamente para fins académicos. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita da sua entrevista. O seu nome e o nome de outras pessoas que mencione serão substituídos por um código. Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos seus resultados através de consulta pública do relatório ou contactando diretamente o investigador.

Riscos: não se prevêem danos físicos, emocionais ou colaterais potenciais. A sua participação não causará impacto na sua atividade profissional.

Benefícios: vai ter a oportunidade de refletir sobre a sua experiência como enfermeiro(a) avaliado. Pode também experimentar alguma satisfação por participar num estudo em que pode ajudar a encontrar estratégias para ajudar outros profissionais que vivam a mesma experiência os mesmos reflitam sobre a avaliação de desempenho.

Alternativas: a sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecido(a), podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine uma folha (consentimento informado), onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não ser entrevistado, recusar responder a qualquer questão ou parar a entrevista quando quiser, abandonado o estudo, o que não trará quaisquer consequências.

Confidencialidade: A confidencialidade da sua entrevista será mantida. Os registos serão cuidadosamente guardados.

Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

O enfermeiro/investigado~

Rui Nunes

APÊNDICE VI - Consentimento Informado

Apêndice VI

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que, relativamente à investigação a desenvolver pelo Enfermeiro Rui Nunes, com o título Soluções organizacionais, de gestão e condutas profissionais dos enfermeiros em Serviços de Urgência, fui informado(a) sobre o âmbito, os objetivos, o procedimento, os riscos, os benefícios, as alternativas, a garantia de confidencialidade, custos e carácter voluntário da minha participação. Compreendi as explicações que me foram fornecidas, tendo lido e percebido o documento “Informação ao Participante”. Foi-me dada oportunidade para colocar questões que julguei necessárias e aceito participar no estudo.

Assinatura do(a) participante _____

Data ___/___/___

Assinatura do enfermeiro/investigador

_____ Data ___/___/___

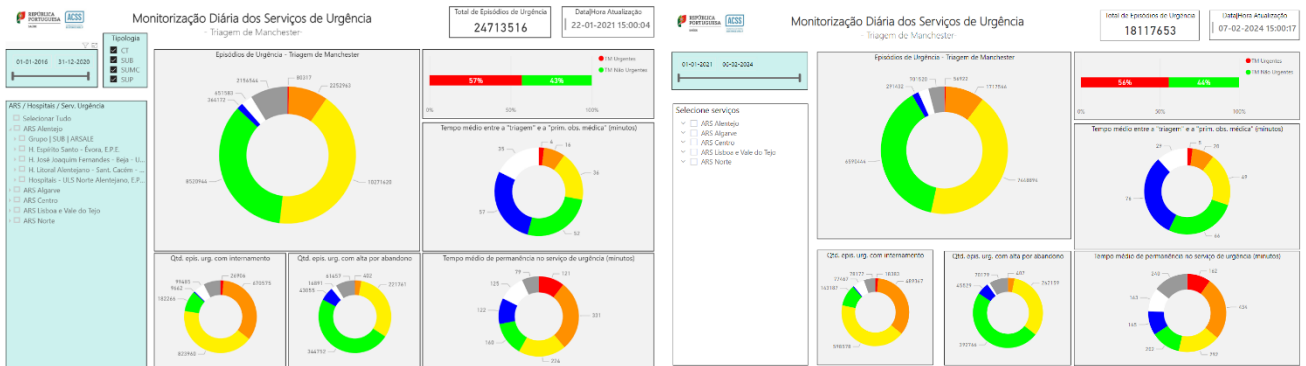
(para o investigador)

ANEXOS

ANEXO I - Imagens

Anexo I - Imagens

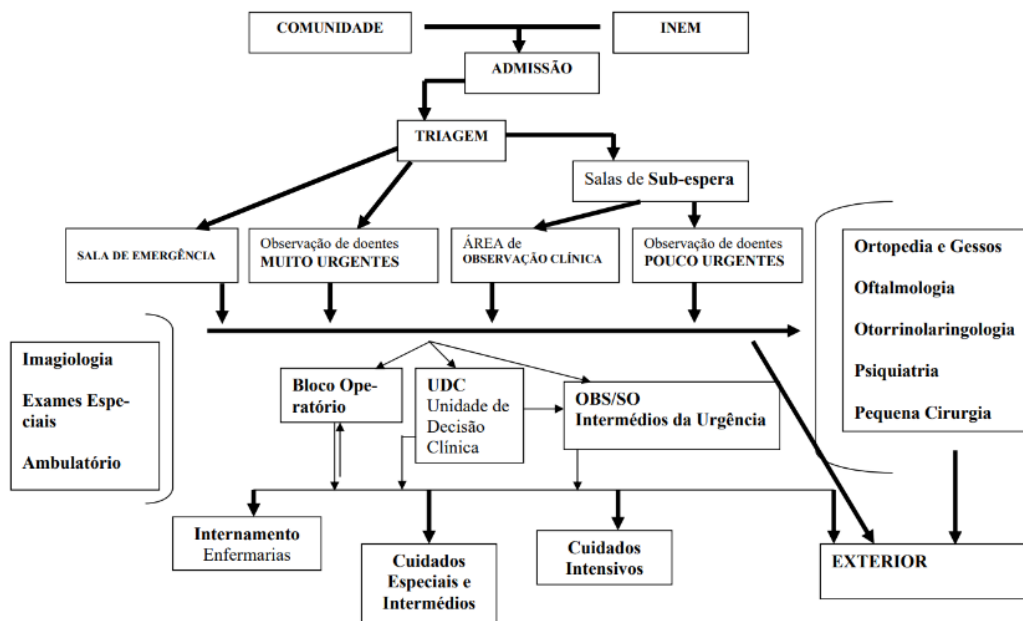
Fig. 1 - Monitorização do SNS (01/01/2016 a 31/12/2020 e 01/01/2021 a



06/02/2024)

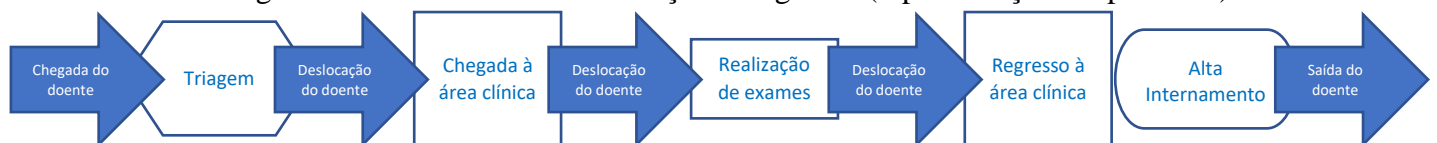
fonte: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>

Fig. 2 – Fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência



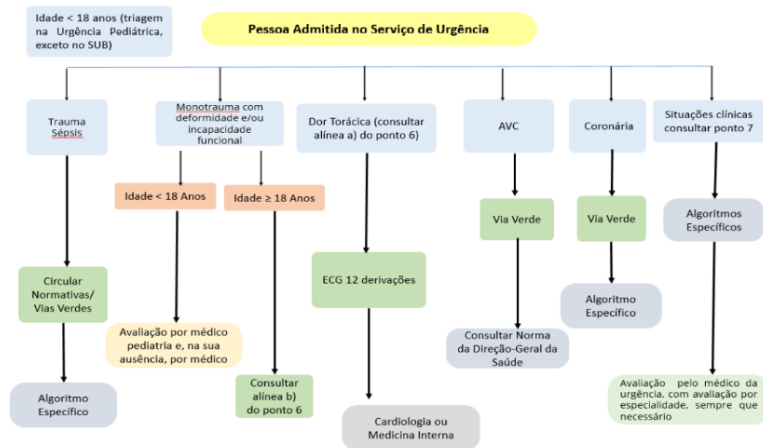
(Fonte - DGIES, 2007).

Fig. 3 - Fluxo de doentes no Serviço de Urgência (representação simplificada).



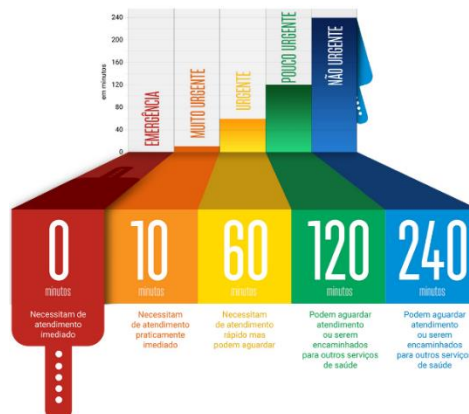
Fonte – elaboração própria

Fig. 4 – Fluxograma de encaminhamento de doentes no Serviço de Urgência.



(Fonte - DGS, 2018).

Fig. 5 – Correspondência entre cores e classes de prioridades atribuídas pela



triagem de acordo com o Protocolo de Manchester e respetivo tempo preconizado para o primeiro atendimento médico

(Fonte - GPT, 2013)

Fig. 6 - Fluxograma de movimentos de doentes entre Especialidades Médicas no

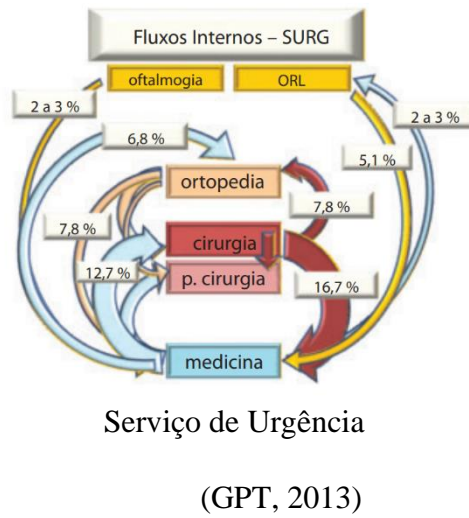
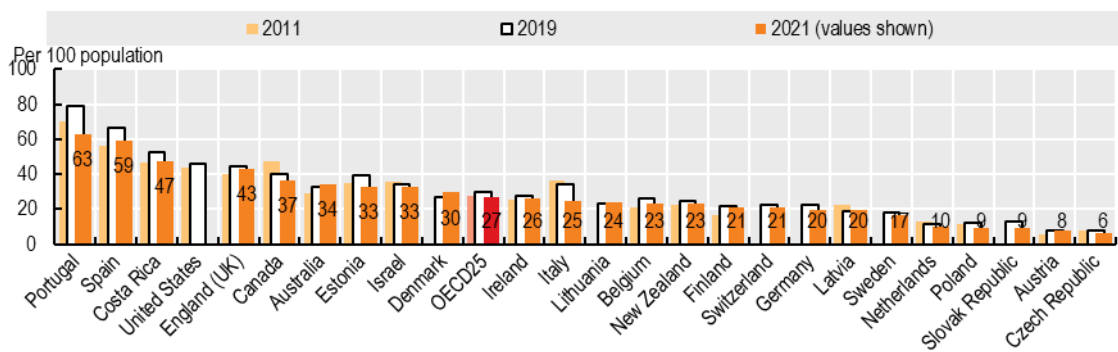


Gráfico 1 – Número de atendimentos no Serviço de Urgência por 100 habitantes, anos de 2011, 2019 e 2021.



(Fonte – OCDE, 2023).

**ANEXO II - Quadro de Competências no domínio de Gestão Regulamentadas pela
Ordem dos Enfermeiros (2018)**

Anexo II

Quadro de Competências no domínio de Gestão Regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2018)

- Desenvolvimento de uma prática profissional de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional
- Desenvolvimento de um sistema de gestão de qualidade como modelo de excelência e referência para a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde e das organizações.
- Adoção de estratégias de liderança que assegurem o desenvolvimento profissional e organizacional sendo um agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização.
- Operacionalização das funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança.
- Garantia de uma prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde.

