



POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

4º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

ATITUDES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS
PERANTE A PRESENÇA DA FAMÍLIA
NA SALA DE EMERGÊNCIA DURANTE A REANIMAÇÃO

Autor:

Carlos Alberto Barrocas Lopes

Leiria, Setembro de 2017



POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

4º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA

ATITUDES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS
PERANTE A PRESENÇA DA FAMÍLIA
NA SALA DE EMERGÊNCIA DURANTE A REANIMAÇÃO

Autor: Carlos Lopes, nº 5150003

Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica,
sob a orientação da Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe

Leiria, Setembro de 2017

Agradecimentos

É com muita satisfação que agradeço aqui a todos que me apoiaram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Doutora Maria dos Anjos Dixe, orientadora desta dissertação, pelo apoio, observações e correções efetuadas, bem como incentivo e pela imensa sabedoria que possui e ainda por toda a disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Gostaria também de agradecer às minhas colegas de mestrado, Cátia, Ana Paula e Cátia, pela interajuda, pela partilha de conhecimentos e pelo apoio e incentivo sem os quais não teria sido possível levar esta tarefa a bom porto.

A todos os enfermeiros e médicos do CHMT que se disponibilizaram para responder ao questionário e com isso possibilitaram o desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus filhos, João e Inês, pelo apoio e incentivo que me deram e por sempre acreditarem que eu seria capaz de concluir este desafio.

A todos, Muito Obrigado!

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AACN - American Association of Critical-Care Nurses

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo

DGS - Direção Geral da Saúde

DR - Diário da Republica

ENA - Emergency Nurse Association

KMO - Teste de Kaiser-Meyer-Olkin

PFDR - Presença da família durante a reanimação

RCN - Royal College of Nursing

SAV - Suporte Avançado de Vida

SE - Sala de Emergência

SIV - Suporte Imediato de Vida

SU - Serviço de Urgência

RESUMO

Introdução: A presença da família durante a reanimação é uma prática recomendada entre reguladores um pouco por todo o mundo desde 2000, como o Royal College of Nursing e a *Emergency Nurses association* que publicaram orientações acerca desta prática. Apesar desta recomendação, a presença de familiares durante a reanimação permanece polêmica entre os prestadores de cuidados de saúde.

Metodologia: Este estudo correlacional teve como principais objetivos conhecer as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação e relaciona-las com a categoria profissional, sexo, idade e número de anos de exercício profissional no Serviço de Urgência. Foram 199 enfermeiros e médicos que responderam aos instrumentos após os devidos procedimentos formais e éticos.

Resultados 164 Enfermeiros e 35 médicos, maioritariamente do sexo feminino (74,9%) com uma média de idades de $36,9 \pm 10,1$ anos sendo que apenas 2% não cuida de utentes críticos na sala de emergência. Numa amplitude de valores de 0 a 10 (concordam) obtivemos que em média não concordam com a presença da família na SE ($4,4 \pm 2,6$).

As duas subescalas construídas mostraram-se fiáveis e válidas para avaliar as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos da presença de familiares na sala de emergência durante a reanimação reafirmando que os inqueridos não apresentam uma atitude favorável à presença dos familiares durante a reanimação. Os médicos e os profissionais do sexo masculino têm atitudes menos favoráveis do que os enfermeiros sobre a presença dos familiares na sala de reanimação e os profissionais que trabalham à mais tempo e os mais velhos tem atitudes mais favoráveis face presença da família na SE durante a reanimação.

Conclusão: Com a realização deste estudo, conseguimos conhecer as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação reforçando a necessidade de sensibilizar os profissionais para esta

temática. Este estudo permitiu a construção de uma escala com duas subescalas, que poderão ser utilizadas em futuros estudos sobre esta temática.

Palavras-chave: Reanimação Cardiopulmonar, família, enfermeiros, médicos, Sala de emergência

ABSTRACT

Introduction: The presence of family during resuscitation is a practice recommended by regulators around the world since 2000, such as the Royal College of Nursing and the Emergency Nurses Association, which have published guidelines on this practice.

Despite this recommendation the presence of family during resuscitation remains controversial amongst healthcare providers.

Methodology: This correlational study had as main goals to know the position of nurses and doctors on the benefits/risks regarding the presence of family in the emergency room during resuscitation and relating them to the professional category, gender, age and number of years of professional practice in the Emergency Department. 199 nurses and doctors answered the questionnaires after due formal and ethical procedures approved.

Results: 164 nurses and 35 doctors, mostly female (74,9%) with an average age of $36,9 \pm 10,1$ years of which only 2% do not care for critical patients in the emergency room. In a value range from 0 to 10 (agree) we found that on average they do not agree with the presence of the family in the ER ($4,4 \pm 2,6$).

As secondary goals, two scales that proved to be reliable and valid to evaluate the position of nurses and doctors on the Benefits / Risks of the presence of family in the ER during resuscitation were built and validated, reaffirming that the respondents do not present a very favourable opinion on the presence of family during resuscitation. Doctors and male professionals have a less favourable opinion than nurses on the presence of family in the resuscitation room, and the professionals who have longer working experience, or are older, have a more favourable attitude towards the presence of the family in the ER during resuscitation.

Conclusion: With the accomplishment of this study, we obtained a more in-depth knowledge about the presence of family in the emergency room during resuscitation, reinforcing the need to sensitize professionals to this theme. This study allowed the construction of two scales to evaluate the position of nurses and doctors on the benefits/risks on the presence of family members in the ER during resuscitation, which could be used for future studies on this subject.

Key words: Cardiopulmonary resuscitation, family, nurses, doctors, Emergency room

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1 - FAMÍLIA	17
1.2 - ATITUDE	18
1.3 - ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS E RISCOS DA PRESENÇA DE FAMILIARES NA SALA DE EMERGENCIA DURANTE A REANIMAÇÃO	19
1.4 - ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A PFDR	26
2 - METODOLOGIA	29
2.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS	29
2.2 - HIPOTHESES	31
2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
2.4 - INSTRUMENTOS	32
2.5 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	37
2.6- TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	38
3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	40
3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	40
3.2 - CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS/ RISCOS DA PRESENÇA DE FAMILIARES NA SE DURANTE A REANIMAÇÃO	42

3.3	ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS/RISCOS RELATIVAMENTE À PRESENÇA DE FAMILIARES NA SE, DURANTE A REANIMAÇÃO	50
3.4	RELAÇÃO ENTRE AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS RISCOS/BENEFÍCIOS SOBRE A PRESENÇA NA SE DURANTE A REANIMAÇÃO E A CATEGORIA PROFISSIONAL; SEXO; IDADE E NÚMERO DE ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	54
4	- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
5	- CONCLUSÕES	64
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
	ANEXOS	
ANEXO 1	Questionário	
ANEXO 2	Despacho do CA do CHMT autorizando a realização do estudo	
ANEXO 3	Subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	
ANEXO 4	Subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição da amostra relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais (n=199)	40
TABELA 2	Distribuição da amostra pelos profissionais face a experiência de familiares assistidos na SE e opinião sobre se gostariam de ter assistido	41
TABELA 3	Grau de concordância face à presença de familiares na SE durante a reanimação	42
TABELA 4	Correlação de Pearson e alfa de Cronbach da subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	43
TABELA 5	Análise fatorial dos itens da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	45
TABELA 6	Correlação de Pearson e alfa de Cronbach da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	47
TABELA 7	Análise fatorial dos itens da subescala de atitudes sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE na reanimação	49

TABELA 8	Correlação de Pearson entre a concordância com a presença da família na SE e as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos da presença da família na SE	50
TABELA 9	Caracterização da amostra quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação (n=199)	51
TABELA 10	Distribuição das respostas da amostra, item a item, quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos para os familiares relativamente à sua presença na SE, durante a reanimação (n=199)	52
TABELA 11	Distribuição das respostas da amostra, item a item, quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos para os profissionais relativamente à sua presença na SE, durante a reanimação (n=199)	53
TABELA 12	Resultados da aplicação do t de Student entre as atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação e Grupo profissional	55
TABELA 13	Resultados da aplicação do t de Student entre as atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação e o Género	55
TABELA 14	Correlação de Pearson entre as atitudes de enfermeiros e médicos perante a presença da família na SE durante a reanimação e os anos de serviço no serviço de urgência e idade	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Gráfico de Cattell da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Riscos/Benefícios para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação	44
---	----

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados aos doentes em situação crítica, tem conhecido grandes avanços nos últimos anos, devido principalmente à formação dos profissionais e aos desenvolvimentos tecnológicos verificados na área da saúde. De acordo com o DR, 2ª série – nº35 - 18/02/11, Regulamento nº 124/2011, “a pessoa em situação crítica, é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (DR, 2011)

De acordo com Sá, Botelho e Henriques (2015), em serviços de atendimento a pessoas em situação crítica, os cuidados tendem a ser vistos ligados à tecnologia e à agilidade dos procedimentos, onde a presença da finitude da vida está sempre presente, gerando ansiedade no doente, nos familiares e nos profissionais de saúde, que aí desempenham funções.

Quando uma pessoa em situação crítica entra num serviço de urgência (SU) a necessitar de cuidados emergentes, as reações de cada familiar a esta situação são diferentes, e as alterações que provoca na família estão relacionadas com o papel familiar do indivíduo que adoece, já que as rotinas alteram-se, as responsabilidades dos membros da família modificam-se e passa a existir uma maior preocupação.

Imaginemos que somos familiares de alguém a necessitar de cuidados de saúde emergentes, acabado de ser admitido numa sala de emergência de um hospital. Iriamos pretender e solicitar que pudéssemos estar junto ao nosso familiar durante os procedimentos a efetuar? Será que como profissionais de saúde iríamos autorizar a presença de um familiar junto do doente durante os cuidados a prestar na sala de emergência?

A presença da família junto do doente durante a reanimação na sala de emergência (SE), não é consensual junto dos profissionais de saúde e das próprias unidades de saúde.

De acordo com a American Association of Critical-Care Nurses (AACN) (2016), apesar das recomendações de organizações profissionais, declarações políticas e diretrizes de prática clínica sobre a presença da família durante a reanimação, apenas 5% das unidades de cuidados a doentes críticos nos Estados Unidos, 8% no Canadá e de 7% na Europa, têm regulamentos a permitir a presença da família.

Segundo a Emergency Nurse Association (ENA) (2007), a definição conceitual da presença da família durante o atendimento emergencial, é descrita como a permanência de um ou mais membros familiares em local que permita contato visual e/ou físico com o paciente durante a realização dos procedimentos.

Na opinião de Soares, Martin, Rabelo, Barreto e Marcon, (2016) além do apoio que a presença da família pode representar para o doente nas unidades de emergência, percebeu-se que a sua presença pode ser importante no sentido de proporcionar calma ao familiar que se encontra doente.

Por outro lado, e ainda segundo os mesmos autores, temos de considerar que a presença de familiares na SE, altera a estrutura e a organização do processo de trabalho o que irá requerer por parte dos profissionais uma maior compreensão da dinâmica das relações interpessoais, entre a própria equipa e com os familiares.

Segundo Miles (2011), existem muitas unidades hospitalares que mantêm relutância em permitir a presença de familiares durante a reanimação, normalmente por causa da crença de que vão de alguma forma perturbar a capacidade dos profissionais se concentrarem unicamente na reanimação do doente. Esta autora defende que ao permitir a presença da família e vendo este o esforço feito pela equipa de reanimação, isso pode dar verdadeiro significado às palavras "nós fizemos tudo o que podíamos"

Para Mekitarian e Angelo (2015), a justificação para que os profissionais excluam a presença dos familiares, prende-se com o medo de que a família possa perder o controlo emocional e interfira com a prestação dos cuidados bem como pelo facto de os profissionais se poderem sentir ansiosos, o que poderia interferir com a sua habilidade na realização dos procedimentos. Referem ainda que, como de uma forma geral são os profissionais de saúde que decidem se a família poderá estar presente na sala de emergência será importante compreender as suas perspetivas.

Desta forma e como pergunta de partida para o nosso estudo, delineámos a seguinte questão:

Quais são as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos da presença da família na SE durante a reanimação?

Para dar resposta a esta questão foram traçados os seguintes objetivos primários:

- Conhecer as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.
- Relacionar as atitudes enfermeiros e médicos sobre os benefícios e riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação com categoria profissional, sexo, idade e número de anos de exercício profissional no Serviço de Urgência.

Dado não termos encontrado instrumentos para avaliar a nossa variável dependente optámos por definir dois objetivos secundários:

Construir a escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.

Determinar as características psicométricas da escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.

Com este estudo para além de dar a conhecer o fenómeno pretende-se disponibilizar uma escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios e Riscos da presença de familiares na SE durante a reanimação.

A amostra para o presente estudo é composta pelos enfermeiros e médicos que prestam ou prestaram serviço, até à 3 anos atrás, serviço no departamento de urgência do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT) e que responderam a um questionário constituído por duas partes: Dados sociodemográficos e profissionais e atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos sobre a presença da família na SE durante a reanimação

Esta dissertação é composta por cinco capítulos. No primeiro é apresentada a fundamentação teórica que constitui o suporte para a investigação, seguindo-se a metodologia utilizada durante a investigação, explica-se a finalidade e os objetivos e hipóteses do estudo, a amostra, Instrumentos; os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico dos dados No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados e no quarto discutem-se os resultados confrontando-os com a literatura e apresentam-se as limitações e sugestões. Por último apresentamos as conclusões.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fim de enquadrar a temática deste estudo, vamos abordar de forma sucinta os conceitos de família e de atitude e de seguida apresentar o que os autores tem estudado sobre as atitudes dos profissionais sobre benefícios e riscos da presença de familiares na sala de emergência durante a reanimação e orientações internacionais para a presença da família durante a reanimação

1.1 - FAMÍLIA

O ser humano é sociável, membro de uma família e de uma comunidade. A necessidade de socialização do individuo é-lhe inerente, vive em comunidade e integra-se num contexto social e familiar que o influencia e o acompanha em todas as fases da sua vida, desde o seu nascimento até à morte. De uma forma geral, todos nós sabemos o que é a família, como funciona, quais as principais preocupações e quais as competências que lhe são atribuídas. Todos pensamos nela como um lugar de partilha de afetos, de cuidados e de responsabilidades.

Vários são os conceitos existem sobre a família sendo que selecionamos alguns que a seguir apresentamos.

A família é uma sociedade natural formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam da descendência, a afinidade dá-se com a entrada dos cônjuges e seus parentes que se agregam à entidade familiar pelo casamento (Nogueira, 2007).

A família pode ser considerada como um conjunto elementar e fundamental na sociedade, funcionando como mediadora entre o indivíduo e a sociedade mais ampla, moldando-se às circunstâncias de vida que prevalecem num certo tempo e lugar (Bagagem, 2010).

Segundo Pinho e Kantorski (2004), é também no seio da família que recebemos apoio afetivo, valores humanos e éticos, bem como as ferramentas indispensáveis para um pleno desenvolvimento físico e mental. A família é comumente considerada como um lugar privilegiado para a preparação e aprendizagem de dimensões significativas de interação e, dessa forma, considerada como um enquadramento relacional essencial para o desenvolvimento do ser humano (Alarcão & Gaspar, 2007).

Neste sentido, e de acordo com Alarcão (2000), um dos papéis principais da família é o de suporte dos seus elementos relativamente a pressões externas, pelo que numa situação de doença de um dos elementos, toda a família será afetada, provocando alterações comportamentais e emocionais, mudanças nas funções da família e na sua dinâmica. Desta forma, podemos considerar que na maioria das vezes o processo de doença não atinge apenas a própria pessoa que o experiencia, mas também a família ou as pessoas significativas serão afetadas.

Atualmente, num contexto social marcado por novas necessidades de saúde, a prática profissional centrada na família implica a adoção de um modelo integral, no qual os problemas individuais são olhados no âmbito da família e da sociedade que o rodeia e na participação de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidados (Araújo, 2010).

A Carta dos Direitos do Doente Internado que constitui uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da DGS, e agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, consagra no seu ponto 13, que as instituições e os profissionais de saúde devem facilitar e mesmo incentivar o apoio afetivo que podem dar "entes significativos" para o doente (DGS, 2011).

1.2 - ATITUDE

O conceito de atitude tem ocupado um espaço de destaque na história da Psicologia Social. Uma variedade de investigações tem suscitado uma grande diversidade de definições, sobretudo porque as atitudes não podem ser diretamente observadas. A atitude é por isso uma construção hipotética que os investigadores tentam apreender por meio de definições conceptuais e de elaboradas técnicas de medida (Neto, 1998).

O uso inicial do conceito de atitude foi ter sido desenvolvido por Thomás e Znaniecki em 1915, definindo-a como um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social (Rodrigues, 2011).

As atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis em relação a objetos, pessoas ou eventos, ou relativamente a algum dos seus atributos (Barradas, 2010).

De acordo com Rodrigues (2011), as atitudes têm um papel relevante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social que o rodeia, uma vez que representam o aspeto fundamental entre a capacidade de perceber, sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que dá significado à sua existência. Para a mesma autora, as atitudes traduzem a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, bem como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma.

Tal como é defendido por Duque (2008), as atitudes favorecem o processo de tomada de decisão, na medida em que conduzem os comportamentos, contribuem para a estabilização da personalidade e estabelecem o modo como pensamos, sentimos e agimos.

1.3 - ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS E RISCOS DA PRESENÇA DE FAMILIARES NA SALA DE EMERGÊNCIA DURANTE A REANIMAÇÃO

Anualmente, milhares de pessoas recorrem aos Serviços de Urgência dos hospitais pelas mais variadas razões. Apesar de existirem várias situações de urgência e que podem ser classificadas quanto à sua prioridade, todas elas são situações que levam frequentemente a um aumento dos níveis de ansiedade dos doentes e dos seus familiares que os acompanham, quer por receio de ficarem de alguma forma incapacitados, por medo do desconhecido e até mesmo da morte. Confirmando esta perspetiva, Silva (2007) considera que a entrada num SU é encarada por muitos doentes como algo de intimidador.

Mais intimidador será necessitar de cuidados na SE, que é por eleição o local do SU onde são atendidos os doentes em situação crítica cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais.

Os cuidados prestados aos doentes em situações de emergência têm vindo a evoluir bastante ao longo dos últimos anos, quer devido à formação dos profissionais de saúde que desempenham funções na área da emergência, quer devido à evolução tecnológica dos equipamentos aos dispor destes mesmos profissionais. No entanto e de acordo com Guerra e Lima (2005), a maior parte das vezes a situação de doença não atinge apenas o próprio indivíduo que a experiencia, mas também a sua família e ou as pessoas significativas.

De acordo com Tomlinson, Golden, Mallory e Comer (2010), o cuidado centrado na família envolve esta em todos os aspetos da prestação dos cuidados de saúde. Para estes autores, a família é a principal fonte de força e apoio do doente e porque o cuidado centrado na família é entendido para ser fornecido ao longo do *continuum* da vida, será importante que a presença da família, seja na altura do parto, da morte ou em qualquer outra altura da vida, seja permitida.

Por este facto durante os últimos anos têm sido criadas e publicadas em Portugal legislação que permite o acompanhamento do doente pelos familiares/acompanhantes não só nos serviços de internamento mas igualmente nos serviços de urgência.

Neste sentido a Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro, estabeleceu o regime do Acompanhamento familiar, em internamento hospitalar, de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde. Por outro lado, a Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, estabeleceu o direito de acompanhamento dos Utentes do Serviço de Urgência. Esta lei atualizada pela Lei n.º 15/2014 de 21 de março, consagra o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, onde é reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num SU, o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada e todos os utentes devem ser informados desse direito no momento da admissão no serviço. Além disso, os SU devem promover o direito de acompanhamento, sempre que a situação clínica do doente não permita a declaração da sua vontade, podendo solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o doente, mas não podem impedir o acompanhamento.

Uma situação de doença grave, que represente uma ameaça à vida do indivíduo, pode levar a alterações como ansiedade pelo *stress* e medo resultantes da gravidade ou emergência da situação. Para Wright e Leahey (2013) a mudança num dos membros da família, através do impacto da doença, produz alterações nos outros membros, pelo que recorrer a um serviço de cuidados críticos com um familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez possa ter experienciado.

Os cuidados prestados numa SE costumam ser vistos ligados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica implica ações complexas, nas quais a finitude da vida está sempre presente, produzindo ansiedade, tanto no doente e na família e nos profissionais que aí desempenham funções (Sá, et al, 2015).

Nestas situações e de acordo com Phaneuf (2005) a família pode experienciar uma angústia profunda, necessitando ela própria do conforto e apoio de alguém e aí será essencial o apoio prestado pela equipa de saúde. No entanto, quando se cuida de uma pessoa em situação crítica, o objetivo da equipa será o salvar essa pessoa, recuperando e garantindo as suas funções vitais, ficando para segundo plano o apoio à família dessa mesma pessoa. Em situações de emergência, como uma reanimação, a família é muitas vezes colocada em segundo plano pois os profissionais tendem a valorizar as necessidades da pessoa que estão a cuidar (Fulbrook et al, 2007).

A SE é para Silva (2015) o espaço no SU onde são atendidos os doentes a necessitar de cuidados mais emergentes e diferenciados e é lá que estão centralizados meios logísticos e humanos altamente diferenciados capazes de dar resposta adequada a este tipo de doentes.

De um modo geral, os familiares não são autorizados a estarem presentes junto do seu ente querido, durante manobras de reanimação ou procedimentos invasivos realizados na SE. Não só porque poderá ser uma experiência traumática para os próprios familiares, mas também porque poderão interferir no próprio processo de reanimação (Wacht, Dopelt, Sinir & Davidovitch, 2010).

Segundo Miles (2011), existem muitas unidades hospitalares que mantêm relutância em permitir a presença de familiares durante a reanimação, normalmente por causa da crença de que vão de alguma forma perturbar a capacidade dos profissionais se

concentrarem unicamente na reanimação do doente. Esta autora defende que ao permitir a presença da família e vendo este o esforço feito pela equipa de reanimação, isso pode dar verdadeiro significado às palavras "nós fizemos tudo o que podíamos".

No entanto e para Celik (2013) um individuo com problemas de saúde geralmente prefere ter a sua família presente durante intervenções médicas ou de enfermagem. Segundo o mesmo autor, a presença da família mostrou-se redutora de ansiedade, principalmente durante procedimentos dolorosos.

Na opinião de Soares et al. (2016) além do apoio que a presença da família pode representar para o doente nas unidades de emergência, percebeu-se que a sua presença pode ser importante no sentido de proporcionar calma ao familiar que se encontra doente.

Por outro lado, de acordo com Jabre et al.(2013) o efeito da presença da família durante uma reanimação, sobre os próprios membros da família e a equipa de saúde continua a ser controverso. Temos de considerar que a presença de familiares na SE, altera a estrutura e a organização do processo de trabalho o que irá requerer por parte dos profissionais uma maior compreensão da dinâmica das relações interpessoais, entre a própria equipa e com os familiares (Soares et al., 2016).

A presença da família durante a ressuscitação (PFDR) é uma prática recomendada entre reguladores um pouco por todo o mundo desde 2000, como o Royal College of Nursing (RCN) e a ENA que publicaram orientações acerca desta prática (Porter, Cooper & Sellick, 2014).

Apesar desta recomendação, a PFDR permanece polémica entre os prestadores de cuidados de saúde e dessa forma está longe de se tornar a norma nos cenários onde se praticam cuidados emergentes (Halm, 2005). De acordo com Fullbrook, Albarran e Latour (2005) a questão de saber se os membros da família devem ou não estar presentes durante a reanimação de um parente é um tópico que é altamente controverso.

Ainda para Halm (2005), os apoiantes da PFDR tendem a enfatizar os direitos humanos dos doentes e das famílias para que estas possam estar presentes durante procedimentos invasivos aos doentes e que a proteção paternalista que impede a PFDR não se justifica, porque muitas pessoas assistem a estes procedimentos no pré-hospitalar apenas como

espectadores. Devido a séries de televisão recentes, as pessoas já têm uma ideia do que poderão ver numa situação de atendimento a uma pessoa em situação crítica. Por outro lado, os oponentes da PFDR estão preocupados com uma possível perturbação da equipa enquanto presta cuidados, memórias traumáticas para os familiares dos doentes e ainda com o risco de processos judiciais.

De acordo com Walker (2007), referindo um estudo de Mitchell and Lynch's (1997), a maioria dos enfermeiros e médicos são desfavoráveis à presença de familiares durante a reanimação. Uma das razões apontadas por estes profissionais foi que a equipa poderia sentir-se intimidada pela presença da família.

Ainda segundo Walker (2007), referindo o estudo de Yanturali et al. (2005), outras razões para não concordarem com a PFDR são o aumento dos níveis de stress na equipa de reanimação e a possibilidade da equipa sofrer abusos verbais ou físicos. Outra das razões dos oponentes da PFDR que este autor apresenta, referindo-se ao estudo de Compton et al. (2006), é a de que os familiares por vezes pretendem que a reanimação continue mesmo quando isso é considerado inútil pela equipa de reanimação.

Também no estudo de Ong, Chan, Srither e Lim, (2004) foi enunciada pelos enfermeiros e médicos a preocupação de que os familiares serão expostos a uma experiência traumática.

Outras razões são apontadas pelos profissionais de saúde para não concordarem com a presença da família durante a reanimação nomeadamente: é desagradável assistir a uma reanimação de um familiar, medo de que a equipa de reanimação não funcione bem com a presença de familiares na SE e ansiedade da equipa ao sentirem que os familiares se poderão tornar perturbadores (Twibell et al., 2008).

Apesar de controverso, este assunto tem sido objeto de atenção por parte de investigadores, associações e instituições. De acordo com Lederman e Wacht (2014), um relatório da Joint Commission estabelece os princípios gerais que os hospitais americanos devem seguir para providenciar o melhor atendimento de saúde de acordo com o cuidado centrado no doente e na família. Apesar de o relatório não mencionar a questão da presença da família durante a reanimação, entre as suas recomendações está

permitir que a família participe de cuidados de fim de vida proporcionando conforto durante o processo de morrer (Joint Commission, 2010).

No estudo realizado por Fullbrook et al. (2005) sobre as experiências e atitudes de 124 enfermeiros de cuidados intensivos europeus para a presença de familiares durante a reanimação, concluiu que a maioria dos enfermeiros inquiridos (46,8%) não concordou com a possibilidade de ser sempre oferecida aos familiares a oportunidade de estarem presentes durante a reanimação de um familiar. No entanto a opinião foi dividida pois 37,9% dos enfermeiros concordaram que os familiares deveriam ter essa oportunidade.

Ainda no mesmo estudo, a maioria dos enfermeiros (76,4%) concordou que ao permitir que os familiares estivessem presentes durante a reanimação poderia assegurar-lhes que tudo estava a ser feito para o doente. Além disso, 52,8% dos enfermeiros, consideraram que ao testemunhar tentativas de reanimação, isso evitaria que os familiares desenvolvessem equívocos sobre o processo de reanimação. Uma percentagem significativa (57,3%), aceitou que os familiares pudessem obter conforto ao partilhar os últimos momentos com o doente e metade da amostra também acreditava que a presença dos familiares poderia ajudar com o processo de luto.

Também para Jabre et al. (2013) a presença de um membro da família durante uma reanimação pode oferecer a oportunidade de um último adeus e ajudar essa pessoa a compreender a realidade da morte, com a esperança de que o processo de falecimento não seja prolongado ou complicado pelo luto patológico.

Segundo Atwood (2008), quando a saúde de um doente começa a deteriorar-se ou quando é necessário proceder a procedimentos invasivos ou a manobras de reanimação, os profissionais de saúde geralmente pedem aos familiares para saírem da sala, fechando a porta para manter a família fora até a equipa de saúde achar que pode voltar para junto do doente. Assim a família é impedida de observar qualquer esforço heroico por parte dos profissionais para salvar o seu familiar.

Para Porter et al.(2014) há uma série de benefícios e de constrangimentos para a presença da família na SE durante a realização de procedimentos invasivos. Entre os benefícios incluem-se, ajudar com o processo de luto, a perceção por parte da família de que tudo foi feito para salvar o doente. Por barreiras consideram aumento do *stress* e da

ansiedade, a equipa de saúde pode ser distraída ou interrompida pelos familiares e a experiência que pode ser traumática para a família.

Também para Ong et al. (2004) o facto de os familiares terem a oportunidade de ver que a equipa de saúde fez tudo para salvar o doente, é tido como um benefício da PFDR.

O que será melhor para o doente e a sua família durante um procedimento crítico como uma reanimação? Como defende Atwood (2008), o melhor será que lhes seja perguntado. Devemos deixar a família e o doente participarem ativamente nas decisões dos cuidados de fim de vida. Afinal o foco da atenção dos profissionais de saúde deve ser no que será melhor para o doente e sua família.

As equipas de saúde fundamentam que excluem os familiares da SE, por receio que percam o controlo emocional e interfiram na prestação dos cuidados. Admitem ainda, que com a presença dos familiares durante a reanimação, os profissionais sentir-se-iam ansiosos o que poderia interferir na sua capacidade e concentração na realização de procedimentos (Mekitarian & Angelo, 2015).

Embora permaneçam uma série de barreias para a PFDR, os profissionais de saúde reconhecem que esta foi recomendada por associações de reanimação e emergência, merecendo dessa forma mais pesquisas e discussão (Porter et al., 2014).

Apesar desta recomendação por parte de associações de reanimação e emergência, segundo Mekitarian e Angelo (2015), os familiares ainda são convidados pela equipa de emergência a abandonar a SE. Segundo estes autores, é fundamental que esta prática seja normalizada por protocolos institucionais, de modo a que essa decisão não dependa unicamente da equipa de saúde.

Também para Porter et al. (2014), a implementação da prática da PFDR, parece continuar a ser um critério da equipa de emergência e que beneficiária do desenvolvimento de uma política formal para padronizar a prática. Além disso, consideram que um maior desenvolvimento de programas de educação e treino para as equipas de reanimação também é essencial para a futura implementação e prática de PFDR

1.4 - ORIENTAÇÕES INTERNACIONAIS PARA A PFDR

A prática de permitir que membros da família estejam presentes durante uma reanimação tem sido discutida nas últimas décadas. Com o incremento do cuidado centrado na família, a contribuição desta nas decisões dos cuidados de saúde aumentou e as políticas de visitas restritas e rigorosas foram relaxando, passando até a incluir a presença da família durante a reanimação. Segundo a ENA (2012) referindo Doyle (1987), este conceito foi apresentado pela primeira vez no início da década de 1980 quando o hospital Foote no estado do Michigan deu início a um programa para facilitar a prática da presença de familiares durante a reanimação como resposta às solicitações das famílias.

As *guidelines* para a prática clínica da ENA, são desenvolvidas para facultar aos enfermeiros de emergência, informações baseadas em evidência para implementarem nos cuidados de emergência que prestam aos doentes e suas famílias (ENA, 2012).

Cada *guideline* de prática clínica da ENA, foca-se numa questão clínica ou prática e é o resultado de uma revisão e análise de informações atuais que acreditam ser confiáveis. As *guidelines* da ENA (2012) são então elaboradas de acordo com níveis de recomendação para a prática, que incluem:

- Nível A - Alto nível de recomendação - Reflete um alto grau de certeza clínica. Baseado em evidência consistente e de boa qualidade. Tem relevância e aplicabilidade para a prática de enfermagem de emergência. É benéfico
- Nível B - Nível de recomendação moderado - Reflete um grau moderado de certeza clínica. Existem algumas inconsistências menores na evidência da qualidade. Tem relevância e aplicabilidade para a prática de enfermagem de emergência. É provável que seja benéfico.
- Nível C - Nível de recomendação fraco - Existem evidências limitadas ou de baixa qualidade. Tem relevância e aplicabilidade para a prática de enfermagem de emergência. Tem uma eficácia limitada ou desconhecida

- NR - Não recomendado para a prática - Nenhuma evidência objetiva ou apenas evidências anedóticas disponíveis; ou a evidência de suporte é deficientemente controlada ou não controlada.

Ainda de acordo com as suas *guidelines* a ENA (2012) apoia a presença da família durante a reanimação e apresenta os seguintes níveis de recomendação para a PFDR:

- Nível B - Há pouca ou nenhuma evidência para indicar que a prática da presença de familiares é prejudicial para o doente, a família ou a equipa de saúde;
- Nível B - Há evidências da literatura internacional de que a aceitação da presença de familiares possa ter alguma base cultural;
- Nível B - Há evidências de que os profissionais de saúde apoiam a atribuição de um profissional designado para os membros da família que estão presentes, a fim de fornecer explicações e conforto;
- Nível B - Há alguma evidência de que uma política considerando a presença de familiares, fornece organização e suporte aos profissionais de saúde envolvidos nesta prática;
- Nível B - A presença de familiares durante a reanimação deve ser oferecido como uma opção e deve basear-se nas normas escritas da instituição;

Uma resolução debatida e realizada no congresso do RCN em 2000, convocou o conselho a trabalhar com organizações para desenvolver *guidelines* sobre o assistir a uma reanimação, isto é, a prática de capacitar os familiares para ficar na sala de reanimação enquanto o seu familiar está a ser reanimado. A resolução foi concretizada de forma esmagadora, com a maioria dos palestrantes a favor do conceito de permitir aos familiares a sua presença durante uma reanimação (RCN, 2002).

Ainda segundo o RCN, a sua visão é a de que, sempre que possível, a presença de familiares durante a reanimação, deve ser apoiada se esse for o desejo dos familiares. No entanto, refere ainda que a ênfase deve consistir em reconhecer os sentimentos individuais, quer dos familiares quer dos profissionais de saúde (RCN, 2002).

Em 1996 o Conselho de Ressuscitação do Reino Unido, publicou um relatório que recomenda que os familiares sejam autorizados a assistir às tentativas de reanimação e que eles sejam apoiados por profissionais de saúde adequadamente treinados (Resuscitation Council, 1996).

Esse relatório afirma que, em muitos casos, os familiares preferem estar presentes se tiverem essa opção, em parte porque podem ver que tudo está a ser feito pelo seu familiar e porque eles sentem que a sua presença pode ter algum benefício positivo no resultado.

2 - METODOLOGIA

A metodologia desempenha um papel fundamental em qualquer investigação contendo todo o desenvolvimento do processo.

Segundo Fortin (2000) é durante a fase metodológica que o investigador decide qual o método de estudo que vai empregar para obter respostas à sua questão de investigação, daí ser de primordial importância traçar um plano de investigação que irá ser usado pelo investigador para a sua consecução.

Ainda segundo esta autora, a metodologia baseia-se no conjunto dos métodos e técnicas que acompanham a elaboração do processo de investigação científica, sendo um instrumento importante, ao qual é concedido grande parte do sucesso da investigação, pois a metodologia é orientadora da pesquisa, dependendo do método escolhido, dos processos e das técnicas de análise (Fortin, 2000).

2.1 - TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Um trabalho de investigação nasce geralmente de um interesse, de uma curiosidade face a uma determinada realidade por parte dos investigadores, pretendendo obter-se respostas que satisfaçam essa curiosidade e dessa forma poder contribuir para aumentar o conhecimento relativamente a essa realidade.

Como enfermeiro a exercer atividade num serviço de urgência há cerca de 20 anos e com cerca de 12 anos de atividade pré-hospitalar numa viatura médica de emergência e reanimação, uma situação que sempre me chamou a atenção foi o facto de em situação de pré-hospitalar muitas vezes a família das vítimas assiste a manobras de reanimação dos seus familiares enquanto no ambiente hospitalar, tal não se verifica.

Toda a investigação tem como propósito encontrar uma resposta para uma determinada questão. No nosso caso a questão de partida para a nossa investigação é saber quais são

as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos da presença de familiares na SE durante a reanimação.

Esta pergunta de investigação ou de partida, serve como fio condutor de toda a pesquisa e com ela o investigador define o mais possível o que procura saber e compreender melhor (Quivy & Champenhoudt, 2008).

A procura de resposta para esta questão tem como finalidade para além de dar a conhecer o fenómeno pretende-se disponibilizar uma escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Riscos e Benefícios da presença de familiares na SE durante a reanimação.

Considerando a natureza e as características da problemática que se pretende investigar, optámos por um estudo de cariz quantitativo, correlacionado.

Para dar resposta á questão de investigação foram traçados os seguintes objetivos primários:

Conhecer as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.

- Relacionar as atitudes enfermeiros e médicos sobre os benefícios e riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação com categoria profissional, sexo, idade e número de anos de exercício profissional no Serviço de Urgência.

Dado não termos encontrado instrumentos para avaliar a nossa variável dependente optámos por definir dois objetivos secundários:

Construir a escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.

Determinar as características psicométricas da escala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação.

2.2 HIPOTESES

Dando resposta ao objetivo relacionar as atitudes enfermeiros e médicos sobre os benefícios e riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação com categoria profissional e sexo e a sua idade e número de anos de exercício profissional no Serviço de Urgência definiram-se as seguintes hipóteses:

H1: Há diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Riscos/Benefícios sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação e a categoria profissional e sexo

H2: Há correlação positiva e significativa nas atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os riscos/benefícios sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação e a sua idade e número de anos de exercício profissional no SU

2.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Fortin (2009), a população é definida por um conjunto de elementos ou de sujeitos de um determinado grupo que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação.

A população alvo, e ainda segundo a mesma autora, é composta por elementos que satisfazem os critérios de seleção determinados previamente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações.

Muitas vezes porém, não existe possibilidade por parte do investigador de recolher e analisar dados para cada um dos elementos da população alvo, pelo que nesta situação só será possível estudar uma parte dos elementos que constituem a população alvo e que se designa por amostra (Hill & Hill, 2009).

Deste modo, os participantes neste estudo foram os enfermeiros e médicos que desempenham ou desempenharam, até há 3 anos atrás, a sua atividade no Departamento de Urgência do CHMT, tendo obtido 199 respostas em 236 (83,4% de adesão ao estudo) questionários enviados através de Google docs ou entregues em mão.

2.4 - INSTRUMENTOS

Caberá ao investigador selecionar o tipo de instrumento de medida que mais convirá aos objetivos do estudo, que mais se adequa às características dos elementos constituintes da amostra e ao tempo que se dispõe para a realização da pesquisa (Vilelas, 2009).

Desta forma, e atendendo à natureza e à questão do nosso estudo optámos pela construção de um instrumento aplicado sob a forma de um questionário, por nos parecer o mais adequado para atingir os objetivos a que nos propusemos.

De acordo com Fortin (2009), o questionário é um instrumento de registo, escrito e imaginado para pesquisar dados junto dos sujeitos, através de questões a respeito de factos, crenças, atitudes, comportamentos, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Os questionários são flexíveis no que respeita à estrutura, à forma e aos processos de recolha de informação, sendo que a uniformização de diretrizes, a apresentação padronizada e a garantia do anonimato, permitem obter respostas sinceras, rápidas e precisas, facilitando o tratamento dos dados e a conclusão estatística (Vilelas, 2009).

De seguida operacionalizam-se as variáveis que constituem o questionário que está dividido em duas partes.

- a) Dados sociodemográficos e profissionais: grupo profissional; Sexo; anos de experiencia profissional: anos de experiencia profissional no serviço de urgência; experiencia noutra serviço de urgência; Experiencia pré-hospitalar; Experiencia em cuidar de utentes na SE; Tipo de formação em emergência; familiares submetidos a reanimação na sala de emergência; autopercepção sobre o Grau de concordância face à presença de familiares na SE durante a reanimação
- b) Atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos da presença da família na SE durante a reanimação

Dado que na pesquisa efetuada não encontramos um instrumento que avaliasse a variável em questão optamos por construir um. Nesta construção seguiram-se várias etapas e que a seguir se descrevem

- 1) Pesquisa bibliográfica
- 2) Consulta de outros instrumentos sobre esta temática, nomeadamente *Nurses Perceptions of Family-Witnessed Resuscitation*, de Twibell et al (2008).
- 3) Minha experiência sobre esta temática
- 4) Opinião dos profissionais sobre a temática em estudo

Neste último item foram construídas 3 questões sobre esta temática e solicitado a 3 médicos e 3 enfermeiros com experiência em emergência que dessem a sua opinião sobre a temática em análise. A escolha dos profissionais para responderem a estas questões foi feita através de uma amostra por conveniência, pois encontravam-se facilmente disponíveis e este método tem a vantagem de ser rápido (Hill & Hill, 2009).

As questões formuladas a estes 6 profissionais foram:

- ✓ Concordas com a presença de familiares na SE durante uma reanimação? Sim
Não . Justifique a sua resposta.
- ✓ Quais são os benefícios para os familiares e para os profissionais da presença dos familiares durante a reanimação?
- ✓ Quais são os riscos para os familiares e para os profissionais da presença dos familiares durante a reanimação?

Após a receção das respostas destes profissionais foi realizada a sua análise e elaborados vários itens resultantes dessa análise e que foram incluídos na escala.

O resultado daqueles 4 aspetos resultou numa escala multidimensional com 50 questões divididas por duas subescalas: Atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios e riscos para os profissionais da presença da família na SE durante a reanimação e Atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios e riscos para os familiares da presença da família na SE durante a reanimação.

Os passos seguintes consistiram na realização de uma Reflexão Falada com duas médicas e duas enfermeiras peritas na área de emergência, tendo sido determinado por estas que os instrumentos estavam redigidos com clareza, solicitando o tipo de informação que se pretendia para o estudo. Durante esta reflexão falada foi decidido a substituição do termo "violento" pelo termo "traumático" na questão: Assistir **a uma reanimação na SE pode ser violento para os familiares**. Foi ainda decidido a retirada

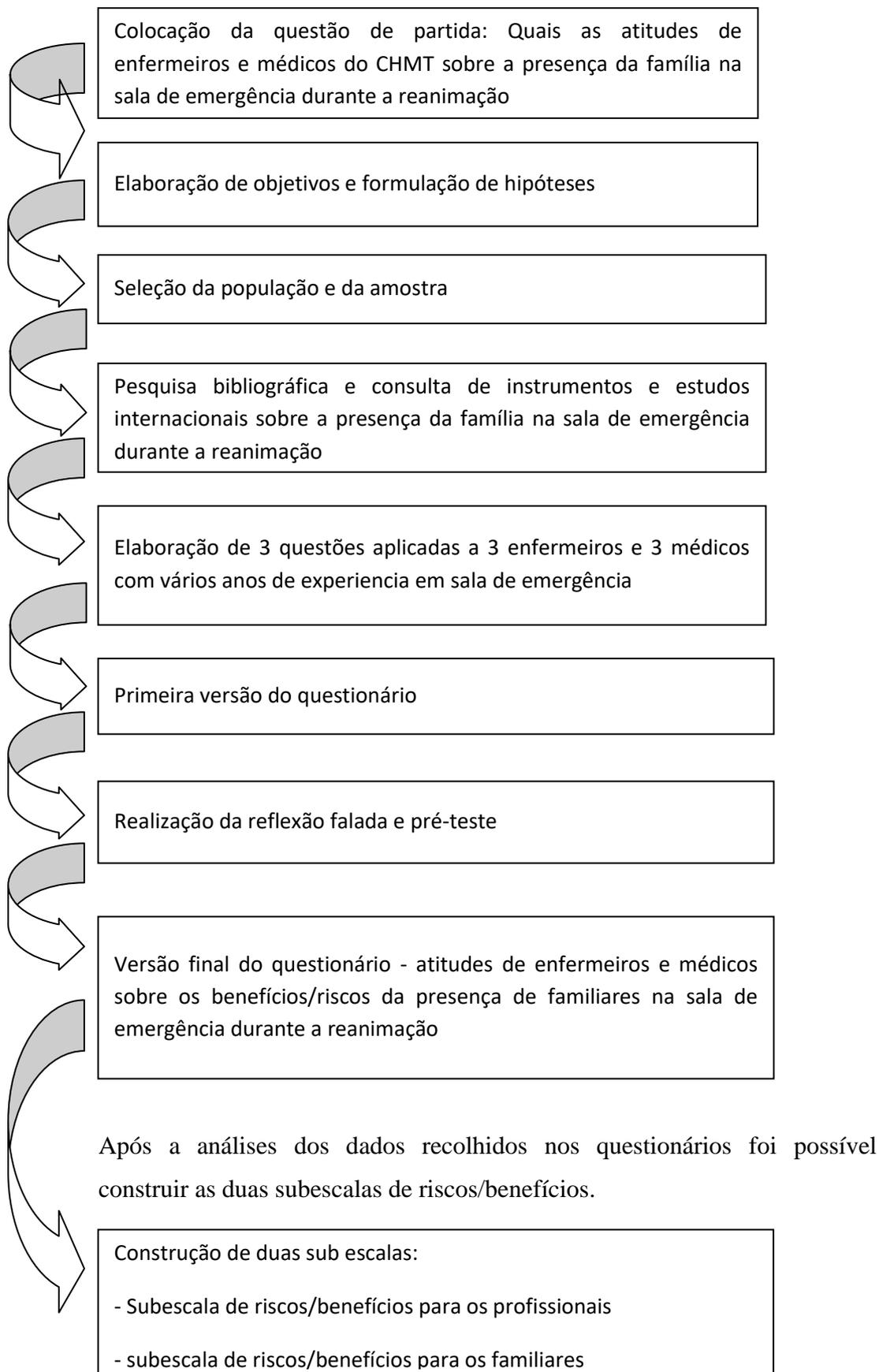
de uma questão que estava repetida e a inclusão de uma questão nova: **Eu consigo controlar, durante uma reanimação, eventuais excessos de linguagem na presença de familiares.**

Após a reflexão falada foi elaborado uma primeira versão do questionário que foi usado como pré-teste em 20 profissionais do departamento de urgência. O pré-teste consiste na aplicação do instrumento de colheita de dados a uma reduzida amostra que reflita a diversidade da população de estudo, de forma a identificar falhas de estrutura, avaliar as exigências de tempo, a sua eficácia e pertinência. São verificações feitas de forma a confirmar, que o questionário seja realmente aplicável com êxito no que se refere a dar resposta efetiva aos problemas levantados pelo investigador. Pretende-se detetar erros de construção, possibilidade de indução de respostas ou dúvidas de preenchimento, com vista a um reajustamento ou correção antes da aplicação final (Fortin, 2009).

Após a realização do pré-teste e feita a sua análise ficou determinado que os instrumentos colhiam a informação pretendida para o estudo e que estava redigido com clareza não tendo havido nenhum profissional a mostrar dificuldade na sua resposta, tendo surgido então o questionário definitivo a ser utilizado que se apresenta em anexo (ANEXO 1)

A figura seguinte (figura 1) resume os passos metodológicos efetuados durante este procedimento.

Figura 1: Passos metodológicos na elaboração das duas escalas de benefícios/riscos



Para a validação dos instrumentos há ainda que determinar as suas características psicométricas

Para se avaliar as características psicométricas de um instrumento de medida, é necessário realizar estudos de fidelidade e validade que irão indicar o grau de generalização que os resultados poderão atingir (Fortin, 2009).

A fidelidade reporta-se à exatidão e à constância das medidas obtidas de um instrumento de medida e expressa-se sob a forma de um coeficiente de correlação entre a performance do instrumento e a sua capacidade de controlar o erro e varia entre os valores de 0 e 1. Se o coeficiente é próximo de 1 significa que o instrumento induz poucos erros e é classificado como altamente fiel. Caso o coeficiente se aproxime de 0 é classificado como pouco fidedigno. Habitualmente os autores consideram valores aceitáveis de coeficiente de fidelidade entre 0,7 e 0,9 (Fortin, 2009).

Uma das formas para avaliar a fidelidade de um instrumento de medida é a consistência interna, que é obtida através da correlação dos itens do instrumento. Quanto maior a correlação entre estes, maior é a consistência interna do instrumento, dado que o mesmo avalia um só conceito (Fortin, 2009).

O alpha de cronbach é frequentemente a técnica estatística mais utilizada para avaliar a consistência interna de um instrumento de medida e foi a técnica usada por nós para avaliar a consistência interna das nossas subescalas. O alpha de cronbach varia entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1 for o valor do alpha, mais consistentes são os itens do instrumento (Almeida & Freire, 2008). Um instrumento é qualificado com uma boa consistência interna quando o alpha de cronbach excede 0,80, no entanto são considerados aceitáveis valores superiores a 0,60 (Pais Ribeiro, 2010).

A validade é a garantia que uma escala oferece em termos de medir aquilo que se propõe medir. Fortin (2009, p.354) refere que a validade "corresponde ao grau de precisão com o qual o conceito é representado por enunciados particulares num instrumento de medida.

De acordo com Fortin (2009) a validade do construto (validade conceptual) é a capacidade da escala medir o conceito definido teoricamente e trata-se de verificar as relações teóricas subjacentes ao construto de um instrumento. A validade da nossa

escala foi verificada através da análise fatorial que consiste em reconhecer os fatores constitutivos da escala e o contributo de cada um deles para o resultado global ou para estabelecer se os enunciados de uma escala se reagrupam em torno de um só fator (Fortin, 2009).

Os resultados da determinação das características psicometrias encontram-se descritos no capítulo dos resultados.

De salientar que para a totalidade das escalas valores mais baixos correspondem a atitudes mais positivas/favoráveis.

É ainda de realçar que nos fatores de risco, valores mais baixos correspondem a discordância dos enfermeiros e médicos quanto à sua existência e relativamente aos benefícios valores mais baixos correspondem à sua concordância por parte dos enfermeiros e médicos

2.5 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Para a realização do nosso estudo foi formalizado um pedido de autorização para a aplicação de questionário aos profissionais dos serviços de urgência, junto da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do CHMT, tendo sido autorizado em 3 de Maio de 2017, pelo Despacho nº 67/DE/CA, que se encontra em anexo (ANEXO 2).

Desta forma, o período de colheita de dados iniciou-se ainda durante o mês de Maio e prolongou-se até ao dia 15 de Julho. Numa primeira fase era nossa intenção entregar em mão o questionário a cada profissional e embora a maioria tenha sido feita dessa forma, falando com o enfermeiro ou com o médico em causa, explicando os objetivos do estudo e pedindo para voluntariamente colaborar no mesmo preenchendo o questionário. A grande maioria dos inquiridos solicitou um pequeno tempo para ler o questionário e entregou-o preenchido volvidos cerca de 20 a 30 minutos, mas também houve alguns dos inquiridos que pediram para entregar noutra dia para terem mais tempo e combinámos a entrega do mesmo de acordo com os turnos realizados no SU. Ainda assim, houve a necessidade de colocar o questionário na plataforma Google Docs para que alguns enfermeiros e médicos pudessem responder, por dificuldades em conseguir conjugar horários com pessoas que residem longe do CHMT ou que estavam

de férias. Foi colocada uma mensagem no e-mail enviado a informar de que só deveria responder ao inquérito on-line quem não o tivesse feito em papel evitando assim a duplicação das respostas.

Num estudo de investigação o participante tem o direito de conservar o anonimato, sendo este respeitado se a sua identidade não é reconhecida nem mesmo pelo investigador. Este compromete-se em manter reservados os dados recolhidos durante o estudo não os podendo comunicar sem autorização do sujeito (Vilelas, 2009).

Um consentimento livre e esclarecido e informado é fundamental para a participação dos indivíduos na investigação (Fortin, 2009) pelo que o mesmo foi igualmente salvaguardado.

2.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Após a colheita dos dados, estes foram colocados numa base de dados em Excel e posteriormente feito o seu tratamento estatístico através do programa de análise estatística SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o tratamento estatístico numa investigação consiste em organizar, clarificar e codificar os dados recolhidos de modo a permitir a análise dos mesmos e apresentá-los como um todo, lógico e compreensível. Da mesma forma e segundo Martins e Ponte (2010), consiste na recolha e exposição de dados numéricos através da criação de meios adequados como tabelas, gráficos e indicadores numéricos de modo a responder a questões concretas, interpretando de modo adequado toda a informação disponível.

Para organizar e destacar a informação fornecida pelos dados recorreremos a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, coeficiente de variação). Para o teste de hipóteses foram utilizados o t de student e a correlação de Pearson. A estatística paramétrica foi utilizada recorrendo ao teorema do limite Central (Pestana & Gageiro, 2008).

Para o estudo das propriedades psicométricas dos instrumentos estudados foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respetivo item) e o Alfa de Cronbach utilizado como medida de fidelidade interna dos instrumentos.

A validade de construto foi efetivada, através da análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método de *Varimax*

Foram ainda utilizados os procedimentos da validade discriminante e a concorrente. Para uma melhor explicação e análise dos dados, recorreremos ao uso de tabelas e gráficos, que se irão estabelecer como um apoio importante para a análise dos dados estatísticos obtidos.

3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De seguida descrevemos os dados respeitantes aos objetivos definidos para este estudo.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

A amostra selecionada para o este estudo foram os enfermeiros e médicos que exercem ou exerceram serviço, até há 3 anos atrás, no Departamento de Urgência do CHMT, que compreende o Serviço de Urgência Médico-cirúrgica na unidade de Abrantes e os Serviços de Urgência Básica nas unidades de Tomar e Torres Novas. Desta forma, foram 199 profissionais que responderam ao questionário por nós elaborado sendo 164 enfermeiros e 35 médicos, maioritariamente do sexo feminino com uma percentagem de 74,9%.

A maioria (66,8%) dos profissionais inquiridos trabalha ou trabalhou apenas no serviço de urgência do CHMT e a maior parte dos profissionais inquiridos (82,9%) não faz serviço pré-hospitalar e apenas 2% não cuida de utentes críticos na sala de emergência

No que respeita à formação detida pelos profissionais do CHMT, verificamos através da tabela 1 que apenas 1,0% dos profissionais não possui formação em emergência.

Tabela 1 - Distribuição da amostra relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais (n=199)

		Nº	%
Grupo Profissional	Enfermeiro(a)	164	82,4
	Médico(a)	35	17,6
Sexo	Feminino	149	74,9
	Masculino	50	25,1
Experiencia noutra serviço de urgência	Sim	66	33,2
	Não	133	66,8
Cuida de utentes críticos na sala de emergência	Sim	195	98,0
	Não	4	2,0

Tabela 1 - Distribuição da amostra relativamente aos dados sociodemográficos e profissionais (n=199)
(continuação)

		Nº	%
Experiência pré-hospitalar	Sim	34	17,1
	Não	165	82,9
Formação em emergência	SAV	33	16,5
	SIV	64	32,1
	SAV/SIV	40	20,1
	SAV/Trauma	20	10,0
	SIV/Trauma	3	1,5
	SAV/SIV/Trauma	37	18,5
	Sem formação	2	1,0

A idade dos participantes situa-se entre os 24 e os 59 anos sendo a média de idades de $36,9 \pm 10,1$ anos.

Relativamente aos anos de experiência profissional verificamos que a maioria dos inquiridos tem entre 5 e 10 anos de experiência profissional. A média de anos de experiência é de $13,2 \pm 9,8$ anos ($CV=74,2\%$), sendo que tinham em média $9,2 \pm 8,7$ anos (94,5%) de experiência em serviço de urgência.

Na tabela 2 podemos constatar que 22,61% dos profissionais inquiridos já tiveram familiares na SE e 17,78% dos profissionais gostaria de ter assistido às manobras efetuadas aos seus familiares na SE

Tabela 2 - Distribuição da amostra pelos profissionais face a experiência de familiares assistidos na SE e opinião sobre se gostariam de ter assistido

		Nº	%
Já teve familiares assistidos na SE?	Sim	45	22,61
	Não	154	77,39
Gostaria de ter assistido à reanimação?	Sim	8	17,78
	Não	37	82,22

Na tabela 3 podemos verificar que na resposta à questão sobre a autopercepção dos participantes sobre o grau de concordância de cada profissional face à presença de familiares na SE durante a reanimação os resultados vão de um mínimo de 0 (em que

discordam totalmente) ao máximo de 10 (em que concordam totalmente). Constatamos uma média de $4,4 \pm 2,6$.

Relativamente à autopercepção dos respondentes relativamente ao grau de concordância face à presença de familiares na SE durante a reanimação, operacionalizamos igualmente esta variável em três grupos sendo que os valores de 0 até 4 representam atitudes discordantes, o valor 5 representa atitude neutra e os valores de 6 até 10 representam atitudes concordantes. A maioria dos enfermeiros e médicos (41%) referiram atitudes discordantes, enquanto 31% dos profissionais revelaram atitudes concordantes com a presença dos familiares. De referir ainda que 25% dos profissionais optou por atitudes neutras.

Tabela 3 - Grau de concordância face à presença de familiares na SE durante a reanimação

N	Mínimo	Máximo	Média	DP
195	0,0	10,0	4,4	2,6

3.2 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS/ RISCOS DA PRESENÇA DE FAMILIARES NA SE DURANTE A REANIMAÇÃO

De seguida apresentam-se os dados relativos às duas subescalas em análise

- a) Características psicométricas da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/ Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação (ANEXO 3).

Fidelidade

A consistência interna da subescala atitudes de enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos para os profissionais foi conferida através do coeficiente alfa de Cronbach. O resultado deste coeficiente varia entre 0,00 e 1,00 (Fortin, 2009), considerando-se uma maior consistência interna quanto mais próximo o seu valor for de 1. Um instrumento é qualificado com uma boa consistência interna quando o alfa de

Cronbach excede 0,80, no entanto são considerados aceitáveis valores superiores a 0,60 (Pais Ribeiro, 2010).

Os resultados da correlação de cada item com a nota global (retirando o respetivo item) permitiram entender como cada questão se relaciona com o todo. Para esta análise utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r) sendo que quanto mais próximo o seu valor for de 1 ou -1, mais forte será a relação entre as duas variáveis (Fortin, 2009). São considerados aceitáveis valores mínimos de correlação a partir de 0,20, que revelam que os itens medem o mesmo construto (Almeida & Freire, 2008).

Na tabela 4 poderemos constatar que todos os itens apresentam valores de r superiores a 0,20, oscilando entre 0,420 e 0,820 confirmando desta forma que a subescala apresenta valores superiores aos referidos pelos autores de referência.

Relativamente ao alfa de Cronbach, verifica-se um valor de 0,909, ou seja, superior ao referido pelos autores (>0,60). De salientar que nenhum dos itens apresenta valores superiores ao do alfa global apesar de itens terem valores idênticos.

Tabela 4 - Correlação de Pearson e alfa de Cronbach da subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação

	Média	DP	r corrigido	Alfa de Cronbach sem o item
1 – Eu ficarei mais ansioso(a) com a presença de familiares durante uma reanimação	3,73	,972	,589	,903
2 – A equipa tenderá a prolongar desnecessariamente as manobras de reanimação com os familiares presentes	3,40	1,014	,517	,906
3 – Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população	2,21	,956	,556	,904
4 – Os profissionais sentir-se-ão mais motivados para prestar cuidados de excelência devido à presença de familiares a observar	3,06	1,147	,472	,909
5 - A equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE	2,78	,985	,589	,903
6- A presença de familiares na SE exerce uma pressão negativa junto dos profissionais e interfere com o desempenho destes.	3,06	,880	,820	,895
7 – A presença da família leva abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência	3,08	1,079	,619	,902

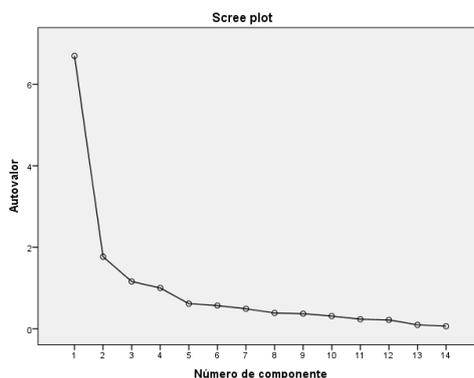
Tabela 4 - Correlação de Pearson e alfa de Cronbach dasubescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação (continuação)

	Média	DP	r corrigido	Alfa de Cronbach sem o item
8 – A equipa ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada	3,58	,954	,650	,901
9– A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho	3,41	,948	,780	,896
10 – A presença da família poder ser um motivo de desconcentração da equipa interferindo com a sua estabilidade emocional.	3,50	,828	,703	,899
11 – A presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração	3,33	,893	,810	,895
12 – A qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas	3,63	,812	,420	,909
13– Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais	3,72	1,111	,566	,905
14 – Eu consigo preparar familiares para entrar da SE e assistir à reanimação de um familiar seu	2,94	,928	,590	,903
Alfa de Cronbach global				0,909

Validade de constructo - análise fatorial

Tal como se pode constatar no gráfico 1, a análise fatorial determinou 5 fatores sendo que a melhor solução encontrada em termos estatísticos e de conteúdo e de interpretação resultou em dois fatores que explicam 60,453% da variância total

Gráfico nº 1 - Gráfico de Cattell da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Riscos/Benefícios para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação



Recorreu-se ainda ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett para determinar se a correlação entre os itens é boa por forma a poder confirmar a utilização da análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2008).

Segundo estes autores valores de KMO entre 0,9-1 verificam uma análise fatorial muito boa; 0,8-0,9 análise fatorial boa; 0,7-0,8 análise fatorial média; 0,6-0,7 análise fatorial razoável; 0,5-0,6 análise fatorial má e < 0,5 análise fatorial inaceitável.

Quanto ao teste de esfericidade de Bartlett, possibilita rejeitar a hipótese de nulidade quando $p < 0,05$ segundo a qual a matriz de correlações seria igual à matriz identidade, ou seja, sem correlações significativas. Mais concretamente, um valor de p igual 0,000 indica que há uma probabilidade de $p < 0,0001$ de que os resultados sejam devido ao acaso, o que revela um nível de significância estatisticamente significativo (Pestana & Gageiro, 2008).

Como podemos verificar na tabela 5, os valores de KMO e teste de esfericidade de Bartlett apresentam valores que manifestam que a solução encontrada é boa (0,845).

Os dois fatores encontrados foram designados por nós como Benefícios e Riscos para os profissionais. De salientar ainda que os valores da comunalidade (são quantidades das variâncias (correlações) de cada variável explicada pelos fatores. Quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável pelo fator) oscilam entre 0,432 e 0,813.

Tabela 5 - Análise fatorial dos itens da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação.

	H ²	Riscos	Benefícios
1 – Eu ficarei mais ansioso(a) com a presença de familiares durante uma reanimação*	,452	,588	
2 – A equipa tenderá a prolongar desnecessariamente as manobras de reanimação com os familiares presentes*	,653	,808	
3 – Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população	,466		,637
4 – Os profissionais sentir-se-ão mais motivados para prestar cuidados de excelência devido à presença de familiares a observar	,750		,864
5 - A equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE	,483		,619

Tabela 5 - Análise fatorial dos itens da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação (continuação)

	H ²	Riscos	Benefícios
6 - A presença de familiares na SE exerce uma pressão negativa junto dos profissionais e interfere com o desempenho destes.*	,751	,627	
7 - A presença da família leva abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência	,813		,897
8 - A equipa ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada*	,544	,560	
9- A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho*	,733	,698	
10 - A presença da família poder ser um motivo de desconcentração da equipa interferindo com a sua estabilidade emocional.*	,658	,726	
11 - A presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração*	,774	,748	
12 - A qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas*	,481	,691	
13 - Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais*	,468	,661	
14 - Eu consigo preparar familiares para entrar da SE e assistir à reanimação de um familiar seu	,436		,476
Variância explicada por fator		32,667	27,786
KMO			,845
Teste de esfericidade de Bartlett		1972,423	,000

*itens invertidos

b) Características psicométricas da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a sua presença na SE durante a reanimação (ANEXO 4)

Fidelidade

A consistência interna da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Riscos/Benefícios para os familiares sobre a presença de familiares foi conferida através do alfa de Cronbach.

Na tabela 6 poderemos constatar que todos os itens apresentam valores de r superiores a 0,20, oscilando entre 0,444 e 0,757 confirmando desta forma que a escala apresenta valores superiores aos referidos pelos autores de referência.

Relativamente ao alfa de Cronbach, verifica-se um valor de 0,905, ou seja, superior ao referido pelos autores (>0,60). De salientar que nenhum dos itens apresenta valores superiores ao do alfa global.

Tabela 6 - Correlação de Pearson e alfa de Cronbach da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação.

	Média	DP	r corrigido	Alfa de Cronbach sem o item
1 – Os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente	2,28	,822	,546	,900
2 – No caso de morte do doente, será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto	2,62	,972	,682	,895
3 – A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar	3,59	1,074	,757	,892
4 – Os familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação	3,56	,807	,543	,900
5 – Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação	4,22	,739	,614	,898
6 – A presença de familiares na SE permitirá colher mais dados importantes sobre o doente	2,24	,932	,489	,903
7 – A presença de familiares na SE fá-los sentir mais respeitados pela equipa	2,74	,773	,444	,904
8 – Quando estão presentes durante a reanimação os familiares sentem-se parte ativa no processo	2,51	,881	,648	,897
9 – Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar"	2,19	,954	,670	,896
10 – Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares	4,09	,824	,452	,903
11 – Uma reanimação é algo de desconhecido e inesperado para a qual os familiares não estão preparados	3,92	,912	,645	,897
12 – Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a ultima memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar	4,13	,899	,629	,897

Tabela 6 - Correlação de Pearson e alfa de Cronbach da subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação (continuação)

	Média	DP	r corrigido	Alfa de Cronbach sem o item
13 – A presença da família fornece apoio emocional ao doente	2,75	,929	,459	,904
14 – Partilhar os últimos momentos com o familiar doente facilita a aceitação da morte por parte dos familiares	2,23	,843	,645	,897
15 – A presença da família permite evitar sentimentos de culpa por não estar presente durante os últimos momentos do seu familiar	2,32	,856	,635	,897
Alfa de Cronbach global				0,905

Validade de constructo - análise fatorial

Recorreu-se ao teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de esfericidade de Bartlett para determinar se a correlação entre os itens é boa por forma a poder confirmar a utilização da análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2008). Tendo por base o valor de 0,827, como se mostra na tabela 7, confirmamos que esta solução de análise fatorial é boa.

Quanto ao teste de esfericidade de Bartlett, possibilita rejeitar a hipótese de nulidade quando $p < 0,05$ segundo a qual a matriz de correlações seria igual à matriz identidade, ou seja, sem correlações significativas. Mais concretamente, um valor de $p < 0,001$ indica que há uma probabilidade de $p < 0,001$ de que os resultados sejam devido ao acaso, o que revela um nível de significância estatisticamente significativo (Pestana & Gageiro, 2008).

Os dois fatores encontrados foram designados por nós como Benefícios e Riscos. De salientar ainda que os valores da comunalidade oscilam entre 0,370 e 0,793.

Tabela 7 - Análise fatorial dos itens da escala de subatitudes sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE na reanimação.

	H ²	Benefícios	Riscos
1 – Os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente	,370	,472	
2 – No caso de morte do doente, será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto	,548	,583	
3– A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar.	,688	,481	
4 – Os familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação*	,537		,710
5– Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação*	,613		,752
6 – A presença de familiares na SE permitirá colher mais dados importantes sobre o doente	,589	,767	
7 – A presença de familiares na SE fá-los sentir mais respeitados pela equipa	,353	,581	
8 – Quando estão presentes durante a reanimação os familiares sentem-se parte ativa no processo	,602	,733	
9 – Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar"	,559	,642	
10– Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares*	,565		,752
11 – Uma reanimação é algo de desconhecido e inesperado para a qual os familiares não estão preparados*	,720		,821
12 – Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a última memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar*	,793		,881
13– A presença da família fornece apoio emocional ao doente	,448	,668	
14 – Partilhar os últimos momentos com o familiar doente facilita a aceitação da morte por parte dos familiares	,623	,761	
15– A presença da família permite evitar sentimentos de culpa por não estar presente durante os últimos momentos do seu familiar	,626	,768	
Teste de KMO		,827	
Teste de esfericidade	1823,663		P<,000
% variância explicada		29,516	28,146
Total da variância explicada		57,5%	

*itens invertidos

Validade concorrente

Como se pode observar pelos dados constantes na tabela seguinte existe uma correlação moderada, negativa e significativa entre os dois indicadores de concordância reforçando a validade concorrente da escala em análise.

Tabela 8 - Correlação de Pearson entre a concordância com a presença da família na SE e as atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos da presença da família na SE

	Total benefícios/riscos para os familiares		Total benefícios/riscos para os profissionais	
	r	p	r	p
Concordância com a presença da família	-,754**	,000	-,721**	,000

3.3 ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS BENEFÍCIOS/RISCOS RELATIVAMENTE À PRESENÇA DE FAMILIARES NA SE, DURANTE A REANIMAÇÃO

Na tabela 9, podemos constatar os valores do total das subescalas e fatores de cada subescala das atitudes dos enfermeiros e médicos perante a presença da família durante a reanimação. Os resultados permitem-nos referir que os inqueridos não apresentam uma atitude muito favorável à presença dos familiares durante a reanimação, pois apresentam valores superiores à mediana da escala. De facto, nas duas escalas de Benefícios/Riscos elaboradas, quanto mais baixo o valor obtido melhor é a atitude dos respondentes e aqui podemos verificar uma média de 45,4 (score medio de 3,2) para a subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação e uma média de 45,3 (score medio de 3) para a subescala de atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação.

Tabela 9 - Caracterização da amostra quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação (n=199)

	Mínimo	Máximo	Média/score medio	DP
Total benefícios/riscos para os profissionais (14-70)	25,00	62,00	45,4/3,2	9,1
Riscos	15,00	44,00	31,3/3,4	6,2
Benefícios	6,00	23,00	14,0/2,8	3,8
Total benefícios/riscos para os familiares (15-75)	19,00	65,00	45,3/3,0	8,6
Benefícios	11,00	41,00	25,4/2,5	6,3
Riscos	8,00	25,00	19,9/3,9	3,3

A fim de analisar os itens um a um e para uma melhor análise, optou-se por juntar, nas tabelas 10 e 11, as opções de resposta 1 e 2 em concordo (1), a 3 em não concordo nem discordo (2) e as opções de resposta 4 e 5 em discordo (3) nos itens dos benefícios, enquanto nos riscos, as opções de resposta 1 e 2 em discordo (1), a 3 em não concordo nem discordo (2) e as 4 e 5 no concordo (3), uma vez que os itens nos riscos foram invertidos.

Analisando a tabela 10, podemos constatar que o benefício, para os familiares, com o qual os enfermeiros e médicos se mostraram mais concordantes foi "*Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar"*" com 69,8% dos inquiridos a concordar com este item. Já no que respeita ao benefício com o qual os profissionais mostraram menos concordância foi "*A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar"*" com apenas 16,6% dos profissionais concordantes com este item.

No que respeita aos riscos para os familiares relativamente à sua presença na SE durante a reanimação, os enfermeiros e médicos mostraram-se mais concordantes que o maior risco para os familiares é "*Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a última memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar"*" com 89,9% dos inquiridos a concordarem com a existência deste risco para os familiares. Também os itens "*Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação*" e "*Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares*" tiveram um grau de concordância elevado (89,4%) por parte dos profissionais.

Tabela 10: Distribuição das respostas da amostra, item a item, quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos para os familiares relativamente à sua presença na SE, durante a reanimação (n=199)

	1		2		3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente *	137	68,8	45	22,6	17	8,5
No caso de morte do doente, será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto *	90	45,2	70	35,2	39	19,6
A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar *	33	16,6	40	20,1	126	63,3
Os familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação **	27	13,6	43	21,6	129	64,8
Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação **	8	4,0	13	6,5	178	89,4
A presença de familiares na SE permitirá colher mais dados importantes sobre o doente *	135	67,8	40	20,1	24	12,1
A presença de familiares na SE fá-los sentir mais respeitados pela equipa *	68	34,2	106	53,3	25	12,6
Quando estão presentes durante a reanimação os familiares sentem-se parte ativa no processo *	103	51,8	69	34,7	27	13,6
Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar" *	139	69,8	37	18,6	23	11,6
Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares **	13	6,5	8	4,0	178	89,4
Uma reanimação é algo de desconhecido e inesperado para a qual os familiares não estão preparados **	23	11,6	19	9,5	157	78,9
Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a ultima memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar **	17	8,5	3	1,5	179	89,9
A presença da família fornece apoio emocional ao doente *	99	49,7	46	23,1	54	27,1
Partilhar os últimos momentos com o familiar doente facilita a aceitação da morte por parte dos familiares *	136	68,3	47	23,6	16	8,0
A presença da família permite evitar sentimentos de culpa por não estar presente durante os últimos momentos do seu familiar *	127	63,8	51	25,6	21	10,6

* Benefícios ** Riscos

Relativamente aos benefícios/riscos para os profissionais relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação (tabela 11), podemos verificar que o benefício com o qual os enfermeiros e médicos se mostraram mais concordantes foi "*Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população*" com 66,8% dos profissionais a concordarem com a existência deste benefício. Já no caso do benefício com o qual se mostraram menos concordantes foi "*A presença da família leva abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência*" com apenas 25,6% dos profissionais a referirem a sua concordância com o mesmo.

Relativamente aos riscos para os profissionais, estes referiram que o risco com que se mostraram mais concordantes foi "*Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais*" com 74,4% dos profissionais a revelarem a sua concordância com a existência deste risco.

Tabela 11: Distribuição das respostas da amostra, item a item, quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos para os profissionais relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação (n=199)

	1		2		3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eu ficarei mais ansioso(a) com a presença de familiares durante uma reanimação **	29	14,6	37	18,6	133	66,8
A equipa tenderá a prolongar desnecessariamente as manobras de reanimação com os familiares presentes **	50	25,1	45	22,6	104	52,3
Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população *	133	66,8	41	20,6	25	12,6
Os profissionais sentir-se-ão mais motivados para prestar cuidados de excelência devido à presença de familiares a observar *	60	30,2	64	32,2	75	37,7
A equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE *	92	46,2	51	25,6	56	28,1
A presença de familiares na SE exerce uma pressão negativa junto dos profissionais e interfere com o desempenho destes **	66	33,2	57	28,6	76	38,2
A presença da família leva abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência *	51	25,6	78	39,2	70	35,2
A equipa ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada **	36	18,1	41	20,6	122	61,3

Tabela 11: Distribuição das respostas da amostra, item a item, quanto às atitudes sobre os benefícios/riscos para os profissionais relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação (n=199) (continuação)

	1		2		3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho **	44	22,1	39	19,6	116	58,3
A presença da família poder ser um motivo de desconcentração da equipa interferindo com a sua estabilidade emocional **	35	17,6	38	19,1	126	63,3
A presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração **	41	20,6	65	32,7	93	46,7
A qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas **	19	9,5	59	29,6	121	60,8
Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais **	43	21,6	8	4,0	148	74,4
Eu consigo preparar familiares para entrar da SE e assistir à reanimação de um familiar seu *	75	37,7	64	32,2	60	30,2

* Benefícios ** Riscos

3.4 RELAÇÃO ENTRE AS ATITUDES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE OS RISCOS/BENEFÍCIOS SOBRE A PRESENÇA NA SE DURANTE A REANIMAÇÃO E A CATEGORIA PROFISSIONAL; SEXO; IDADE E NÚMERO DE ANOS DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Pela análise da tabela 12 poderemos verificar que os médicos têm atitudes menos favoráveis do que os enfermeiros sobre a presença dos familiares na sala de reanimação tendo essas diferenças significado estatístico, seja na totalidade dos benefícios riscos para os profissionais seja para os familiares ($p < 0,01$).

De salientar que as diferenças são significativas em todos os fatores com exceção das atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios para os profissionais da presença da família na sala de reanimação em que as diferenças não tem significado estatístico ($p > 0,05$).

Tabela 12: Resultados da aplicação do t de Student entre as atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE, durante a reanimação e Grupo profissional

	Grupo Profissional	N	Média	DP	t	p
TP	Enfermeiros	164	44,2	9,0	-3,914	,000
	Médicos	35	50,7	8,1		
RP	Enfermeiros	164	30,3	6,0	-5,006	,000
	Médicos	35	35,9	5,4		
BP	Enfermeiros	164	13,9	3,8	-1,280	,202
	Médicos	35	14,8	4,0		
TF	Enfermeiros	164	44,3	8,6	-3,599	,000
	Médicos	35	50,0	7,5		
BF	Enfermeiros	164	24,6	6,1	-3,722	,000
	Médicos	35	28,9	6,4		
RF	Enfermeiros	164	19,6	3,5	-2,205	,029
	Médicos	35	21,0	2,3		

TP - Total dos Benefícios/Riscos para os profissionais; RP - Riscos para os profissionais; BP - Benefícios para os profissionais; TF - Total dos Riscos/benefícios para os familiares; BF - Benefícios para os familiares; RF - Riscos para os familiares

Dos profissionais que participaram no estudo e tal como é possível visualizar na tabela 13, podemos verificar que o sexo masculino tem uma atitude menos favorável sobre os benefícios para os profissionais da presença da família na sala de reanimação, no entanto apenas nos fatores Riscos para os profissionais e benefícios para os familiares essa diferença apresenta significado estatístico ($p < 0,05$).

Tabela 13: Resultados da aplicação do t de Student entre as atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação e o Género

	Género	N	Média	DP	t	p
TP	Feminino	149	44,7	9,2	-1,862	,064
	Masculino	50	47,5	8,8		
RP	Feminino	149	30,7	6,3	-2,512	,013
	Masculino	50	33,2	5,8		
BP	Feminino	149	14,0	3,7	-,358	,721
	Masculino	50	14,2	4,1		
TF	Feminino	149	44,6	8,8	-1,944	,053
	Masculino	50	47,4	8,0		

Tabela 13: Resultados da aplicação do t de Student entre as atitudes sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE durante a reanimação e o Género (continuação)

	Género	N	Média	DP	t	p
BF	Feminino	149	24,8	6,2	-2,193	,029
	Masculino	50	27,1	6,5		
RF	Feminino	149	19,7	3,5	-,867	,387
	Masculino	50	20,2	2,8		

TP - Total dos Benefícios/Riscos para os profissionais; RP - Riscos para os profissionais; BP - Benefícios para os profissionais; TF - Total dos Riscos/benefícios para os familiares; BF - Benefícios para os familiares; RF - Riscos para os familiares

Na tabela seguinte, relativamente à relação das atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os riscos/benefícios para os familiares sobre a presença de familiares e as atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Riscos/Benefícios para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação com a idade e o número de anos de exercício profissional no Serviço de Urgência verificamos que há uma correlação fraca, negativa e com significado estatístico com exceção do fator das atitudes face aos benefícios para os familiares. Pelo facto da correlação ser negativa podemos ainda referenciar que os profissionais que trabalham à mais tempo e os mais velhos tem atitudes mais favoráveis face presença da família na SE durante a reanimação.

Tabela 14 : Correlação de Pearson entre as atitudes de enfermeiros e médicos perante a presença da família na SE durante a reanimação e os anos de serviço no serviço de urgência e idade

	Idade	Anos de exercício profissional no Serviço de Urgência
TF	-,183*	-,221**
BF	-,064	-,119
RF	-,340**	-,342**
TP	-,210**	-,246**
RP	-,187*	-,217**
BP	-,186*	-,232**

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral); * . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

TP - Total dos Benefícios/Riscos para os profissionais; RP - Riscos para os profissionais; BP - Benefícios para os profissionais; TF - Total dos Riscos/benefícios para os familiares; BF - Benefícios para os familiares; RF - Riscos para os familiares

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De seguida discutem se os resultados tendo por base os objetivos.

Relativamente à amostra selecionada para participar neste estudo, verificámos que 1% dos profissionais inquiridos não possuem formação na área da emergência. Esta situação poderá dever-se ao facto de no último ano terem sido admitidos vários profissionais de enfermagem recém formados para o departamento de urgência do CHMT, segundo informação da enfermeira coordenadora do departamento. Pela mesma razão encontramos 2% dos inquiridos que não cuida de doentes críticos na SE.

Apesar de no CHMT não haver uma prática habitual de permitir a presença da família durante a reanimação, nem diretrizes institucionais que determinem se tal prática deve ou não ser implementada, verificamos que 34% dos enfermeiros e médicos inquiridos se mostraram concordantes com a presença de familiares na SE durante uma reanimação, enquanto 41% se mostraram discordantes da mesma. É de referir ainda que 25% dos inquiridos, assinalaram que não concordam nem discordam com a presença da família na SE durante a reanimação.

Estes resultados obtidos encontram paralelismo no estudo realizado por Fullbrook et al. (2005) onde concluíram que a maioria dos profissionais inquiridos (46,8%) não concordou com a possibilidade de ser sempre oferecida aos familiares a oportunidade de estarem presentes durante a reanimação de um familiar, enquanto 37,9% dos profissionais concordaram que os familiares deveriam ter essa possibilidade.

Neste estudo verificamos que os enfermeiros e médicos identificaram vários benefícios para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação.

A maioria dos inquiridos (66,8%) *considera que com a presença dos familiares, os cuidados prestados na SE ganhariam outra visibilidade para a população*, enquanto apenas 12,6% dos inquiridos discordam dessa situação. Tal como defende Miles (2011),

ao permitir a presença da família esta verá o esforço feito pela equipa de reanimação, dando significado às palavras "nós fizemos tudo o que podíamos".

Também foi sentido pela maioria dos inquiridos (46,2%) que *com a presença dos familiares na SE, a equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE*, enquanto 28,1% dos inquiridos não sentiram da mesma maneira.

Nas situações em que existe um familiar a necessitar de cuidados de reanimação, a família pode experienciar uma angústia profunda, necessitando ela própria do conforto e apoio de alguém e aí será essencial o apoio prestado pela equipa de saúde (Phaneuf, 2005).

No que se refere à capacidade dos enfermeiros e médicos para *preparar os familiares para entrar na SE e assistir à reanimação de um familiar*, 37,7% dos inquiridos disse-se capaz de o fazer, ao contrário de 30,1% dos inquiridos que afirmaram não concordar ter essa capacidade, enquanto 32,2% revelaram não concordar nem discordar em ter essa capacidade. Estes valores tão próximos vêm de encontro ao que afirmam Porter et al. (2014) quando consideram que um maior desenvolvimento de programas de educação e treino para as equipas de reanimação também é essencial para a futura implementação e prática de PFDR.

Uma vez que a maioria dos inquiridos se mostrou mais discordante com a presença de familiares na SE durante a reanimação, constatamos isso mesmo num maior número de riscos relativamente aos benefícios, identificados pelos enfermeiros e médicos inquiridos. O risco com maior concordância por parte dos profissionais foi o de que *"Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais"* com 74,4%. O facto de por vezes os familiares pretenderem que a reanimação continue mesmo quando isso é considerado inútil pela equipa de reanimação, é uma das razões dos oponentes da PFDR apresentada por Walker (2007) referindo-se ao estudo de Compton et al. (2006).

Ainda de acordo com o que afirma este autor, também é referido pela maioria dos inquiridos (52,3%) que a equipa de reanimação tenderá a prolongar desnecessariamente

as manobras de reanimação com os familiares presentes, ao invés de 25,1% dos enfermeiros e médicos que afirmam não concordar com esta afirmação.

Constatamos também que 66,8% dos inquiridos referiu *que se sentiria mais ansioso com a presença de familiares durante uma reanimação* e apenas 14,6% referiu o contrário. Esta situação encontra analogia em Mekitarian e Angelo (2015), quando afirmam que com a presença dos familiares durante a reanimação, os profissionais sentir-se-iam ansiosos o que poderia interferir na sua capacidade e concentração na realização de procedimentos.

Uma maioria dos inquiridos (58,3% contra 22,1%) *considera que a presença dos familiares na SE pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho.*

Esta possibilidade de interferência no desempenho dos enfermeiros e médicos na prestação de cuidados na SE é também defendida por Wacht et al. (2010) ao dizer que a presença de familiares na SE durante uma reanimação, poderá ser não só uma experiência traumática para os próprios familiares, mas também poderá interferir no próprio desempenho da reanimação. Já para Halm (2005), os oponentes da PFDR estão preocupados com uma possível perturbação da equipa enquanto presta cuidados.

Também para a maioria (61,3%) dos enfermeiros e médicos inquiridos, a equipa de reanimação ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada. De acordo com Walker (2007) referindo o estudo de Mitchell and Lynch's (1997), a maioria dos enfermeiros e médicos são desfavoráveis à presença de familiares durante a reanimação. Uma das razões apontadas por estes profissionais foi a de que a equipa poderia sentir-se intimidada pela presença da família.

É ainda referido pela maioria dos inquiridos (46,7%) *que a presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração.* Isto vem de encontro ao que diz Miles (2011) ao considerar que existem muitas unidades hospitalares que mantêm relutância em permitir a presença de familiares durante a reanimação, normalmente por causa da crença de que vão de alguma forma perturbar a capacidade dos profissionais se concentrarem unicamente na reanimação do doente.

É também considerado por grande parte dos inquiridos (60,8%) *que a qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas*. Estes valores vêm de encontro ao que afirma Walker (2007), referindo o estudo de Yanturali et al. (2005), que outra das razões para os profissionais de saúde não concordarem com a PFDR são o aumento dos níveis de stress na equipa de reanimação e a possibilidade da equipa sofrer abusos verbais ou físicos.

Constatamos ainda que, relativamente à escala de benefícios/riscos para os profissionais, uma grande percentagem dos inquiridos optou por tomar uma posição neutra relativamente a muitos dos itens com vários itens com percentagens de "*não concordo nem discordo*" acima dos 25%.

No que respeita à escala de benefícios e riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação, a grande maioria (68,8%) dos enfermeiros e médicos inquiridos considera que *os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente*.

De acordo com o estudo de Fullbrook et al. (2005), a maioria dos enfermeiros (76,4%) concordou que ao permitir que os familiares estivessem presentes durante a reanimação poderia assegurar-lhes que tudo estava a ser feito pelo doente.

Como benefício para os familiares foi também referido por 69,8% dos inquiridos que ao estar presente na SE, a família entenderá melhor o significado de que "*tudo foi feito para salvar o seu familiar*".

Miles (2011), defende que ao permitir a presença da família e vendo este o esforço feito pela equipa de reanimação, isso pode dar verdadeiro *significado às palavras "nós fizemos tudo o que podíamos"*.

Também para Ong et al. (2004) o facto de os familiares terem a oportunidade de ver que a equipa de saúde fez tudo para salvar o doente, é tido como um benefício da PFDR.

A justificação de que *a presença da família fornece apoio emocional ao doente* tem a concordância de 49,7% dos inquiridos, contra a posição discordante de 27,1% dos mesmos.

Na opinião de Soares et al. (2016) além do apoio que a presença da família pode representar para o doente nas unidades de emergência, percebeu-se que a sua presença pode ser importante no sentido de proporcionar calma ao familiar que se encontra doente. Para Celik (2013) um indivíduo com problemas de saúde geralmente prefere ter a sua família presente durante intervenções médicas ou de enfermagem. Segundo o mesmo autor, a presença da família mostrou-se redutora de ansiedade, principalmente durante procedimentos dolorosos.

No caso de morte do doente, 45,2% dos enfermeiros e médicos, considera que será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto. Esta opinião encontra paralelismo no estudo de Fullbrook et al. (2005) onde uma percentagem significativa (57,3%), aceitou que os familiares pudessem obter conforto ao partilhar os últimos momentos com o doente e metade da amostra também acreditava que a presença dos familiares poderia ajudar com o processo de luto.

Também para Jabre et al. (2013) a presença de um membro da família durante uma reanimação pode oferecer a oportunidade de um último adeus e ajudar essa pessoa a compreender a realidade da morte, com a esperança de que o processo de falecimento não seja prolongado ou complicado pelo luto patológico.

Já no que respeita aos riscos para os familiares, da presença de familiares na SE durante a reanimação, uma percentagem muito significativa dos inquiridos (89,4%) considera que os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação. Isto é corroborado por Mekitarian e Angelo (2015) quando dizem que as equipas de saúde fundamentam que excluem os familiares da SE, por receio que percam o controlo emocional e interfiram na prestação dos cuidados.

Igual percentagem (89,4%) são os inquiridos que consideram que *assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares*, no que é confirmado por Wacht et al. (2010) ao afirmar que de um modo geral, os familiares não são autorizados a estarem presentes junto do seu ente querido, durante manobras de reanimação ou procedimentos invasivos realizados na SE. Não só porque poderá ser uma experiência traumática para os próprios familiares, mas também porque poderão interferir no próprio processo de reanimação.

Também para Ong et al (2004) uma das razões mais frequentemente apontadas por enfermeiros e médicos para se oporem à presença da família durante a reanimação, é a preocupação de que os familiares serão expostos a uma experiência traumática.

A esmagadora maioria dos enfermeiros e médicos (89,9%) considera que *uma reanimação numa SE pode ser um cenário assustador, podendo ser a última memória com que os familiares presentes ficam do seu familiar*. Isto vem ao encontro do que é afirmado por Wright e Leahey (2013) em que a mudança num dos membros da família, através do impacto da doença, produz alterações nos outros membros, pelo que recorrer a uma SE com um familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez possa ter experienciado.

Para uma maioria significativa (64,8%) dos inquiridos, os *familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação*, no que é comprovado por Walker (2007) referindo o estudo de Yanturali et al. (2005), em que outras razões para os profissionais não concordarem com a PFDR são o aumento dos níveis de *stress* na equipa de reanimação e a possibilidade da equipa sofrer abusos verbais ou físicos.

Também no que diz respeito à escala de benefício/riscos para os familiares, constatamos que vários inquiridos optaram por mostrar uma atitude neutra, embora não tão marcante como na escala de benefícios/riscos para os profissionais. Aqui encontramos 4 itens com percentagem de "*não concordo nem discordo*" superior a 25%

Neste estudo, verificámos ainda que o grupo profissional dos médicos tem atitudes menos favoráveis do que o grupo profissional dos enfermeiros sobre a presença dos familiares na SE durante uma reanimação, tendo essas diferenças de atitude significado estatístico, quer seja na totalidade dos benefícios e riscos para os profissionais, quer seja para os familiares ($p < 0,01$). De referir ainda que as divergências são significantes em todos os fatores com exceção das atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios para os profissionais da presença da família na SE durante a reanimação, em que as divergências não têm significado estatístico ($p > 0,05$).

Apurámos também que os indivíduos do sexo masculino têm uma atitude menos concordante sobre os benefícios trazidos pela presença dos familiares na SE durante

uma reanimação. Esta situação poderá ser explicada pelo facto de a maioria dos inquiridos serem enfermeiras e o grupo profissional dos enfermeiros tem atitudes mais concordantes sobre os benefícios da presença de familiares na SE durante a reanimação.

Verificámos ainda que relativamente à relação das atitudes dos enfermeiros e médicos sobre os benefícios/riscos quer para os profissionais, quer para os familiares e a idade e o número de anos de exercício profissional, existe uma correlação fraca, negativa e com significado estatístico, à exceção do fator das atitudes face aos benefícios para os familiares. Pelo facto de a correlação encontrada ser negativa podemos afirmar que os profissionais que trabalham à mais tempo e os com mais idade têm atitudes mais favoráveis face à presença da família na SE durante a reanimação. Isto poderá ser explicado pelo facto de os profissionais com mais tempo de exercício profissional terem uma maior maturidade, mais formação e uma maior segurança a cuidar dos doentes e a lidar com os familiares.

O facto de a amostra em estudo se confinar apenas ao CHMT, representa uma limitação para este estudo porque apesar de nos permitir a concretização das subescalas obtidas, admite-se que ao estudar outra amostra poder-se-á encontrar divergências, pois a mesma escala aplicada a outra amostra ou em circunstâncias diferentes, poderá fornecer resultados diferentes (Moreira, 2009). De realçar igualmente que a validação da escala com as duas subescalas seria mais robusta se incluísse profissionais em maior número e distribuição geográfica pelo que em estudos futuros se sugere a inclusão de profissionais de varias instituições hospitalares e incluir também as atitudes dos familiares sobre esta temática.

A construção destas duas subescalas que poderão ser aplicadas isoladamente ou em conjunto para avaliar o constructo atitudes de enfermeiros e médicos perante a presença da família na sala de emergência durante a reanimação assim como o conhecimento do fenómeno é uma mais-valia para a investigação, ensino e pratica clinica.

Deve seguir se a sensibilização dos profissionais, educação dos profissionais e familiares sobre esta temática assim como criar condições (físicas, protocolos) para a sua implementação.

5 - CONCLUSÕES

Concluído o percurso feito até aqui, cabe-nos tecer algumas considerações em volta do que foi desenvolvido no estudo aqui apresentado.

A presença da família na SE durante uma reanimação tem sido motivo de estudo a nível internacional, nomeadamente nos Estados Unidos, Reino Unido e Austrália, mas em Portugal é praticamente inexistente material de investigação sobre este tema, pelo que foi considerado pertinente a realização deste estudo em que elaborámos duas escalas de Riscos e Benefícios para os profissionais e para os familiares, sobre a presença destes na SE durante uma reanimação.

A revisão bibliográfica efetuada permitiu uma maior perceção sobre o tema e contribuiu para delimitação do intuito do estudo e para a definição de objetivos.

Ao longo do estudo existiu a preocupação de atingir os objetivos traçados para esta investigação e a estruturação lógica do documento, na abordagem dos diferentes temas teve por base a concretização dos referidos objetivos.

De seguida enumeram-se os principais resultados

A maioria dos enfermeiros e médicos mostraram-se discordantes com a presença de familiares na SE durante uma reanimação.

O grupo profissional dos médicos apresenta atitudes menos favoráveis do que o grupo profissional dos enfermeiros relativamente à presença de familiares na SE durante uma reanimação.

Os profissionais do sexo masculino têm uma atitude menos favorável sobre os benefícios/riscos relativamente à presença de familiares na SE durante uma reanimação.

Os enfermeiros e médicos com mais idade e mais anos de experiência mostram atitudes mais favoráveis face à presença de familiares na SE durante a reanimação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AACN, (2016) - American Association of Critical-Care Nurses - Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. *Critical Care Nurse*, vol 36, Nº 1. Fevereiro 2016
- Alarcão, M.(2000).(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática. Coimbra: Quarteto. 372 p.
- Alarcão, M., Gaspar, M. F. (2007) - Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. Universidade de Coimbra. Acedido em 26 de Agosto 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a09.pdf>
- Almeida, L.; Freire, T. (2008) – Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Araújo, M. B.(2010) - Cuidar da Família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido em 26 Julho 2017 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Atwood, D. (2008). To Hold Her Hand. Family presence During Patient Resuscitation. *Jona's Healthcare Law, Ethics and Regulation / Volume 10, number 1 / January -March 2008*
- Bagagem, M. P. M. S. (2010) – A família e a saúde mental. Loures: Lusociência. 114 p.
- Barradas, J. F. G.(2010) - Atitudes dos Enfermeiros perante morte cerebral e transplantação de órgãos. Universidade do Algarve – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas- Departamento de Psicologia. Acedido em 29 agosto 2017 em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2076/1/Relatorio30-12.pdf>.
- Celik, G., (2013). Evaluation of patients families attitudes to witnessing invasive procedures in the emergency department. *Journal of Academic Emergency Medicine* 12, 63–64.

Acedido em 2 de Julho de 2017 em <http://www.akademikaciltip.com/sayilar/196/buyuk/pages%2061%20652.pdf>

Diário da República, 2ª série – nº35 - 18/02/11 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, nº124/2011.

DGS (2011) - Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido em 20 de Agosto de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/LegislacaoSaude.aspx>

Duque, C. (2008) – Atitudes & Comportamentos. Acedido em 20 agosto 2017 em <http://pt.scribd.com/doc/2453422/Atitudes-e-Comportamento>

ENA (2007) - Emergency Nurses Association. Presenting the Option for Family Presence. 3.ed. Dallas (Texas): Eckle North; 2007

ENA (2012) - Emergency Nurses Association. Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. December 2012. Acedido em 10 de Agosto de 2017 em https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencesynopsis3bdad0aaae4370856e849f26e553a3.pdf?sfvrsn=21ca66b_8

Fortin, M-F.(2000). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusodidata.

Fortin, M-F. (2009) – Fundamentos e etapas do processo de investigação Loures: Lusodidata.

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekval, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: Join position statement. *World of Critical Care Nursing*, 5(4), 86-88. Acedido em 22 de Agosto de 2017 em http://www.efccna.org/downloads/PS_Family_Presence_CPR.pdf

Fulbrook, P., Albarran, J., Latour, J., (2005). A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation. *International Journal of Nursing Studies* 42 (2005) 557–568

Guerra, M. P., Lima, L. (2005) – Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi Editores.

- Halm, M. (2005) - American Journal of Critical Care. Novembro 2005. Vol 44, numero 6.
- Hill, M.M., Hill, A. (2009)- Investigação por questionário. Lisboa. Edições Sílabo.
- Jabre, P., Belpomme, V., Azoulay, E., Jacob, L., Bertrand, L., Lapostolle, F., ... Adnet, F., (2013)
- Family Presence during Cardiopulmonary Resuscitation. New England Journal of
Medicine. March 14, 2013.
- Joint Comission (2010) - Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-
and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. The Joint Commission (2010).
Acedido em 25 de Agosto de 2017 em [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/
ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf)
- Lederman, Z., Wacht, O. (2014) - Family Presence During Resuscitation: Attitudes of Yale-New
Haven Hospital Staff. Original Contribution. Yale Journal of Biology and Medicine 87,
pp. 63-72. Acedido em 14 de Agosto de 2017 em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/
pmc/articles/PMC3941452/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941452/)
- Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento
hospitalar. Diário da República, 1ª série - Nº 178 - 14 de setembro de 2009,
6254-6255.
- Lei n.º 33/2009, de 14 de julho (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos
serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República,
1ª série - Nº134 - 14 de julho de 2009, 4467.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de
direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário da República, 1ª série -
Nº57 - 21 de março de 2014, 2127-2131.
- Martins, M. E. G.; Ponte, J. P. (2010) - Organização e tratamento de dados. Ministério de
Educação: dgide, 2010. Acedido em 02 de Agosto de 2017 em
[http://mat.absolutamente.net/joomla/images/recursos/documentos_curriculares/3ciclo/ot
d.pdf](http://mat.absolutamente.net/joomla/images/recursos/documentos_curriculares/3ciclo/otd.pdf)

- Mekitarian, F. F. P., Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*. 2015;33(4):460-466.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>
- Miles, S. J.(2011) - Family presence at the bedside during cardiopulmonary resuscitation. Ball State University - Muncie, Indiana.
- Moreira, J. M. (2009) – Questionários: Teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina, 2009.
- Neto, F. (1998) - Psicologia social. Universidade Aberta, Lisboa.
- Nogueira, M. B.(2007) - A Família: Conceito E Evolução E Sua Importância. Portal E-Gov, Brasil. BuscaLegis.ccj.ufsc.br. Acedido em 30 de Agosto 2017 em <http://egov.ufsc.br/portal/conteudo/família-conceito-e-evolução-histórica-e-sua-importância>
- Ong, M.E.H., Chan, Y.H., Srither, D. E., Lim, Y. H. (2004) - Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation. *Resuscitation (Official Journal of the European Resuscitation Council)* Volume 60 , Issue 1 , 45 - 50
- Pais Ribeiro, J. L. (2010) – Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3ª ed. Porto: Legis Editora, 2010.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (2005) – Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Lusociência*, XXIII, 633 p.
- Pinho, L. B., Kantorski, L. P. (2004) – Reflectindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. *Ciencia y Enfermeria*. Vol. X, nº1 (2004), p. 67-77. Acedido em 18 de agosto de 2017 em <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v10n1/art08.pdf>
- Polít, D., Beck, C.T., Hungler, B. (2004) - Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre. Artmed.

- Porter, J.E., Cooper, S. J., & Sellik, K. (2014) - Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *International Emergency Nursing* 22 (2014) 69–74.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (2008) – Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva, 2008. ISBN 9789726622758.
- Resuscitation Council, UK (1996) - Should relatives Witness Resuscitation?. October 1996. London
- Rodrigues, S. F. G. B.(2011) - Análise das atitudes dos enfermeiros face ao idoso, com vista à tomada de decisão: o caso do distrito de Bragança. Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em 20 de Agosto de 2017 em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6837/1/Sandra_Rodrigues_MGO_Especializac%CC%A7a%CC%83o%20em%20GUS_2011.pdf
- RCN (2002) - Witnessing resuscitation Guidance for nursing staff. Royal College of Nursing. April 2002. London
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R., Henriques, M.A.P.(2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, Vol.19, nº1
- Silva, A. M. F.(2007). O direito à privacidade do doente no serviço de urgência. Porto: Faculdade de Medicina. 266 p. Dissertação de Mestrado em Bioética.
- Silva, A. R. S. A., (2015). Sala de Emergência - Abordagem do doente crítico. Relatório de Estágio, Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto
- Soares J., Martin A., Rabelo J., Barreto M. & Marcon S. (2016). Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan*. 16 (2): 193-204. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.7
- Twibell, R. S., Siela, D., Riwtis, C., Wheatley, J., Riegle, T., Bousman, D., ... Neal, A., (2008) - Nurses Perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation - *American Journal of Critical Care*. March, 2008. Vol. 17, nº2

- Tomlinson, K., Golden, I., Mallory, J. & Comer, L., (2010). Family Presence During Adult Resuscitation. A Survey of Emergency Department Registered Nurses and Staff Attitudes. *Advanced Emergency Nursing Journal*. Vol. 32, No. 1, pp. 46–58
- Vilelas, J. (2009) – *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wacht, O., Dopelt, K., Sinir, Y. & Davidovitch, N.(2010). Attitudes of Emergency Department Staff toward Family Presence during Resuscitation. *Israel Medical Association Journal*. Vol 12, June.
- Walker W. (2007) - Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation: critical literature review. *Journal of Advanced Nursing* 61(4), 348–362
- Wright, L., & Leahey, M. (2013) - *Nurses and Families – A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th edition). Philadelphia: F.A. Davis Company.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

Atitudes de enfermeiros e médicos perante a presença da família na sala de emergência durante a reanimação.

O questionário que se apresenta em seguida servirá de base para o desenvolvimento da tese de mestrado em enfermagem à pessoa em situação crítica que me encontro a fazer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

O preenchimento do questionário é de carácter voluntário e totalmente anónimo.

A primeira parte do questionário pretende fazer a sua caracterização profissional e com a segunda parte, pretende-se saber qual a sua perceção enquanto profissional de saúde sobre a presença de familiares durante a reanimação.

Por "presença de familiares durante a reanimação" entende-se a presença de um ou mais familiares na sala de emergência durante manobras de reanimação cardio-respiratória.

Desde já agradeço o tempo despendido para o preenchimento deste questionário.

Enfermeiro Carlos Lopes

Qual o seu grupo profissional ?

Enfermeiro(a) _____

Médico(a) _____

Género? Feminino _____

Masculino _____

Qual é a sua idade? _____

Quantos anos tem de experiência profissional? _____

Quantos anos tem de exercício profissional no Serviço de Urgência?

Já trabalhou noutros serviços de urgência? Sim ____ Não ____

Quais? _____

Faz serviço pré-hospitalar? Sim ____ Não ____

Se sim, onde? _____

Cuida de doentes críticos na sala de emergência? Sim ____ Não ____

Que tipo de formação em emergência possui?

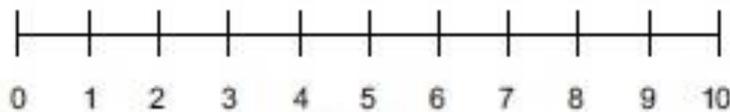
SAV: _____ SIV: _____

Outros: Quais?: _____

Já teve familiares submetidos reanimação na sala de emergência? Sim ____ Não ____

Se sim gostaria de ter assistido? Sim ____ Não ____

De 0 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente) assinale um numero que represente o seu grau de concordância face à presença de familiares na sala de emergência durante a reanimação.



INSTRUÇÕES:

As seguintes afirmações refletem as suas percepções sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos na sala de reanimação. Utilizando a seguinte escala, selecione a resposta colocando (x) no quadrado respectivo, a qual corresponde ao seu nível de acordo ou desacordo.

Questões	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1 – Deve ser dada aos familiares a possibilidade de estarem junto do seu familiar na sala de emergência durante manobras de reanimação					
2 – Deve ser explicado aos familiares o estado clínico do doente antes de poderem entrar na SE					
3 – Deve ser permitido aos familiares abandonarem a SE, se assim o entenderem					
4 – O familiar na sala de emergência deve estar acompanhado por um profissional que lhe possa explicar a necessidade das manobras realizadas					
5 – Só os familiares que expressem essa vontade devem ser autorizados a permanecer na SE					
6 – Para estarem presentes os familiares têm que garantir que não irão perturbar o trabalho da equipa					
7 – Os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente					
8 – No caso de morte do doente, será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto					
9 – A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar.					
10 – Os profissionais de saúde estão sensibilizados para aceitar a presença da família na SE					
11 - Devem existir políticas e programas formativos para os profissionais de forma a diminuir as barreiras à presença de familiares na SE					

12 – A presença de familiares na SE prejudica o desempenho da equipa					
13 – As SE não têm condições físicas para permitir a presença de familiares durante a reanimação					
14 – Os familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação					
15 – Os profissionais deverão ter formação sobre como lidar com a presença de familiares na SE					
16 – Para permanecer no SE durante a reanimação, os familiares devem ter formação sobre como se comportar durante as manobras					
17 – Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação					
18 – Eu ficarei mais ansioso(a) com a presença de familiares durante uma reanimação					
19 – Se um familiar meu necessitasse de reanimação na SE eu gostaria de estar presente					
20 – A equipa tenderá a prolongar desnecessariamente as manobras de reanimação com os familiares presentes					
21 – Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população					
22 – Os profissionais sentir-se-ão mais motivados para prestar cuidados de excelência devido à presença de familiares a observar					
23 – A presença de familiares na SE permitirá colher mais dados importantes sobre o doente					
24 – A presença de familiares na SE fá-los sentir mais respeitados pela equipa					
25 – Quando estão presentes durante a reanimação os familiares sentem-se parte ativa no processo					
26 - A equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE					
27 – Reanimações bem-sucedidas ajudam a valorizar os profissionais de saúde junto dos familiares					

28 – Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar"					
29- A presença de familiares na SE exerce uma pressão negativa junto dos profissionais e interfere com o desempenho destes.					
30 – A presença da família leva a abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência					
31 – Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares					
32 – A equipa ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada					
33– A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho					
34 – A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa interferindo com a sua estabilidade emocional.					
35 – A presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração					
36 – No caso de reanimação mal sucedida os familiares podem exigir processos judiciais					
37 – A qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas					
38 – Uma reanimação é algo de desconhecido e inesperado para a qual os familiares não estão preparados					
39 – Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a última memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar					
40 – Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais					
41 – A presença da família fornece apoio emocional ao doente					

42 – Partilhar os últimos momentos com o familiar doente facilita a aceitação da morte por parte dos familiares					
43 – A presença da família permite evitar sentimentos de culpa por não estar presente durante os últimos momentos do seu familiar					
44 – É natural para a família estar presente nos últimos momentos dos seus familiares					
45 – A presença de familiares durante a reanimação é um direito que todos os doentes devem ter					
46 – Eu consigo preparar familiares para entrar da SE e assistir à reanimação de um familiar seu					
47 – Eu consigo efetuar manobras de reanimação com familiares presentes					
48 – Os doentes querem a presença de familiares durante a reanimação					
49 – Os familiares querem estar presentes durante a reanimação					
50 - Eu consigo controlar, durante uma reanimação, eventuais excessos de linguagem na presença de familiares					

ANEXO 2

Despacho do CA do CHMT autorizando a realização do estudo



INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

De: Enfermeira Diretora N.º: ez/be/ca Data: 27-04-2017 Pág: _____

Para: Conselho de Administração

C.c.: _____

Assunto: Projeto de Investigação – Enfermeiro Carlos Alberto Barrocas Lopes

PARECER	DESPACHO
	<p> CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E. <u>03/05/2017</u> Em reunião de Conselho de Administração deliberação <u>unânime</u> favor da Comissão de Ética representada por <u>S.ª F. de Sousa</u> Vogal Executiva  Diretora dos Serviços Finais Vogal Executivo  Carlos Gil Enfermeira Diretora  Ana Paula Eusébio Diretora Clínica  Cristina Gonçalves</p>

Na sequência do parecer positivo da Comissão de Ética, proponho que se autorize o estudo solicitado pelo Senhor Enfermeiro Carlos Alberto Barrocas Lopes, intitulado "Atitudes dos profissionais de saúde sobre a presença da família na sala de emergência durante a realização de procedimentos", no âmbito da dissertação de mestrado que está a realizar, que consiste na aplicação de questionário aos profissionais do Serviço de Urgência.

A Enfermeira Diretora



Ana Paula Eusébio

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.

Unidade de Abrantes: Largo Eng.º. Bórcas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Torres: Av. Maria de Lourdes de Melo e Castro -
Apartado 118, 2504-909 Torres | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 830 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

ANEXO 3

Subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os profissionais sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação

Questões	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1 – Eu ficarei mais ansioso(a) com a presença de familiares durante uma reanimação					
2 – A equipa tenderá a prolongar desnecessariamente as manobras de reanimação com os familiares presentes					
3 – Com a presença dos familiares, os cuidados em SE ganhariam outra visibilidade para a população					
4 – Os profissionais sentir-se-ão mais motivados para prestar cuidados de excelência devido à presença de familiares a observar					
5 - A equipa sentir-se-á mais próxima dos familiares e prestará melhor apoio emocional quando estes estão presentes na SE					
6 - A presença de familiares na SE exerce uma pressão negativa junto dos profissionais e interfere com o desempenho destes.					
7 – A presença da família leva abordagem correta à vítima e à criação de profissionais de excelência					
8 – A equipa ao sentir-se "observada" pode sentir-se desconfortável e ver a sua atuação prejudicada					
9– A presença da família pode ser um motivo de desconcentração da equipa prejudicando o seu desempenho					
10 – A presença da família poder ser um motivo de desconcentração da equipa interferindo com a sua estabilidade emocional.					
11 – A presença de familiares perturba uma atividade que exige elevada concentração					
12 – A qualquer momento um familiar presente na SE pode tornar-se uma ameaça para a equipa, não estando as condições de segurança asseguradas					
13 – Uma decisão de não reanimação pode não ser entendida pelos familiares presentes na SE, levando à descrença nos profissionais					
14 – Eu consigo preparar familiares para entrar da SE e assistir à reanimação de um familiar seu					

ANEXO 4

Subescala de atitudes de enfermeiros e médicos sobre os de Benefícios/Riscos para os familiares sobre a presença de familiares na SE durante a reanimação

Questões	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1 – Os familiares presentes na SE, ficam a compreender o trabalho realizado pela equipa para reanimar o doente					
2– Os familiares terão dificuldade em controlar as emoções ao assistir a uma reanimação					
3 – A presença de familiares na SE permitirá colher mais dados importantes sobre o doente					
4 – A presença de familiares na SE fá-los sentir mais respeitados pela equipa					
5 – Quando estão presentes durante a reanimação os familiares sentem-se parte ativa no processo					
6 – Ao estar presente a família entenderá melhor o significado de que "tudo foi feito para salvar o seu familiar"					
7– Assistir a uma reanimação na SE pode ser traumático para os familiares					
8 – Uma reanimação é algo de desconhecido e inesperado para a qual os familiares não estão preparados					
9 – Uma reanimação pode ser um cenário assustador, podendo ser a ultima memória que os familiares presentes na SE com que ficam do seu familiar					
10– A presença da família fornece apoio emocional ao doente					
11 – Partilhar os últimos momentos com o familiar doente facilita a aceitação da morte por parte dos familiares					
12– A presença da família permite evitar sentimentos de culpa por não estar presente durante os últimos momentos do seu familiar					
13 – No caso de morte do doente, será mais fácil aos familiares se estiverem presentes iniciar o processo de luto					
14– A presença de familiares favorece a concentração da equipa no trabalho a realizar.					
15 – Os familiares durante a reanimação na SE podem tornar-se agressivos para com a equipa de reanimação					