



**Luisa Maria Silva Pais
Ferreira**

**O atendimento no serviço de urgência: uma
intervenção supervisiva**



**Luisa Maria Silva Pais
Ferreira**

**O atendimento no serviço de urgência: uma
intervenção supervisiva**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Sousa Pereira, Professora Doutora do Departamento das Ciências da Educação da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa Jesus
Professora Associada da Universidade de Aveiro

vogais

Doutor Nuno Manuel Gameiro Rebelo dos Santos
Professor Associado da Universidade de Évora

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Doutor Daniel Marques Silva
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior
Politécnico de Viseu

agradecimentos

Porque foi um trabalho árduo em que houve a participação de muitos, venho agradecer publicamente a todos os que de uma forma directa, ou indirecta, colaboraram para que esta pesquisa chegasse ao seu termo.

Ao meu filho pela falta da sua mãe em momentos difíceis.

Ao meu marido que esteve sempre a criticar.

À Professora Anabela que me deu o entusiasmo necessário para chegar ao fim.

A todos, o meu grato agradecimento

Palavras chave

Atendimento, supervisão, relação de ajuda, qualidade

Resumo

O atendimento numa situação de urgência reveste-se de inúmeras dimensões que podem traduzir num momento marcante para os utilizadores destes serviços hospitalares. Conscientes deste facto e associado à necessidade de estabelecer planos de melhoria contínua da qualidade em matéria da assistência em saúde, a investigação teve como objectivos: compreender as representações dos utentes, familiares ou conviventes significativos em matéria de atendimento que é realizado no serviço de urgência; identificar os aspectos mais problemáticos no decorrer do atendimento; identificar estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos utentes, familiares e conviventes significativos, no que se refere ao atendimento em serviço de urgência e, avaliar os mecanismos de acção propostos pelo projecto de acreditação de qualidade da assistência.

A pesquisa foi desenvolvida numa unidade de urgência hospitalar onde foram realizados dois estudos. O primeiro consistiu numa análise documental das reclamações e o segundo realizado em situação de serviço de urgência de um hospital tendo para o efeito sido utilizado um questionário que foi distribuído a 417 indivíduos que afluíram diariamente ao serviço.

Os resultados identificam algumas áreas problemáticas como sejam: um ambiente que não satisfaz o utente, a comunicação inadequada entre este e os profissionais, a falta de formação em matéria de atendimento personalizado, a demora para serem atendidos e a relação de ajuda ineficaz. Apesar de uma forma geral os utentes ou conviventes significativos sentirem que o atendimento no serviço de urgência foi eficaz, foi salientado a necessidade de um maior envolvimento dos profissionais visto que o hospital se encontra a atravessar um projecto de acreditação de qualidade.

Foram igualmente identificadas pelos utentes possíveis áreas de melhoria: sistemas de triagem para estabelecimento de prioridades no atendimento, aumentar a dotação de pessoal, realizar cursos de formação para o pessoal que exerce funções no atendimento, melhorias na estrutura física e introduzir uma figura que supervisione toda a actividade assegurando um atendimento global e personalizado.

Como implicações do estudo surgiu o Manual de Atendimento e a implementação de um sistema de triagem.

Key words

Care, supervision, help relation, quality

Abstract

The care in an emergency occurrence concerns uncountable dimensions that can turn out into an impressive experience for patients in these hospital services. Aware of this fact and feeling the need of establishing plans of continuous improvement of quality in health care; these has been the research's objectives: understand the image perceived by patients, about health care in the emergency service; identify the most problematic features during health care; identify strategies to meet patients expectations, their relatives and significant partners, concerning emergency service and evaluate action mechanisms proposed by the project of quality credibility in care. The research took place in a hospital emergency service where two studies have been made. The first one consisted in examining the documents of complaint and the second has been hold during the exercise of a hospital emergency service, using a query that has been given to 417 individuals who have been coming daily into the service.

Results identify some problematic areas, such as: an unsatisfactory environment for the patient; an inefficient communication between patients and health professionals; lack of training in personalised care; delay for patients to be taken care of and an inefficient relation help.

Although, in general, patients or significant partners feel that emergency service has been efficient, the need of a greater engagement of health professionals has been pointed out, since the hospital is holding a project of quality credibility.

Patients identified as well, possible areas of improvement: triage systems to categorize priorities in care, increase the staff, training for professionals in care; improve the physical structure and create a supervisor for all activity in order to assure a global and personalized attendance.

The study implied the creation of the Guide of Health Care and the implementation of a triage system.

INDICE GERAL

	Página
O Júri.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Índice geral	vii
Índice de figuras	xi
Índice de quadros	xii
Lista de siglas	xv
	Página
INTRODUÇÃO	1
<p>PARTE I Enquadramento teórico</p>	
NOTA INICIAL	11
CAPÍTULO I - CUIDAR E ENFERMAGEM	13
1. Percursos em enfermagem	14
2. A relação de ajuda	18
CAPÍTULO II - ATENDIMENTO EM SAÚDE	41
1. Comunicação e assertividade	43
2. Dinâmicas de atendimento	57

CAPÍTULO III - SUPERVISÃO E ATENDIMENTO	65
1. Uma perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional	66
2. Compreensão do conceito de supervisão	68
3. As estratégias supervisivas e o atendimento em urgência	72
4. A relação supervisiva em contexto de urgência	74
5. Atendimento e qualidade de cuidados	79

<p>PARTE II</p> <p>Contribuição empírica</p>
--

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA GERAL	87
1. Tipo de estudo	88
2. Objectivos da investigação	91
3. Questões a investigar	91
4. Estudos a desenvolver: estudo 1 e estudo 2	
5. Amostra e sua caracterização	93
6. A unidade social de estudo	94
7. Instrumentos de investigação	97
8. Procedimentos gerais	100
9. Análise dos dados	101
9.1. Análise estatística	101
9.2. Análise de conteúdo	102
CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	105
1. Estudo 1: Análise das reclamações	105
1.1. Atitudes e comportamentos no atendimento	106
1.2. Organização e gestão na área de funcionamento e acessibilidade	107

1.3. Estrutura do serviço	108
1.4. Leis normas e regras	109
1.5. Profissionais identificados pelos utentes e familiares	109
2. Estudo 2: O atendimento no serviço de urgência	111
2.1. Estudo piloto prévio – 1ª fase: <u>Reflexão Falada</u>	111
2.1.1. O que se observa como comportamento verbal	112
2.1.2. O que se observa como comportamento não verbal	117
2.2. Estudo propriamente dito – 2ª fase: <u>Dinâmicas de Atendimento</u>	118
2.2.1. Caracterização socio-demográfica	119
2.2.2. Causas que levam o utente a recorrer ao serviço de urgência	122
2.2.3. Motivos porque optaram pelo serviço de urgência do HJLC	123
2.2.4. Percepção dos utentes sobre o atendimento no serviço de urgência	125
2.2.5. O atendimento durante o processo de cuidados	127
2.2.6. Aspectos de atendimento aos utentes e familiares	131
2.2.7. O ambiente e estrutura física	132
2.2.8. Acessibilidade dos transportes	133
2.2.9. Ensino e informação	133
2.2.10. Direitos e deveres do doente	135
2.2.11. Relação dos profissionais com utentes e familiares	138
2.2.12. Motivos de incompreensão das informações	139
2.2.13. Nivel de eficácia do atendimento	140
2.2.14. Análise de opiniões	141
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	147
1. O atendimento no serviço de urgência	148
2. Caracterização da população e motivo de utilização dos serviços	149
3. Identificação das problemáticas durante o atendimento	156
4. A melhoria dos processos de atendimento no serviço de urgência	166

CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	174
1. Principais conclusões	174
2. Implicações do estudo	185

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Anexo 1 – Pedido de autorização do estudo

Anexo 2 – Questionário

Anexo 3 – Grelha da Reflexão Falada

Anexo 4 – Grelha de análise sobre os motivos de vinda à urgência

Anexo 5 – Avaliação da triagem

Anexo 6 – Grelha de análise da pergunta aberta

Anexo 7 – Proposta de Manual de Acolhimento

	Página
Índice de Figuras	
Figura 1 – Representação das interacções num processo de comunicação ...	54
Figura 2 – Processo ecológico do atendimento	75

	Página	
Índice de Quadros		
Quadro – 1	Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de atitudes e comportamentos (relacionais e técnico-profissionais) e subcategorias em que se enquadram.	106
Quadro – 2	Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de organização e gestão na área do funcionamento e acessibilidade e subcategorias em que se enquadram.	107
Quadro – 3	Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de estrutura e subcategorias em que se enquadram.	108
Quadro – 4	Distribuição do número das unidades de registo relacionadas com a categoria de Lei/Normas/Regras e suas subcategorias	109
Quadro – 5	Distribuição do número de profissionais identificados pelos utentes e/ou seus familiares, pelos seus sectores de actividade.	110
Quadro – 6	Transcrição das sugestões feitas sobre o questionário na Reflexão Falada e sua categorização.	113
Quadro – 7	Transcrição dos comentários feitos sobre o questionário apresentado na Reflexão Falada	114
Quadro – 8	Distribuição das frequências obtidas na reflexão falada sobre o comportamento verbal	116
Quadro – 9	Distribuição das frequências obtidas na reflexão falada sobre o comportamento não verbal	117
Quadro – 10	Distribuição dos inquiridos pelo sexo	119
Quadro – 11	Distribuição por grupos etários	119
Quadro – 12	Distribuição dos inquiridos por profissões e/ou ocupações	120
Quadro – 13	Distribuição dos inquiridos pela sua residência	121
Quadro – 14	Distribuição dos inquiridos pelas suas habilitações literárias	122
Quadro – 15	Apresentação dos motivos de utilização do serviço de urgência	123

Quadro – 16	Distribuição dos inquiridos pelas vezes que utilizaram os serviços	124
Quadro – 17	Distribuição das frequências de respostas dos inquiridos sobre outros motivos que os levaram à utilização do serviço de urgência do HJLC	125
Quadro – 18	Distribuição percentual do nível de concordância em relação às afirmações referentes ao início do atendimento no serviço de urgência	125
Quadro – 19	Distribuição percentual do nível de concordância em relação às afirmações referentes ao prosseguir do atendimento no serviço de urgência	130
Quadro – 20	Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados com o atendimento que utentes e/ou familiares foram submetidos	136
Quadro – 21	Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados com a forma como os utentes e/ou familiares foram tratados	137
Quadro – 22	Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados como os profissionais se relacionaram com utentes e/ou familiares	138
Quadro – 23	Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas sobre como os utentes e/ou familiares se sentiram no atendimento	139
Quadro – 24	Distribuição do número das respostas afirmativas e negativas sobre o motivo pelo qual não compreenderam as informações dos profissionais	140
Quadro – 25	Distribuição de frequências sobre o nível de eficácia do atendimento no serviço de urgências	139
Quadro – 26	Seleccção de tópicos a avaliar num programa de melhoria segundo A. Donabedian (1988)	157

Quadro – 27	Esquematização por níveis das problemáticas identificadas pelos utentes nas relações interpessoais	162
Quadro – 28	Esquematização por níveis das problemáticas identificadas pelos utentes nos cuidados técnicos	164
Quadro – 29	Esquematização por níveis das expectativas dos utentes para a melhoria nas relações interpessoais	173

Lista de Siglas

HJLC	Hospital José Luciano de Castro
IQS	Instituto de Qualidade da Saúde
QI	Quociente de Inteligência
KFHQS	Kings Fund Health Quality Service
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
UK	United Kingdom

INTRODUÇÃO

No âmbito do desenvolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde tem sido motivo de reflexão as questões relacionadas com a qualidade da assistência em algumas dimensões, partes integrantes e integradoras dos vários processos dessa assistência, das quais se destaca a forma como os utentes e seus familiares ou conviventes significativos são atendidos em meio hospitalar.

É pertinente pensar-se que para a qualidade de cuidados de saúde concorrem um conjunto significativo e multifactorial de variáveis que importa estabelecer como vertentes e objectos de atenção privilegiada dos próprios utilizadores e também dos prestadores.

Diariamente são admitidos milhares de utentes nos serviços de urgência. Isto faz com que o atendimento desta grande afluência de utentes se possa repercutir de modo desfavorável no funcionamento destes serviços que são, como todo o sistema de saúde, limitado nos vários recursos – humanos, materiais, equipamentos e de instalações.

Tradicionalmente encontramos a recepção, atendimento e acolhimento dos doentes em situação de urgência, feita por pessoal administrativo ou outro, cuja preparação para este procedimento pode estar aquém do exigido. A filosofia de “*esperar pela sua vez*” é comum em muitos serviços.

O serviço de urgência pode ser particularmente desumanizante para os seus próprios profissionais, e conseqüentemente para o doente e família, uma vez que os primeiros se vêem constantemente confrontados com grande intensidade de trabalho físico e emocional, com a morte ou a súbita doença grave, com a gestão de muitos e variados recursos e conflitos. Acrescenta-se ainda que as relações interpessoais com qualidade no serviço de urgência, tornam-se muitas vezes desgastantes para o enfermeiro.

No cruzamento de todas estas dificuldades é fundamental lembrar que a capacidade de prestar cuidados de saúde será medida, para além da competência técnica, pela vontade permanente de não deixar o outro entregue à sua solidão. Esta, numa sala de urgência hospitalar, torna-se ainda maior quando se olham para rostos tão ou mais ansiosos que outros, quando o tema de debate é a doença de queridos e quando raramente chega uma

informação, ou a que chega não é satisfatória para as ansiedades, fundamentalmente porque a comunicação com a equipa de urgência pode não ser eficaz.

O atendimento nas salas de espera pode traduzir uma imagem efectiva daquilo que é, para a realidade do utilizador, o serviço que lhe vai prestar cuidados. Se em estruturas onde a ansiedade é mais diminuta, como por exemplo nas zonas de Consulta Externa ou de serviços programados como os de exames complementares de diagnóstico, se cuida da “aparência” física e da dimensão relacional, parece ser mais pertinente quando estas questões são colocadas ao nível do atendimento em Serviço de Urgência.

O serviço de urgência hospitalar é uma unidade específica do hospital onde a natureza clínica se reveste de características muito próprias. As situações clínicas de urgência são aquelas que ocorrem em instalação súbita e a missão do serviço é prestar cuidados em matéria de saúde com vista a solucionar ou encaminhar para soluções avançadas ou de especialidade interventiva com elevado grau de rapidez temporal, uso de técnicas sofisticadas e com denotada capacidade relacional.

Consideramos e parece-nos consensual afirmar que o atendimento é um processo importante e único em cada hospital e em cada situação específica. Este implica uma relação tão próxima quanto possível, do utente, para determinar a causa que leva a recorrer à unidade hospitalar e as condições em que se encontra. A forma de abordagem ao doente, familiar ou convivente significativo, pode marcar decisivamente todo o processo terapêutico. Pretende-se pois que seja um processo sistemático e dinâmico implementado em protocolo que possa servir a aproximação humana em qualquer situação, favorecendo a comunicação e promovendo a adesão aos cuidados em matéria de saúde que são necessários desenvolver.

Os padrões de atendimento através do envolvimento de uma equipa multidisciplinar deve ser conhecido por parte de todos os elementos, sendo cada um deles, enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica, porteiros/seguranças e administrativos, capazes de se substituírem nesse procedimento sem deixar marcas diferenciais (Nunes e Rego, 2002).

Aos profissionais que realizam esta actividade é-lhes exigido dinamismo, agilidade mental, estabilidade emocional, facilidade de relação, capacidade de priorizar as situações de urgência, através de estratégias de comunicação, reflexão, observação e de avaliação.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001) e baseada na tríade de Donabedian (1988), as dimensões da qualidade são monitorizadas a nível da estrutura, do processo e dos

resultados. Concorrem para o acto clínico uma panóplia de factores devidamente identificados. No entanto é no grupo de enfermeiros que se observa maior disponibilidade para a efectivação do atendimento. Não estaremos a apontar a unilateralidade da responsabilidade mas acredita-se que é a esta classe de profissionais que na maioria dos contextos está confinada a organização do ambiente para a prestação de cuidados em matéria de saúde a nível operacional. O enfermeiro é assim o profissional mais preparado para fazer a gestão do doente e sua família.

Também o ambiente e estrutura física desempenham um papel importante no bem estar das pessoas que ocorrem aos serviços de urgência. As salas de espera hospitalares são espaços de *primeiro impacto* e onde, por excelência e de forma crucial, se deve realizar o atendimento dos utentes, familiares ou pessoas significativas, respeitando sempre os primados éticos para que outros não tenham acesso a uma informação que é individual e privada.

No entanto, ao reflectir-se sobre certas vivências, depara-se com um conjunto significativo de situações em que o atendimento, para além de ser realizado como um simples procedimento, é identificado pelos utentes como um processo desumano, sem comunicação/informação, dessensibilizado, agressivo, sem defesa ética e meramente técnico.

Faz sentido, e aceita-se como uma dimensão individualmente vivenciada em contexto profissional e pessoal, estudar e desenvolver os aspectos que relacionam o atendimento em serviço de urgência, a qualidade da assistência em matéria de saúde e a supervisão deste processo como forma de garantir o êxito da prestação de cuidados. Nesta medida destacam-se algumas reflexões, que apesar de partirem do senso comum (expressões dos utentes, família ou pessoa significativa que nos vão chegando no nosso dia a dia) parecem ser motivo de análise: *“Estou farto de estar à espera e ninguém me diz nada”*; *“Estão aqui tantos de bata branca e ninguém vem ver as pessoas que estão tão mal”*; *“Só os vejo a andar lá dentro de um lado para o outro e ninguém se chega”*.

Perante estes achados pensamos que foram estas as nossas preocupações iniciais:

- Necessidade de orientar o utente, família ou pessoa significativa na estrutura física do hospital;

- Dar o apoio ao utente, família ou pessoa significativa durante a sua permanência no serviço de urgência;
- Necessidade de supervisionar todo o processo de atendimento utilizando estratégias supervisivas;
- Identificar a interacção que se pode desenvolver para promover cuidados em matéria de assistência em saúde.

A escolha deste trabalho assenta num conjunto de preocupações que apesar de serem identificadas a um grupo de profissionais, os enfermeiros, é mais relevante em termos pessoais porque se sente como uma necessidade emergente das políticas de qualidade adoptadas pela instituição onde se exerce a actividade profissional.

As questões da qualidade encontram-se transversais aos quotidianos. A qualidade em saúde é uma ferramenta fundamental para novas estratégias de gestão. Apesar de se colocar o cidadão, utente dos serviços de assistência de saúde, no centro das estruturas para a qualidade, acredita-se que é pensar a qualidade, desenvolver uma cultura de qualidade, a partir dos seus prestadores, que todas as estratégias terão o devido impacto na população que servem.

As estratégias de administração do desempenho disponibilizadas, onde se inclui os mais actuais programas de acreditação da qualidade como ferramentas de gestão das organizações de saúde, podem ser utilizadas pelos profissionais dependendo do seu entusiasmo individual ou apoio administrativo. Todas podem contribuir para a efectividade pessoal e profissional ajudando a melhorar a organização e o desempenho do indivíduo. A monitorização é operacionalizada como um acordo mútuo onde há responsabilidade partilhadas para avaliar o desempenho e negociar metas ou estabelecer contratos para futuro.

Crê-se pois naquilo que muito recentemente e de modo particularmente feliz, Hesbeen (2001) refere que uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver. Esta qualidade procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a

prova dos talentos destes profissionais. Pode-se afirmar que se inscreve num contexto político, económico e organizacional com orientações meios e limites pertinentes e claramente identificados.

A pertinência desta proposta de estudo, para além de se enquadrar no âmbito académico do Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, é um projecto que se dirige para a compreensão de fenómenos que envolvem a assistência em matéria de saúde e construção de significados importantes para a definição de uma política local de atendimento num serviço de urgência hospitalar ao qual somos sensíveis pelas nossas vivências em determinado contexto profissional.

Tal temática tem sido pouco estudada sendo reduzidas as publicações existentes. Daí darmos os nossos contributos no sentido de clarificar e compreender melhor alguns pontos. As dimensões que se identificam como a posição da enfermagem, relação de ajuda, comunicação, supervisão, o atendimento e os contextos sempre mutáveis, serão as linhas para se estabelecer a necessária revisão de literatura.

O enquadramento paradigmático da proposta de investigação ou linha conceptual aceite está relacionado com metodologia de *estudo de caso*. Entende-se que se trata de um contexto único onde se pretende fazer uma descrição pormenorizada dos fenómenos decorrentes e sem utilizar resultados em generalizações para outros que decerto terão diferenças razoáveis.

O estudo em desenvolvimento tem como título: **“o atendimento do utente no serviço de urgência: uma intervenção supervisiva”**.

Tendo em consideração a identificação do tema, onde se ressalva que o atendimento no serviço de urgência pode ser uma medida dinamizadora da qualidade global da assistência, traçaram-se os seguintes objectivos:

- Compreender as representações dos utentes, famílias ou pessoas significativas em matéria do atendimento que é realizado no serviço de urgência;
- Identificar os aspectos mais problemáticos no decorrer do atendimento;

- Identificar estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos utentes, família ou pessoa significativa no que se refere ao atendimento em serviço de urgência;
- Avaliar os mecanismos de acção propostos pelo projecto de acreditação de qualidade da assistência.

O contexto onde decorre o estudo é o serviço de urgência do Hospital de José Luciano de Castro, Hospital Distrital de Anadia. È nele também que se pretende analisar as práticas decorrentes e deixar contributos para uma política qualificante de atendimento de urgência elaborando um manual de atendimento para utentes, família ou pessoa significativa no serviço de urgência.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico essencial para justificar o discurso científico pelo qual optámos. Nela abordámos o cuidar e a relação de ajuda, o atendimento com as dinâmicas da comunicação e assertividade e, a relação entre este e a supervisão.

A segunda parte deste documento inicia-se com a nossa contribuição empírica com a parte metodológica que se pensa ser a linha orientadora das dinâmicas de investigação, onde serão explicitados a amostra, instrumentos de avaliação, procedimentos e análise de dados. De seguida serão apresentados os resultados e respectiva discussão dos dados. Terminaremos com o capítulo das conclusões e implicações do estudo.

Na fase final desta investigação fomos convidados a gerir a implementação de um processo de estabelecimento de prioridades de atendimento no serviço de urgência através da metodologia da **Triagem de Manchester**.

Pensa-se que com uma intervenção supervisiva de apoio e orientação, utilizando estratégias específicas (observação de procedimentos, comunicação entre pares e com utentes dos serviços de urgência, mecanismos de reflexão-acção das práticas de cuidar e uma monitorização efectiva), é possível melhorar o atendimento na unidade de urgência.

È aceite de forma linear que o atendimento em serviço de urgência possa determinar o grau de envolvimento e de aderência ao processo de cuidados em que cada um é um projecto de saúde que urge dinamizar.

Os resultados desta investigação penetram nas realidades simbólicas e têm maior potencial transformador, uma vez que proporcionam aos utentes, família ou pessoa significativa uma consciencialização sobre o significado do atendimento.

Permite ainda deixar contributos para uma definição concreta de um processo sistemático de atendimento em serviço de urgência, através da elaboração de um **Manual de Atendimento**. Este tem o intuito de normalizar um procedimento que é necessário e imperioso para que a qualidade brilhe quer para os utentes quer para os profissionais do contexto.



PARTE I
Enquadramento teórico

NOTA INICIAL

A emergência da construção de um quadro teórico-conceptual deve-se à necessidade que o investigador tem de padronizar e ter como referência matéria para definição e análise do estudo.

A escolha que se faz das unidades propostas e não outras prende-se com a expressão das sensibilidades teóricas, pelo facto de sermos já detentores de um conjunto de saberes adquiridos que consideramos pertinentes e também de outras matérias que pensamos relevantes para a nossa investigação.

Entende-se a revisão teórica que vise constituir uma base conceptual sólida e uma referência para posteriores opções de operacionalização material do estudo – análise e discussão dos resultados obtidos.

Sentimos a necessidade de conhecer as opiniões dos autores, aqueles que sejam o mais actuais que nos for possível dentro de um pensamento que se coadune com as nossas realidades contextuais e não deixando de colocar algum cariz pessoal na sua escolha e na sua exposição numa perspectiva de “...*need for open-mindedness*” (Hart, 1998:11).

A grande quantidade dos conceitos em análise e o significativo número de publicações, artigos e monografias leva-nos a entender a necessidade de “...*fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação*” (Fortin, 1996:74). Desejamos assim efectivar uma triangulação entre um conjunto de perspectivas que por vezes nos parecem distintas se não mesmo antagónicas mas que nos parecem válidas.

Para o desenvolvimento deste estudo baseamo-nos essencialmente na pesquisa bibliográfica a efectuar, considerando esta, um caminho em construção. Segundo Ander-Egg (1978), citado por Lakatos e Marconi (1992:43): “*A pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos factos ou dados, relação ou leis, em qualquer campo do conhecimento*”.

Não podemos deixar de lado também a nossa opinião que desejamos fundamentar pelos saberes adquiridos, enquanto profissionais com sensibilidades em determinadas matérias que poderá ser uma mais valia para uma realidade que se pretende explicar.

As áreas que pretendemos desenvolver para o nosso quadro teórico são:

- ⌘ Área do exercício da enfermagem;
- ⌘ Dimensão relacional;
- ⌘ Matriz sócio-cultural em estudo.

A implicação directa que se faz para a área da enfermagem e não outra, está relacionada com as nossas sensibilidades e o que os autores apontam como sendo um poder e saber não visível mas importante em matéria de assistência em saúde (Nunes e Rego, 2002; Peneff, 2003).

Esta revisão não pretende ser exaustiva mas sim contribuir decididamente para a análise da necessidade de conhecer as questões relacionadas com o atendimento em serviço de urgência e a multiplicidade de dimensões em análise que podem ser intervenientes directas no estudo.

CAPÍTULO I - CUIDAR E ENFERMAGEM

“...cuidar é assim algo conciso, específico e diferente de pessoa para pessoa.”

Benner, P. (2001:230)

Torna-se difícil conseguir dissociar a terminologia *cuidar e enfermagem* mesmo em ambiente académico e explicativo. Desde os tempos remotos que a palavra *cuidar* se associa a uma forma de ajudar o outro. Como diz Watson (1999: 90): *“As pessoas precisam uma das outras de uma forma cuidativa e amorosa”*.

Tendo em relevo os envolvidos no ambiente de estudo, os profissionais que exercem funções num serviço de urgência, parece-nos relevante, até pela nossa proximidade afectiva e real, que se dedique mais atenção à área de enfermagem. No entanto aceitamos que para o acto clínico concorrem a multiprofissionalidade.

Carapinheiro (1998), ao abordar as questões dos saberes e poderes no hospital, como forma de descrever uma sociologia hospitalar, aponta para um poder de visão externa associado à classe médica e, um poder de visão interna e operacional adstrito ao grupo dos enfermeiros considerando este mesmo grupo o de maior representação e aquele que mantém e desenvolve maior disponibilidade e presença junto dos utilizadores.

Na nossa realidade, são os enfermeiros que mais estão presentes em todo o processo de atendimento já que são eles que mais tempo estão com o doente, mais abordam as famílias, são os orientadores da unidade em termos de organização operacional e criação de ambiente adequado.

Reforçamos esta ideia com os escritos de Benner (2001:141): *“As enfermeiras são muitas vezes confrontadas com crises que necessitam de uma atenção clínica imediata; por exemplo, é muitas vezes a enfermeira que começa o processo de reanimação ao doente”*.

Numa perspectiva de modelo biomédico de exercício, a enfermagem enquanto grupo profissional, como nos faz realçar Carapinheiro (1998), vai sentindo condicionalismos evidentes na sua autonomia profissional, dado que a sua actividade se desenvolve integrada num processo produtivo organizado em torno de vários poderes (médico, administrativo,

enfermagem, doente/sociedade) mas que esta tem vindo a ocupar um espaço privilegiado em termos de organização estratégico-normativa para além da já poderosa operacionalidade.

O exercício profissional da enfermagem tem vindo a sofrer profundos desenvolvimentos muito devido aos *outcomes* em termos de necessidades de saúde manifestas pela sociedade. Também as transformações económicas, sociais e organizacionais verificadas quer em termos gerais, quer na área específica da saúde têm contribuído para uma nova visibilidade da enfermagem enquanto corpo de conhecimentos. A este facto associa-se a formação que tem evoluído de forma concertada e universal.

A profissão de enfermagem tem elevado o pormenor da relação de ajuda na vertente do saber acolher e atender o doente, a sua família e/ou pessoa significativa no seio dos diferentes serviços de saúde.

Cuidar, na perspectiva de Collière é: “...um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.” (1999:235-236).

1. Percursos em enfermagem

Muito se tem escrito sobre o “nacer” da enfermagem com Florence Nightingale na segunda metade do século XIX. No entanto, Donahue (1985) refere que a enfermagem, moderna ou clássica tem um desenvolvimento mundial muito anterior a Florence. Também Abreu (2001) afirma, ao estudar a identidade profissional dos enfermeiros, que a enfermagem teve contributos fundamentais por parte de civilizações que não só a europeia. Por exemplo, na Idade Média, quando a Europa se encontrava em *trevas*, no dizer de alguns historiadores, nações como a islâmica, tinham já um elevado desenvolvimento no âmbito da saúde, nomeadamente também na área profissional da enfermagem. Também civilizações do centro sul das américas desenvolviam padrões elevados, para a época, na área da saúde em geral e da enfermagem em particular.

Aceita-se para o efeito deste estudo que de facto é mais notório os desenvolvimentos verificados na proximidade da Europa. Sendo assim pode-se afirmar que a enfermagem, da

forma como é actualmente conhecida, tem importantes raízes atribuídas aos achados criados pela figura de Florence Nightingale. A sua herança é ancestral e universal e coloca-se à volta da prática de cuidados e na reflexão que hoje se faz sobre ela.

Estes cuidados foram sempre associados à mulher e a sua evolução pode ser encontrada com os devidos paralelismos às etapas da evolução do estatuto da mulher (Collière, 1989).

Os cuidados praticados foram evoluindo de uma direcção do corpo global ao corpo complexo a que se associa a mente. Este era o modelo religioso que mais seguidores teve desde a Idade Média. A compaixão e a caridade eram dádivas divinas explícitas e visíveis na mulher que cuida. A única recompensa era a ressurreição eterna (Donahue 1985; Collière 1989). Muitos são hoje apologistas que se deve re-inventar os termos de compaixão e caridade num perspectiva de ajuda e orientação profissional.

O valor social da prática de enfermagem foi sempre atribuído, até finais do século XIX, a dois pontos de vista. Primeiro: um valor social não económico, influenciado pelo modelo religioso. A enfermeira é um referente do valor social da necessidade de cuidados da estrutura do quotidiano que Hartley e Ellis (1998) caracterizam como ocupação da mulher. Segundo: um valor social e económico, influenciado pelo modelo biomédico. A enfermeira é uma mais valia para o médico, pessoa que o substitui em tarefas menos complexas, dando ordens e valorizando o conteúdo funcional através das competências técnicas que lhe vai desenvolvendo.

Soares (2004), ao abordar o cuidar como paradigma, refere que existe uma passagem da enfermagem de ocupação, associada à mulher que se disponibiliza para o cuidar sem ter recompensa material, para a enfermagem de profissionalização com os seguintes atributos:

- ⌘ Definição de corpo de conhecimentos;
- ⌘ Difundir os conhecimentos pelo ensino;
- ⌘ Exercer em via autónoma;
- ⌘ Ter um código de ética e um conjunto de referentes definido.

Esta profissionalização só será visível a partir do início do século XX, após os contributos de Florence Nightingale, mais numa dimensão técnica cada vez mais evoluída e com atribuição desse valor por parte da classe médica, mais do que numa prestação mais

humanizada e relacional. Estar-se-ia presente a um modelo taylorista da forma como se organizava o trabalho – rotinas e tarefas (Abreu, 2001).

O reconhecimento das posições de identidade profissional dos enfermeiros, defendidas por Collière (1989), leva-nos a aceitar que os cuidados de enfermagem eram identificados, enquanto prática, numa dupla atitude: o cuidar humano e o cuidar técnico, sem no entanto se enveredar pelos modelos biomédicos de prestação de cuidados. Entretanto, e perante as perspectivas de outros autores já referenciados, parece-nos que a visão de Collière poderá ser algo redutora.

Hesbeen (2001) afirma que o cuidar, relacionado com o *corpo sujeito*, carece de um perito, alguém com capacidades desenvolvidas, que ao encontrar aquele que precisa de ajuda, saiba acompanhá-lo no caminho para a promoção da sua saúde.

Só muito posteriormente a abordagem ao utente passa de fragmentada, impessoal para ser este o objecto de atenção dos cuidados numa forma global e globalizante.

Apesar de não encontrarmos muitas convergências sobre o conceito de enfermagem é legítimo considerar as várias. Uma das vertentes comuns a todos eles é o estabelecimento de um quadro de responsabilidades decorrentes da própria natureza da enfermagem enquanto profissão.

Aceitamos, até por nos encontramos a vivenciar os seus postulados no nosso dia a dia, o conceito de Virginia Henderson para quem a enfermagem consiste em “... *assistir o indivíduo, doente ou sadio, no desempenho daquelas actividades que contribuem para a sua saúde ou recuperação (ou para a sua morte tranquila) que ele seria capaz de realizar sozinho, caso tivesse a força e a vontade necessária, o desejo ou o conhecimento. E deve fazê-lo de tal modo a auxiliá-lo a adquirir a independência o mais rápido possível*” (in Ellis e Hartley, 1998:16).

De uma forma interligada, também aceitamos que o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa e insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Os cuidados tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e presegue (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

Para Hesbeen (2001) os cuidados de enfermagem são o produto da intervenção profissional dos enfermeiros junto do utente, o sujeito desses mesmos cuidados. Cabe-nos ainda referir que estes cuidados, tendo como foco a promoção de projectos pessoais de saúde, visam a prevenção da doença, incremento de processos de readaptação e auto cuidado, satisfação

das necessidades humanas básicas e que se inserem num contexto sistémico de actuações multiprofissionais que é preciso ter em consideração, mas em que a tomada de decisão, referente a aspectos de produção independente, cabe sempre ao enfermeiro.

Por ter sido dada visibilidade à ideia de uma enfermagem científica, a sociedade tem vindo a demonstrar uma franca mudança de opiniões relativas aos desempenhos dos profissionais. Esta observância faz com que *a identidade profissional dos enfermeiros seja um produto de um processo amplo de socialização profissional*.

O quadro de saberes, responsabilidades e competências dos profissionais, associado à arte e criatividade, coesão da classe e o reconhecimento legal de um poder (“*saber*”), foram mais valias para as modificações que se têm vindo a verificar a nível das representações por parte da sociedade e dos utentes dos serviços de saúde.

O conhecimento e a aplicação desse mesmo conhecimento na transformação da vida em sociedade são apanágio de uma diferenciação positiva da identidade e do respectivo reconhecimento social.

Hesbeen (2001) questiona sobre a vantagem de se deter determinado conhecimento e de competências técnicas se estas não se reflectirem em mais-valias para a assistência em matéria de cuidados de saúde.

Desde Peplau até à actualidade, vários modelos têm vindo a ser desenvolvidos na tentativa de identificar uma base singular de conhecimentos que apoie a prática, dignifique o exercício profissional e construa um evidente corpo de conhecimentos. Estes modelos apelam sempre, através das suas componentes e que lhe são transversais: crenças, valores, objectivos, prática e corpo de saberes, para a valorização da relação interpessoal e a individualidade da pessoa potencializando a participação activa na construção do seu projecto pessoal de saúde (Hesbeen, 2001).

Aceitamos também, como uma verdade histórica, que o desenvolvimento da formação profissional dos enfermeiros, com a construção de um quadro de representações pessoais e profissionais, foi enriquecido através de uma perspectiva reflexiva, ou seja, desenvolvendo as suas práticas à luz da reflexão permanente sobre as mesmas.

Vários autores (Collière, 1989; Ellis e Hartley, 1998; Abreu, 2001 e Hesbeen, 2001) afirmam que um dos reflexos do desenvolvimento da enfermagem tem sido o apurado trabalho de investigação no âmbito da qualificação académica, muito dele direccionado para os contextos clínicos e de elevada importância para o desenvolvimento da profissão.

Podemos afirmar que na actualidade o exercício profissional da enfermagem é assente num conjunto de dinâmicas próprias desenvolvidas em torno das *boas práticas* que são o reflexo de uma base conceptual assente na evidência científica.

Tem também toda a pertinência termos em atenção as palavras de Watson (2001: 129): “*o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde actuais ou potenciais, conhecimentos e compreensão das necessidades individuais; saber como dar resposta às necessidades dos outros; conhecimentos das nossas forças e limitações, o significado da situação para ele; o conhecimento sobre como confortar, oferecer compreensão e conforto*”

2. A relação de ajuda

A relação de ajuda no contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacional é ética.

Queirós, A. (1999:11)

Sabemos que os indivíduos se interrelacionam com o ambiente retirando dele os elementos necessários à sua sobrevivência, como sejam o oxigénio e os alimentos. Também do ponto de vista psicológico, o indivíduo tem potencialidades para se desenvolver plenamente, através das relações que estabelece com o meio para que este lhe forneça os elementos essenciais ao seu crescimento. Esta necessidade intrínseca no ser humano (de se relacionar e estabelecer trocas com o meio que o rodeia) potencializa-se e evidencia-se no momento em que se estabelece o contacto com outra pessoa, ou seja a relação de ajuda (Peplau, 1990).

As relações interpessoais são uma realidade sempre presente na existência pessoal, grupal e profissional de todos os seres humanos, pois não há vida sem relação. E no contexto da saúde, a relação é fundamental e especificamente a “*relação de ajuda*” que se estabelece entre profissionais (enfermeiros, médicos e outros) e utentes, famílias e/ou pessoas significativas (Lazure, 1994).

É esta relação interpessoal do cuidar que é defendida por Watson (2002), que a faz depender de um conjunto de processos: um compromisso moral; da interacção e vontade do enfermeiro; deste compreender e detectar sentimentos; de avaliar e de verificar a forma como os outros estão no mundo; a sua própria forma de estar e a sua própria história de vida; activar o seu crescimento através do conhecimento e sensibilidade do próprio e do vasto sistema de valores da humanidade. Parece-nos haver uma reinvenção da compaixão, espírito de missão, dádiva e mutualismo.

A função de cuidar determina ajuda, ou seja, prestar cuidados. Estes são concretizados pelo homem para as suas mais diversas dimensões. Esta abordagem faz-se em detrimento do conteúdo real do cuidar que além de complexo, é subtil e por isso por vezes considerado invisível. Ajudamos os nossos filhos porque estes necessitam de alguém que os cuide. Ajudamo-nos a nós próprios porque temos capacidades e autonomia para o fazermos. Numa visão antropológica, sociológica e histórica, Braudel (s.d.), citado por Collière (1989), refere que o cuidar enquanto função serve para ajudar a realizar cuidados inerentes à satisfação das estruturas do quotidiano, como vestir, comer, associar-se, dormir e sentir-se confortável.

Todo o ser humano tem necessidade de se relacionar fazendo parte da sua condição humana e de vida. Muitas vezes o seu estado de vulnerabilidade provocado por condicionantes internas ou externas, faz aumentar no indivíduo essa necessidade como por exemplo o facto de ser acometido de doença súbita que o faça deslocar a uma unidade de urgência hospitalar. Para esta concretização é fundamental a existência de uma relação de ajuda sustentada por profissionais.

O processo de relação de ajuda é tão básico e inerente à condição de vivência humana quantos os processos biológicos dos mais simples aos mais complexos.

Hesbeen (2001) tem nas suas reflexões as propostas de algumas constatações de forma a caracterizar os contextos onde decorrem os cuidados que têm por base a relação de ajuda, dizendo que: “*A complexidade da prática quer seja técnica ou não, reside na atenção e na ajuda que se presta a outrem e na procura do sentido que elas implicam*” (ibidem, 2001:12).

Para que se possa intervir junto do utente, é importante reconhecer que a relação de ajuda envolve um sentimento de cooperação e de solidariedade humana. Isto constata-se quando se passa à operacionalização de cada termo, ou seja, do ponto de vista da relação, esta

deriva do latim “*relacione*” que significa ligação, conexão, convivência (Dicionário Porto Editora, 2003).

Concretamente, na relação humana é necessária a existência de dois sujeitos que, reconhecendo-se como diferentes, tenham vontade de entrar em interacção podendo iniciar-se e, progressivamente, desenvolver-se um processo de convivência. Surge então, um de ‘*nós*’, a partir de um ‘*eu*’ e de um ‘*tu*’, o qual é fruto do co-empenhamento e da co-responsabilidade de duas pessoas que, na sequência do processo relacional que vão estabelecendo, constroem algo de novo em comum, permitindo a cada uma a vivência de se sentir acompanhada e experienciar o sentimento de solidariedade humana (Nunes, 1999).

No que diz respeito ao termo “*ajudar*”, designa-se pela “*...intervenção em favor de uma pessoa, na qual o orientador une os seus esforços ao desta pessoa. Quer isto dizer, que o próprio termo implica que o agente principal da acção é o próprio orientado. O orientador desempenha somente um papel de assistência subordinado à acção principal cujo agente é o orientado*”. (Auger, 1992:15)

Pretende-se contudo, realçar que ajudar, no que respeita à intervenção de enfermagem e de outros profissionais da área da saúde, “*...não significa oferecer à pessoa soluções prontas, mas significa orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na evolução ou no seu progresso através de diferentes fases do processo de resolução do problema*” (Phanaeuf, 1995:5).

Sobre a relação de ajuda, Lazure (1994:51) diz que é “*...uma interacção particular entre duas pessoas (enfermeiro e utente), em que cada um contribui pessoalmente na procura da satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo utente*”. Sendo uma interacção entre duas pessoas, importa considerarmos o conceito de pessoa, que segundo esta autora, é um sistema aberto que possui características biológicas, cognitivas, emotivas, sociais e espirituais, interligadas e em constante interacção com o ambiente, com o qual efectua trocas de informação, energia e matéria. Noutros termos, pessoa é um organismo biológico capaz de perceber, de pensar, de viver as emoções e fazer escolhas para a acção. A pessoa é assim vista como um sistema aberto e em constante interacção com o meio ambiente, sendo constituída de vários outros subsistemas que se interligam e interrelacionam, emergindo como um todo integrador.

Sobre a sua origem e definição muitas reflexões se têm produzido, nomeadamente aquelas que a relação de ajuda é um tipo de relação de âmbito particular definido por Karl Rogers que a relaciona com uma filosofia de cuidar dos que têm dificuldades psicológicas. Parece que existia na altura, um certo reducionismo que aceitava mal o determinismo psicanalítico ou behaviorista que estava em voga. Ele vai preocupar-se mais em desenvolver abordagens no sentido do pensamento humanista, de confiança no Homem, de respeito, de liberdade e de utilização das próprias forças da pessoa. Para Rogers, no ser humano existem todos os recursos necessários para este tomar conta de si, para poder evoluir, para se desenvolver e para mudar quando a mudança é necessária ou aparece de forma desprevenida (Phaneuf, 1995).

A relação de ajuda nasceu ao lado da psicologia e rapidamente foi transportada para outros domínios (educação, ciências humanas e cuidados de saúde aos doentes). No campo dos cuidados de saúde e de enfermagem em particular, esta transposição foi muito relevante apesar das adaptações, fizeram dela um meio poderoso de intervenção (Phaneuf, 1995). Esta conserva o seu carácter de respeito e de confiança no Homem mas assente numa filosofia holística que tem em conta as dimensões da pessoa.

Relação de ajuda é uma relação particularmente significativa que se instaura entre ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento e que sente dificuldade em enfrentar sozinha e em encontrar os meios de os aceitar, de se adaptar ou sair destes, e um ajudante, na ocorrência um enfermeiro, que em dado momento o ajuda a encará-los e a encontrar em si próprio recursos necessários para lhe fazer face. É uma troca, tanto verbal como não verbal que permite criar o clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem estar físico ou psicológico (Phaneuf, 1995).

Na perspectiva actual da profissão de Enfermagem, como vimos no sub-capítulo anterior, já nos afastámos dos cuidados por tarefa e já chegámos à conclusão que a relação de ajuda é parte integrante dos mesmos, ajudando-nos a conhecermo-nos melhor, a utilizar recursos que desconhecíamos, sendo surpreendentes os benefícios que nós próprios como enfermeiros podemos tirar dela. Assim, a relação de ajuda deixou de estar focalizada apenas no doente e passou a abranger qualquer utilizador dos cuidados de saúde, a sua família e os amigos, contribuindo para a personalização dos cuidados de enfermagem, exigindo criatividade, sensibilidade e um desejo profundo de partilhar sentimentos e de

comunicar de uma forma individual e única. Hoje podemos questionar se será competente um profissional que esquece a dimensão relacional quando está com o utilizador dos cuidados de saúde. A pessoa objecto não tem oportunidade de mostrar as potencialidades que possui para compreender, para mobilizar recursos, para ser o interveniente fundamental no processo de controle da sua saúde.

Para Lazure (1994: 7) *“todas as situações de cuidados implicam ajudar a viver”*. A mesma autora considera que a relação de ajuda é fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes.

Phaneuf (1995) realça que a relação de ajuda aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu carácter de respeito e de confiança no homem, assenta numa filosofia holística que tem em conta todas as dimensões da pessoa humana.

Segundo Chalifour (1992:127) *“ A relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, contribuindo cada um pessoalmente para a procura e satisfação duma necessidade de ajuda perante este último. Ao proceder desta forma, o ajudante procura favorecer junto do outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e maior capacidade de enfrentar a vida.”*

O mesmo autor inspira-se nas premissas de Karl Rogers sobre a pessoa que necessita de ajuda, a relação que se estabelece e a pessoa que facilita a relação.

A primeira premissa diz-nos que:

“A pessoa junto da qual o Enfermeiro intervém possui em si própria os recursos latentes que lhe permitirão actualizar do modo que lhe convier às suas características. A necessidade de ajuda que ela manifesta é o resultado da sua dificuldade em reconhecer o seu modo particular de estar no mundo, em acolhê-lo e deixá-lo desenvolver-se dentro do sentido particular da sua própria natureza”.

A segunda premissa em que se apoia o modelo de Chalifour refere-se ao ser humano enquanto ser de relação:

“É através da qualidade das relações que ele estabelece com o seu ambiente humano e físico que realiza o seu percurso dirigido à actualização óptima dos seus recursos. Não é importante apenas considerar as relações que a pessoa tem com o meio externo, mas é também necessário ter em conta a qualidade das ligações que mantém consigo mesmo, pois que nas suas trocas com o meio, é toda a sua pessoa que se encontra implicada, mesmo que a sua necessidade de ajuda se exprima particularmente numa dada dimensão

da sua pessoa. Frequentemente a necessidade de ajuda de uma pessoa provém da sua dificuldade em estabelecer relações harmoniosas consigo própria e conseqüentemente com o seu meio: a pessoa manifesta assim certas dificuldades em mobilizar as energias favoráveis ao crescimento”.

A terceira premissa refere-se ao elemento interveniente, ou seja, a pessoa que facilita a relação:

“É na expressão das qualidades específicas do Enfermeiro que se situa a base de todas as suas intervenções. Quanto mais o cliente vê no terapeuta um ser verdadeiro ou autêntico, empático, demonstrando-lhe um respeito incondicional, tanto mais se afastará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal e mais se dirigirá para uma espécie de funcionamento marcado por uma experiência fluida, mutável e plenamente receptiva a sentimentos pessoais variados. Resulta deste movimento uma evolução da personalidade e do comportamento no sentido da saúde, da maternidade psíquica e de ligações mais realistas entre o eu, os outros e o quadro exterior” (Chalifour, 1992:132-133).

Neste tipo de relação os objectivos estão directamente ligados aos objectivos da pessoa ajudada, podendo haver um ou mais objectivos a atingir, dos quais segundo Lazure (1994), se destacam os seguintes:

- ✂ Ultrapassar uma experiência/provação – enfrentar os seus problemas presentes, vê-los com clareza para ter uma compreensão mais profunda e realista da sua dificuldade.
- ✂ Resolver uma situação actual ou problemática – exprimir os seus sentimentos e opiniões, possibilitando encontrar respostas aos seus verdadeiros problemas.
- ✂ Encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório – estabelecer contactos sociais e relações significativas, contribuindo assim para que encontre a razão da sua dificuldade física ou psicológica, procurando nela as motivações que ajudam a vivência com coragem e a torná-la numa experiência positiva.
- ✂ Desenvolver uma maneira de proceder adequadamente no quadro de uma relação.
- ✂ Favorecer o desenvolvimento completo para a liberdade e autonomia.
- ✂ Incentivar à comunicação de sentimentos, opiniões e satisfação de necessidades.
- ✂ Clarificar o problema ou problemas de modo a chegar a uma compreensão profunda mas também mais realista da sua dificuldade e descrevê-la segundo as suas percepções.

- ⌘ Identificar no utente, familiar ou pessoa significativa, as motivações que os ajudem a viver com coragem e a fazer da situação problemática uma experiência positiva.
- ⌘ Potencializar capacidades no outro de modo a viver mais plenamente e superar a situação de crise.
- ⌘ Proporcionar o crescimento e desenvolvimento das faculdades internas da própria pessoa.
- ⌘ Apoiar o outro no conjunto do processo escolhido, para passar da situação actual a uma situação desejada.
- ⌘ Dinamizar contactos sociais e relações significativas.

A qualidade da relação é determinante na qualidade do trabalho do enfermeiro implicando um bom conhecimento de si próprio, sensibilidade aos diferentes níveis de comunicação e perspicácia para que se aperceba de tudo o que se passa durante a mesma relação.

O cuidar em enfermagem é exercido em ambientes e sob condições muito variáveis e complexas (pode ser dirigido à pessoa, à família ou grupos sociais; pode ter como local o domicílio, o meio escolar, o trabalho, o meio hospitalar ou outro serviço de saúde; o seu objectivo principal pode estar relacionado com a manutenção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação ou a reintegração social; pode ser exercido por um profissional ou por uma equipa de profissionais). A relação de ajuda deve estar presente seja qual for o contexto em que o cuidar acontece (Chalifour, 1992).

Ao enfermeiro cabe o papel de facilitar o desenvolvimento da energia interior do utente, a aquisição das informações e de todos os meios para que por si próprio e dentro das suas possibilidades, as possa satisfazer. A acção do profissional deve ser dirigida à pessoa na sua globalidade, inserida num contexto sócio-cultural que lhe é muito próprio. Quando o enfermeiro está em relação de ajuda com o cliente necessita ter profunda consciência do contacto com aquele que ele incita a prosseguir no crescimento pessoal e na busca de soluções, devido ao seu alto nível de empenhamento e respeitando permanentemente o carácter único da sua personalidade (Lazure, 1994).

A prática da relação de ajuda pode desenvolver-se em duas vertentes distintas, que segundo Phaneuf (1995) se podem dividir em *relação de ajuda informal* e *relação de ajuda formal*. Durante a prestação de cuidados gerais ao utente, desenvolve-se uma relação de proximidade de forma espontânea onde o profissional pode utilizar todas as suas

habilidades, baseadas na capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia, traduzindo-se assim numa relação de ajuda informal. Esta tem como objectivo fundamental ajudar o utente, família e/ou pessoa significativa a verbalizar o seu problema, a exprimir as suas emoções, retribuindo com a compreensão empática.

Porém, o profissional de saúde pode identificar sinais e sintomas no utente que indiquem que ele apresenta certo grau de ansiedade ou mau estar, e assim, num ambiente tranquilo e acolhedor, o profissional de saúde deve demonstrar disponibilidade e compreensão para escutar e encorajar o utente a expor as suas preocupações (Queirós, 1999).

Ao desenvolver-se esta relação tem início uma relação de ajuda formal que deverá ser antecipadamente aceite pelo utente.

Na relação de ajuda formal, são estruturadas entrevistas em que profissional de saúde/utente se encontram face a face e se desenrolam segundo um horário predeterminado.

Este tipo de relação tem objectivos de evolução muito precisos, previstos no plano de cuidados e que se baseiam na libertação e expressão de emoções, diminuição da ansiedade ou aceitação de um prognóstico difícil de aceitar. O profissional de saúde encoraja o utente a identificar as suas dificuldades e a envolver-se num processo activo de mudanças face a si próprio, e perante os outros, face à vida e progressivamente aceitar-se de maneira mais positiva, de modo a responsabilizar-se face aos seus problemas e a retomar a confiança nas suas potencialidades. Esta relação poderá em seguida, segundo a duração da relação com a instituição ou serviço de saúde, levar o doente a descobrir os seus recursos pessoais para encontrar a estima de si, porque a relação de ajuda é um processo de tomar conta de si pela própria pessoa (Phaneuf, 1995).

No entanto, este tipo de relação tem uma forte componente afectiva onde a pessoa que ajuda deve ter grandes habilidades interpessoais e as suas competências profissionais relativas à relação de ajuda devem ser profundas, a fim de poder gerir os seus próprios conflitos internos. Só assim estará apto para compreender e estabelecer relação interpessoal positiva.

Basicamente estes tipos de relação de ajuda baseiam-se nos mesmos princípios; as diferenças situam-se ao nível das modalidades de aplicação.

Segundo Kozier (1993), o processo da relação de ajuda pode-se dividir em 4 fases sequenciais, sendo cada uma delas caracterizada por tarefas e habilidades bem definidas. A

progressão através das diferentes fases surge como uma sucessão em que cada uma delas se apoia na anterior. Não podemos entender um faseamento estanque. É necessário que se compreenda que é um processo dinâmico e sistémico e que não existem receitas preestabelecidas.

A relação de ajuda inicia-se na fase de pré-interacção, depois surgem a fase introdutória (também denominada como fase de orientação ou de pré-ajuda), a fase de trabalho e por fim a fase terminal.

✂ **Primeira fase – Fase de pré-interacção** – esta fase é semelhante à planificação de uma entrevista. Na maioria das ocasiões, o profissional de saúde já tem alguns dados sobre o utente como por exemplo o nome, idade, história clínica, entre outros. A planificação da primeira visita pode gerar sensações de ansiedade no próprio profissional;

✂ **Segunda fase – Fase introdutória** – esta fase caracteriza-se principalmente pelo atendimento do utente que deverá ser feito num ambiente tranquilo, de autenticidade, de respeito, tornando-se importante uma atitude de escuta relaxada. O profissional e o utente ou familiar, identificam-se mutuamente, estabelecendo assim uma relação mais próxima, de confiança mútua. A principal tarefa do profissional de saúde nesta fase é de ajudar o utente a clarificar o problema, analisando as capacidades e limitações do utente, recolhendo assim os dados para uma posterior elaboração da história e o respectivo plano de cuidados de saúde;

✂ **Terceira fase – Fase de trabalho** – Após a elaboração do projecto de cuidados de saúde, o profissional e utente passam a desenvolver em conjunto as actividades que estipularam para atingir os objectivos definidos, fomentando sempre a harmonia e a confiança entre ambos. O profissional de saúde ajuda o utente a clarificar os seus pensamentos, sentimentos e acções que estão associados ao seu problema, servindo-lhe de suporte para a sua evolução e para a adaptação ao serviço e equipa multiprofissional, às doenças e às repercussões sobre a família e o trabalho. Nesta fase são utilizadas técnicas de escuta activa e são transmitidos, de forma assertiva, sentimentos de empatia, respeito, especificidade e congruência;

✂ **Quarta fase – Fase terminal** – A relação de ajuda desenrola-se numa dada sequência temporal. Geralmente o final da relação torna-se difícil e ambivalente. Se as fases anteriores se desenvolveram com eficácia, o utente aceita o final da relação sem ansiedade ou dependência. Por outro lado é natural que surjam alguns sentimentos de perda, sendo importante, no decorrer da relação, prever o seu fim. O profissional e o utente devem aproveitar este momento para rever todo o processo, surgindo geralmente o sentimento de realização. Também é útil para ambos expressarem os seus sentimentos sobre o adeus de uma forma aberta e honesta, requerendo assim um momento de diálogo para partilhar as suas opiniões sobre o desenrolar desta experiência comum. Isto dá tempo para que o utente se adapte à independência. Leva consigo um conjunto de informações vitais para hábitos de vida saudável e formas de evitar que o mesmo que o levou aos serviços de saúde não volte a repetir-se. O ensino, neste âmbito é fundamental.

Para proporcionar uma ajuda eficaz, o profissional de saúde deve empenhar-se na relação e fornecer ao utente as condições adequadas para satisfazer as suas necessidades fundamentais.

Este empenho exige o desenvolvimento de determinadas características das quais se destacam as seguintes, inspiradas nas que Lazure (1994) identificou :

- ✂ A ajuda requer **disponibilidade** - trata-se de uma atenção dirigida a quem precisa de ajuda, portanto, centrada no utente, na sua família e/ou pessoa significativa. Deve debruçar-se mais sobre a situação actual do que sobre o passado, sendo o comportamento actual uma síntese do comportamento passado.
- ✂ A ajuda estabelecida num determinado tempo terá que ser **concreta** - o profissional/utente analisam o problema e fixam os objectivos a alcançar, de forma a potenciar a autonomia do utente.
- ✂ A ajuda é eficaz e de **crescimento pessoal**, não correctiva ou reeducativa - a ajuda que o profissional de saúde oferece ao utente e à sua família pretende que este seja livre na

procura dos meios e/ou possibilidades que lhe permitam crescer e superar o problema. A relação aposta na dimensão afectiva do problema e não na dimensão intelectual.

✂ É uma ajuda mediada pela **observação** e pelo **diálogo** - é necessário que o profissional anime o utente a expor o seu problema e saiba detectar, graças a um bom espírito de observação, o que ele não disse mas deixou transparecer pelas suas atitudes.

A competência do profissional, mormente o enfermeiro, assenta fundamentalmente em todos os cuidados de manutenção da vida, mobilizando as capacidades do utente e dos que o cercam com vista a compensar as limitações ou a recuperar o estado de saúde e os seus padrões de vida. Há pois que procurar a valorização pessoal.

O enfermeiro deve possuir competências que lhe permitam desempenhar adequadamente as funções de contacto, como o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo, a escuta e os meios de comunicação (Chalifour, 1992). Para este autor, a forma de estar pode ser uma ameaça à relação de ajuda, ou um estímulo à mesma. A **presença física simples** é estar lá no contexto de outrem; não implica interacção. O significado da presença física pode estender-se desde a presença pura e simples junto do doente até uma presença espiritual ou metafísica (Benner, 2001).

A **presença parcial** é uma forma de estar, em que o indivíduo está lá fisicamente no contexto de outrem focando a sua energia numa tarefa relevante para o outro, mas não directamente centrada no interlocutor. Trata-se de uma atenção de âmbito técnico. Exemplos deste tipo de presença são as situações em que os enfermeiros conferem os valores dos sinais vitais, concentrando-se nesse acto. Neste caso a tarefa realizada pelo enfermeiro torna-se prioritária, continuando-se a secundarizar a relação humana. Quando o enfermeiro “separa” o doente dos tratamentos e técnicas, sem reconhecer a presença deste, pode estar a contribuir para o distanciamento interpessoal. No entanto, uma imagem do uso positivo da presença parcial surge quando o enfermeiro cumprimenta o doente e o informa da acção a realizar, começando a agir concentrado na tarefa, sem se alhear dele, garantindo o seu bem estar.

Em relação à **presença plena**, é a forma de estar lá, no contexto de um com o outro. Está-se presente física e psicologicamente. Nesta situação, a escuta, a atenção, o interesse e as respostas mais ou menos elaboradas caracterizam as intervenções do enfermeiro. O utilizador dos cuidados de saúde constitui o centro das atenções, existindo realmente uma

interacção enfermeiro/utilizador dos cuidados de saúde. A presença plena é a encarnação da empatia no cuidar. O enfermeiro está aberto aos problemas e necessidades verbalizados e sentidos pelo doente e realiza intenções quando ministra cuidados. Os enfermeiros que protagonizam situações de presença plena são aqueles que, por exemplo, tratam cada utilizador dos cuidados de saúde pelo seu nome, de um modo particular e estão atentos a qualquer resposta ou reacção daquele, mesmo que estas se traduzam apenas por gestos físicos aparentemente pouco significativos. Na maioria das vezes, pequenos gestos mas bem humorados e demonstrativos de interesse são suficientes para elevar a intensidade da presença preconizada pelo enfermeiro, transformando, em poucos segundos, uma presença física simples ou parcial numa presença plena.

A **presença transcendente**, a quarta forma de estar lá, é de âmbito bastante amplo, abstracto e subtil. A troca de energia é uma constante, é transformadora, de índole espiritual e transcende a própria dimensão interpessoal. A energia vai além das pessoas em interacção, dissipa-se pelo ambiente, sendo sentida pelos outros. A paz, o conforto, a harmonia são os sentimentos que resultam da presença transcendente. Uma mudança positiva no estado emocional liga os indivíduos em causa. Enquanto a presença plena está ancorada na realidade, a presença transcendente sustém a pessoa que passa por uma realidade dolorosa. Não há fronteiras e as limitações impostas pelos papéis sociais das pessoas intervenientes deixam de fazer sentido. O enfermeiro reconhece uma presença transcendente quando sente uma unicidade com o utente. Alguns autores, associam a realidade da presença transformadora com o uso do toque terapêutico, tanto para o enfermeiro como para o doente. Os efeitos transformadores em ambos passam por um estado de tranquilidade e pelo acréscimo de energia no processo de coesão.

Vários autores definem o toque como uma forma de comunicação não verbal usada como forma de proporcionar conforto. A aceitação do toque como forma de comunicação interpessoal é muito variável de cultura para cultura, está, muitas vezes relacionado com princípios de ordem moral e religiosa. Na nossa cultura é considerado um dos meios de contacto mais directo, contudo, a sua utilização tanto pode servir de aproximação como de ameaça. Pode significar ternura, carência afectiva, medo, segurança, mas também agressividade e violência.

Chalifour (1992) distingue três tipos de toque: o toque instrumental, o toque afectivo e o toque terapêutico. O toque instrumental é um contacto físico deliberado, utilizado pelo

enfermeiro na realização de procedimentos como avaliação de sinais vitais, cuidados de desobstrução das vias aéreas, etc. O toque afectivo é uma expressão espontânea de sentimentos, uma forma de confortar, de “estar com”. No toque terapêutico existe a intenção de curar. O enfermeiro utiliza muitas vezes este tipo de contacto. Em inúmeras situações do cuidar, o toque está presente e é através dele que o profissional pode captar e dar informações, receber e transmitir mensagens. Em cada cuidado que presta, imbuído de sentido de ajuda, o enfermeiro utiliza o toque como instrumento, com afectividade e, muitas vezes, acrescido da intenção de curar ou pelo menos de aumentar o bem-estar. Em situações de maior intimidade do enfermeiro com o utilizador dos cuidados de saúde, como por exemplo o banho na cama, a mobilização, as massagens corporais para prevenção de úlceras de pressão ou simplesmente de conforto, o enfermeiro pode, se estiver atento e tiver conhecimentos, aperceber-se das suas vivências e vivências do doente.

O toque é um instrumento de extraordinário relevo na comunicação não verbal. Pode comunicar carinho, bem-estar e facilitar a aceitação da doença e a recuperação da saúde ajudando a estabelecer sentimentos de confiança, segurança e partilha. Podemos afirmar que o toque não é simplesmente um contacto pele com pele, uma vez que envolve a completa comunicação e interacção recíproca da globalidade das pessoas utilizador dos cuidados/enfermeiro, como dois sistemas abertos. Pode ainda ser utilizado numa perspectiva de melhorar a comunicação durante a relação terapêutica.

Assim, enquanto enfermeiros, devemos questionar-nos sobre o nosso grau de satisfação ou mau estar quando tocamos o doente, as interdições que sentimos e que nos acompanham bem como as fantasias e ressentimentos (Chalifour, 1992). Devemos aperceber-nos e ter consciência daquilo que transmitimos através do tacto. Cada doente reage de forma diferente e o toque deve ser utilizado racionalmente, porque o ambiente sócio-cultural e familiar influencia a utilização desta forma de contacto e o significado que lhe é atribuído. O toque feito num momento oportuno pode ser extremamente útil e de grande valor terapêutico, porque raramente deixa indiferente quer a pessoa com necessidade de ajuda quer a pessoa que ajuda.

O toque é uma forma poderosa de comunicar. Porém deve revestir-se de carácter de espontaneidade, intuição e de conhecimento, pois só assim o enfermeiro pode seleccionar adequadamente o momento em que ele deve acontecer. Chalifour (1992) diz mesmo que o toque pode ser o último modo de contacto, quando as palavras faltam, como no momento

da morte ou perante doentes inconscientes. Durante esta comunicação, o profissional pode aperceber-se de diferentes alterações físicas que funcionam como óptimos indicadores do que se passa com o doente (coloração da pele e sua humidade, o brilho e lágrimas nos olhos, as mãos a tremer, gestos subtis, etc.) e que podem direccionar os cuidados a prestar. Seja qual for a forma de contacto utilizado, o enfermeiro deve atender a três dimensões fundamentais: o tempo de contacto, as posições físicas assumidas e a distância utilizada durante a relação. Cada uma destas dimensões influencia a qualidade do contacto que se faz.

Hall, citado por Chalifour (1992:108) refere-se à importância da distância na comunicação entre pessoas. Diz mesmo que “*Não podemos falar de comunicação não verbal sem se falar da distância entre as pessoas*”. Refere-se a quatro tipos de distâncias fundamentais no processo de comunicação e classifica-as em: distância de carácter íntimo, pessoal, social e público.

A **distância de carácter íntimo** (até 45 cm) é utilizada frequentemente quando o enfermeiro presta cuidados de manutenção (lavar, massajar, posicionar, apoiar, etc.). A esta distância a presença do outro impõe-se podendo mesmo haver sensação de invasão. O utente pode sentir a presença do enfermeiro como um atentado ao pudor, se a acção não se fizer acompanhar de mensagem de ajuda. Quando está tão próximo do outro, o enfermeiro deve ter a capacidade de ir ao seu encontro. Deve ser caloroso, disponível, simples, humilde, autêntico, compreensivo e ter sentido de humor preservando e protegendo a dignidade humana (Hesbeen, 2001). Deste modo, ao prestar cuidados do foro íntimo em que a sua presença não pode ser ignorada pelo utilizador dos cuidados de saúde e até a pode considerar como invasora da sua privacidade, deve ter a preocupação de fazer sentir ao beneficiário dos seus cuidados que o valoriza e aceita enquanto pessoa, tal como ele é naquele momento. Esta aproximação, exigida pelo tipo de cuidado que se está a prestar, pode facilitar a colheita de informação acerca de preocupações, medos, angústias sentidas pelo utente e que até aí ele não teve oportunidade ou coragem de expressar. A proximidade física reduz a ansiedade durante a relação. O enfermeiro mantém-se perto do utente e conserva uma atitude afectuosa, favorável à comunicação.

A **distância pessoal** (45 a 125 cm) permite uma imagem muito nítida e global do outro. Esta distância é muito utilizada pelo enfermeiro tanto em entrevistas de orientação como em conversas com o utente. Possibilita não só a percepção do conteúdo da conversa, a

entoação, o timbre de voz, mas também a observação do comportamento corporal e da postura, os movimentos, os gestos, as pausas ou silêncios usados pelo utente durante a conversação e outras alterações físicas como a coloração, as expressões do olhar, os gestos, as mãos a tremer, etc..

A **distância social** (120 a 210 cm) não permite qualquer contacto físico, é utilizada em contactos formais, facilitando relações de ordem profissional. É utilizada pelo enfermeiro para contactos banais com o doente, mas não possibilita uma relação de proximidade.

A **distância pública** (360 a 750 cm ou mais) não facilita o contacto, são possíveis interacções verbais mas em voz alta e a comunicação não verbal perde-se. A utilização de grandes distâncias pelos enfermeiros é uma forma de afastamento do utilizador dos cuidados de saúde, levando a uma relação superficial em que não há intimidade.

A **posição física** que o enfermeiro adopta no contacto pode ser reveladora da importância que o utilizador dos cuidados de saúde tem para si. Deve ser o mais confortável possível tanto para um como para outro, pois o desconforto físico e a fadiga prejudicam a qualidade da relação e podem ser causa de antecipação do final da mesma. Também a forma como se veste e se apresenta é importante (Chalifour, 1992).

O **tempo** utilizado na relação enfermeiro/utente, embora muitas vezes tenha de ser gerido, nunca deve ser considerado como tempo perdido. Tal como afirma Lazure (1994) é importante que o enfermeiro seja capaz de manifestar, através dos seus comportamentos, que tem tempo para os seus utentes.

O **olhar** é outra habilidade que o enfermeiro deve saber utilizar quando presta cuidados. Normalmente é a visão que nos permite estabelecer o primeiro contacto com alguém. O olhar atento faz com que o utilizador dos cuidados de saúde sinta que é importante para o enfermeiro. Chalifour (1992) propõe algumas regras para que o olhar seja uma forma eficaz de estabelecer contacto com alguém. O enfermeiro deve identificar a sua capacidade de satisfação ou mal estar quando olha e é olhado por outro e reconhecer o seu grau de habilidade em utilizar o sentido da visão, tendo em conta os limites e espécie de desconforto que a ele podem estar associados.

O objectivo que pretende atingir com este modo de contacto, deve ser claro. Ao observar, o enfermeiro deve seguir um guia de observação tendo em conta a sua concepção de pessoa, a concepção do seu papel e o contexto do seu trabalho bem como os aspectos sobre os quais pretende fazer a observação. A sua capacidade de compreensão do significado e

valor dos dados percebidos e observados deve-lhe permitir distinguir os factos reais, das impressões subjectivas e ainda estar atento porque, muitas vezes, consciente ou inconscientemente, o utente pode dirigir a sua atenção para aspectos secundários.

É importante que se considere que **escutar** não é sinónimo de ouvir, mas sim estar atento ao cliente para aceder à sua vivência. Embora a escuta não seja propriamente uma qualidade, representa a rede de fundo da relação de ajuda e situa-se no coração do exercício de enfermagem. Podemos dizer que a escuta é uma habilidade básica num processo de relação de ajuda.

Para Lazure (1994: 17) “*escutar é constatar e também aceitar deixar-se impregnar pelo conjunto das suas percepções, tanto exteriores como interiores (...) é um processo activo*”. Através da escuta, o enfermeiro permite que o seu cliente compreenda as suas dificuldades e encontre em si próprio os recursos que não tem estado a utilizar. A escuta atenta permite ao enfermeiro fazer com que o cliente perceba que é importante para ele identificar as suas emoções e os seus problemas, podendo, a partir daí, elaborar um plano de acção realista e eficaz. Escutar é um acto voluntário, um processo que consome muita energia e que exige um empenhamento total e uma vigilância sensorial, intelectual e emotiva, completa. Durante a escuta, o enfermeiro deve mostrar disponibilidade e estar atento aos dois tipos de comunicação – a verbal e a não verbal. Se o enfermeiro for capaz de uma escuta atenta, a relação torna-se mais profunda e criativa.

Lazure (1994) descreve alguns princípios para que a escuta seja eficaz e facilitadora do processo de ajuda. Assim, para estar apto a escutar, o enfermeiro concentra-se no desejo de estar em estreita relação com o cliente. Afasta as preocupações pessoais para adquirir serenidade. Consciente dessa mesma serenidade, prepara-se para abrir o seu espírito ao cliente, isto é, para o acolher inteiramente, escolhe, na medida do possível, um local calmo, favorável à escuta e adopta uma distância confortável para o cliente, tendo em consideração a sua origem étnica e a sua cultura. O enfermeiro instala-se confortavelmente de forma a que tanto ele como o cliente se possam ver facilmente. Quando ele o cuida, é necessário que, tanto quanto possível, ambos se vejam de frente. O enfermeiro que sabe escutar não executa cuidados de enfermagem de forma automática e fria; está atento a todas as reacções verbais ou não verbais do cliente, pois escutar é também cuidar e, neste caso, é cuidar inteiramente. Sentado ou de pé, o facto de se debruçar ligeiramente sobre o

cliente permite que este o sinta mais próximo, interessado pela sua pessoa e pelas suas palavras.

O enfermeiro que quer escutar eficazmente adopta uma atitude corporal de abertura, sem se refugiar atrás dos braços cruzados. Evita, entre outras coisas, apoiar-se alternadamente em cada uma das pernas, balançar continuamente uma delas, mexer nervosamente os dedos ou coçar-se, o que poderá levar o utilizador dos cuidados de saúde a distrair-se ou mesmo inquietar-se. Temos que ter presente que a maior parte das pessoas que procuram os serviços tem medo de incomodar, são sensíveis à menor manifestação de enfado, de fadiga ou de impaciência por parte do enfermeiro e o que é ainda mais grave, julgam, na maior parte das vezes, sem razão, serem eles os responsáveis por isso.

Para escutar eficazmente, o enfermeiro olha o cliente de frente sem todavia o fixar nos olhos. O facto de se fixar intensamente nos olhos do cliente pode aumentar a sua ansiedade o que evidentemente não é a finalidade deste tipo de contacto. Existem culturas em que o facto de se olhar a outra pessoa de frente é tido como uma indelicadeza. O outro aspecto a ter em conta é o silêncio e a linguagem não verbal.

Face ao silêncio do cliente, o enfermeiro concede-se alguns segundos de reflexão a fim de integrar correctamente o que ele acaba de dizer. É a isto que Lazure (1994) chama o silêncio de latência. A competência profissional do enfermeiro não se mede pela rapidez com que responde ao cliente, até porque as palavras deste são frequentemente compreendidas como perguntas. Muitas vezes, ele não deseja senão exprimir uma opinião ou partilhar uma tomada de consciência, o que não exige resposta verbal. Desenvolvendo as suas capacidades para distinguir as expressões interrogativas, afirmativas e exclamativas do cliente, o enfermeiro adquire meios para escutar de forma mais completa e sobretudo mais serena. É através da escuta da linguagem não verbal que o enfermeiro completa o que escutou através das palavras, com o objectivo de compreender melhor o cliente, (Lazure, 1994).

A honestidade tem na escuta um valor muito particular. Se o enfermeiro julga que ouviu mal ou que se distraiu, deve pedir desculpa, solicitando ao cliente que repita o que disse. Não deve nem fingir que não compreendeu, nem simular que foi o cliente quem se atrapalhou ou ainda achar que o que ele disse é irrelevante. Manifestando este tipo de honestidade em relação ao cliente, o enfermeiro permite-lhe constatar que nada do que ele disse foi mal interpretado e que pode confiar verdadeiramente no enfermeiro, porque

mesmo que haja falhas na escuta, ele respeita-o suficientemente para as reconhecer e as corrigir.

O enfermeiro que quer realmente escutar o seu cliente fá-lo nas diversas ocasiões em que presta cuidados, deve estar bem consciente da vivência dos seus valores e das suas próprias crenças por forma a que elas não interfiram, negativamente na relação de ajuda que estabelece com o seu cliente. As crenças, os valores e as vivências deste podem ser completamente opostas às do enfermeiro (Chalifour, 1992). O autor refere ainda que o enfermeiro deve evitar a todo o custo ser selectivo na escuta, dando atenção apenas ao que lhe interessa.

Quando o enfermeiro está preocupado com as suas próprias reflexões faz uma escuta inadequada e tem dificuldade em partilhar com ele experiências que são total ou parcialmente diferentes das suas. Menciona-se ainda outros aspectos que podem funcionar como obstáculo à escuta, como os juízos de valor (que denomina de escuta apreciativa), preconceitos (escuta filtrada), a filtragem é feita à luz dos preconceitos do enfermeiro, muitas vezes, de forma inconsciente, a compaixão (escuta compassiva) pode também deformar a percepção dos factos. Embora a compaixão seja um sentimento louvável não pode substituir a empatia uma escuta atenta e objectiva. Todos os enfermeiros devem, desde a formação inicial, aprender a escutar correctamente. A escuta é indispensável no desenvolvimento de competências inerentes à relação de ajuda e, por isso, é uma responsabilidade profissional do enfermeiro (Chalifour, 1992).

Face às características da relação de ajuda o enfermeiro terá que ser portador de determinadas competências pessoais e requisitos profissionais, devendo para isso desenvolver as suas capacidades intelectuais, afectivas, físicas, sociais e espirituais.

De acordo com Lazure (1994), o enfermeiro que ajuda deve possuir algumas capacidades, nomeadamente:

- ⌘ Ter capacidade de especificar e fazer especificar;
- ⌘ Ter capacidade de respeitar-se a si mesmo e ao utente;
- ⌘ Ter capacidade de ser congruente consigo mesmo e na relação com o utente;
- ⌘ Ter capacidade de ser simpático;
- ⌘ Ter capacidade de confrontar-se e confrontar os outros;
- ⌘ Ter capacidade de escuta.

O facto de possuir estas capacidades não significa que esteja apto para estabelecer relações interpessoais positivas. O importante é que o profissional esteja motivado para a ajuda necessária e colmatar dúvidas ou resolver situações que lhe provoquem estados de tensão e assim apreender todas as manifestações do utente e não correr o risco de responder a uma solicitação com uma atitude fria ou de indiferença.

Igualmente importante é que o enfermeiro desenvolva e utilize as competências da relação de ajuda para assegurar um ambiente encorajador e estimulante.

Assim, segundo Lazure (1994) e outros autores, as competências são as seguintes:

Clarificação: O enfermeiro deve ajudar o utente a perceber com maior clareza o seu problema ou as suas soluções;

Empatia: O enfermeiro deve reconhecer os sentimentos e ter a capacidade de se colocar no lugar do utente, de compreendê-lo e transmitir ao utente essa compreensão; “a enfermeira empática usa momentaneamente as emoções do cliente com a finalidade de o compreender inteiramente mas é essencial que se mantenha consciente de sua própria individualidade”;

Respeito mútuo: O enfermeiro deve respeitar o utente como pessoa humana, com as suas características individuais, suas crenças e valores; “ Respeitar o ser humano é acreditar profundamente que ele é único e que devido a essa unidade só ela possui todo o potencial específico para aprender a viver de forma que lhe é satisfatória”.

Congruência: Corresponde á concordância entre o que o enfermeiro pensa e sente, e aquilo que exprime durante a relação de ajuda; “ A congruência tem as suas raízes na espontaneidade e na segurança interior, as quais proporcionam o prazer de se ser verdadeiramente aquilo que se é”.

Escuta activa: O saber escutar traduz-se por um comportamento físico (postura); observação (olhar o outro) e o escutar propriamente dito (audição). Estas atitudes demonstram o interesse e a atenção dispensadas ao utente, devendo o enfermeiro estar atento á mensagem verbal e gestual.

Confrontação assertiva: O enfermeiro confronta o utente com a finalidade de lhe proporcionar novas perspectivas que o possam motivar a mudar comportamentos para uma vida mais saudável.

Aceitação incondicional do direito da pessoa doente: o profissional de saúde deve aceitar o outro tal como este é sem avaliação com juízos de valor e sem preconceitos. Deve aceitar tanto o doente agressivo, como o doente exigente ou com qualquer outro.

Autenticidade: Evidencia a relação consigo próprio e manifesta-se pela capacidade do profissional de saúde se manter, ele próprio, nas suas interações com o doente, de ultrapassar as atitudes convencionais e de lhe juntar o que há de mais verdadeiro e de mais real. Esta atitude supõe espontaneidade e sinceridade, assim como ausência de comportamentos defensivos por parte do profissional.

Segundo Phaneuf (1995), existem algumas barreiras à relação de ajuda, sendo a primeira o factor tempo. É verdade que os recursos de saúde e de enfermagem em particular são cada vez mais limitados, tornando assim o trabalho cada vez mais intenso. Mas, a falta de tempo pode ser um bom pretexto, porque, esta relação pode muitas vezes estabelecer-se sem muitas exigências, enquanto se realizam outros cuidados. Também podem ser previstos no plano de cuidados alguns minutos que bem planificados podem dar lugar a uma relação bastante positiva.

Uma outra barreira está inerente ao tipo de comunicação que é próprio de cada profissional, tendo alguns uma maior predisponência para escutar, sendo assim mais interessados pela relação de ajuda do que outros que dão maior importância aos denominados cuidados técnicos.

Outras barreiras estão relacionadas com valores culturais e pessoais, diferenças de idades, preconceitos, mas principalmente com as resistências do utente, das suas famílias e/ou pessoas significativas. Por vezes, acontece que o utente apresenta resistência à ajuda que lhe é oferecida pelos profissionais de saúde.

Alguns utentes com um maior nível de ansiedade procuram defender-se da realidade interior e exterior e assim evitam sentir e exprimir sentimentos, recordações ou ideias que o perturbam, dificultando a tomada de consciência, por vezes dolorosa, dos acontecimentos vividos. São mecanismos que por um lado devem ser respeitados e por outro como que solicitam a progressiva intervenção do profissional (Queirós, 1999).

As atitudes podem ser definidas como um estado de espírito que orienta as intenções da pessoa; os comportamentos são a expressão concreta de uma acção ou de uma reacção em determinada situação (Lazure, 1994).

Os comportamentos de muitos profissionais não reflectem as suas atitudes, uma vez que são influenciados pelos vários ambientes ou porque sofreram momentos de fortes pressões internas que os fazem reagir de modo diferente daquele a que as suas atitudes os levariam.

Os comportamentos são mutáveis, evoluem. Podem proporcionar uma certa forma de seriedade quando se aproximam das atitudes, quando não traem as atitudes sinceras de pessoas, quando são expressas com autenticidade. A qualidade dos cuidados é fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida (Hesbeen, 2000).

A relação de ajuda que se estabelece com o outro, representa a forma mais nobre e exímia de cuidar, porque engrandece de forma magistral, a existência, ela transforma os profissionais de saúde para o sentir humanizado e personalizado.

Pode-se de facto acreditar que o cuidar, e cuidar de si mesmo, implica que se presta à nossa pessoa uma atenção especial que não possa confundir-se com egoísmo doentio, mas que permite identificar os limites e otimizar os recursos, de modo a dar sentido às prática profissionais. O profissional que não cuida de si, segundo Heesben (2000:71) “...*não pode desconstrair-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida. Por isso, também ele precisa que o ajudem quando necessário, com orientação e apoio nas suas necessidades*”.

Proporcionar ao doente um acompanhamento global, não representa uma “*missão impossível*”. Por um lado, ninguém pode suportar, sozinho, a saúde do mundo e o profissional de saúde não tem que ser também um psicoterapeuta perspicaz ou um assistente social envolvido (Queirós, 1999).

As necessidades globais do doente, só podem obter resposta através de um trabalho de equipa multidisciplinar. É no entanto necessário que todos se mostrem abertos às disciplinas de outros. Tudo o que se disser sobre quem recebe cuidados aplica-se também a quem cuida, porque é também uma pessoa global, em construção e com múltiplas necessidades. O doente não se relaciona com inteligências puras ou com seres com elevadas aptidões técnicas, mas sim com um homem ou como uma mulher que se encontram, também eles, a escrever a história das suas vidas (Sá-Chaves, 2000).

Salienta-se então a necessidade de, segundo Egan (2000:32) “*est peut-être utile une formation en relation d’aide aux aidants il n’import pas quel est le model*”.

Numa perspectiva mais construtivista, Alarcão (2003), revela que todos os fenómenos decorrentes do exercício profissional, para além de serem motivo de análise e reflexão, devem ser também obra para o desenvolvimento pessoal e profissional.

CAPÍTULO II - ATENDIMENTO EM SAÚDE

Os serviços de saúde têm vindo a desenvolver estratégias no sentido de melhor acolher para melhor servir os seus utentes, as suas famílias ou pessoas significativas. As competências que são exigidas aos profissionais envolvidos estão relacionadas com as áreas técnica, comportamental/afectiva e com a comunicação que é necessária estabelecer entre estes e os utentes.

A excessiva procura dos serviços de urgência dos hospitais continua a ser um dos grandes problemas do Sistema Nacional de Saúde. Esta problemática vai num crescendo preocupante porque, além de persistir, agravou-se tendo em consideração os investimentos efectuados a nível de recursos humanos, materiais e de equipamentos, assim como das estruturas físicas.

Acresce dizer que em situações de urgência, onde doentes, familiares ou outras pessoas significativas se encontram mais vulneráveis e angustiadas, é requerido um múltiplo conjunto de meios e competências para a prestação de cuidados em matéria de saúde. Estes são sempre imprevisíveis, complexos e ambíguos (Nunes e Rego, 2002). Daí considerarmos importante a intervenção supervisiva que proporciona uma desejada qualidade a que nós profissionais e utentes aspiramos, através de processos de reflexão das práticas, da observação, da comunicação e da avaliação dos procedimentos.

O processo de atendimento, enquanto dinâmica permanente numa unidade de urgência hospitalar, reveste-se de extraordinária importância. Este processo visa o encaminhamento, a orientação e relação de ajuda que por vezes, dada a contingência de diversos factores (direccionalização para a matéria técnica da prestação de cuidados) pode ser descorada. Também muito significativo é o suporte emocional necessário nestes serviços dada a fragilidade dos contextos e seus actores.

Apesar de ser legítimo aceitar um conjunto significativo de autores e de conceitos em determinadas matérias, aqui relevamos os que nos parecem fundamentais para dar início ao nosso processo de investigação.

Tendo em atenção o que se encontra descrito no documento universal *Os Direitos dos Doentes*, verifica-se que a urbanidade, o respeito, a igualdade, a dignidade e a informação

são dimensões muito vincadas e que são focos de atenção para o desenvolvimento de prestações de cuidados em matéria de saúde de qualidade.

Mesmo reconhecendo que num trabalho de cariz científico, o senso comum é abstracto, recorreremos ao dicionário para exprimir o que se pode entender por *atender* – ...*prestar atenção a; ter consideração por; examinar com cuidado; notar; definir; esperar* (Dicionário Porto Editora, 2003).

É o próprio Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) que vem desenvolvendo mecanismos para dar a conhecer as *Boas Práticas do Atendimento em Saúde*. Este organismo pede às instituições hospitalares, e outras na área da prestação de cuidados em matéria de saúde, que criem dentro de cada uma, tendo em atenção a missão e filosofia dos cuidados, manuais de qualidade para a admissão e encaminhamento de utentes.

Sente-se hoje a necessidade de desenvolver nos vários profissionais envolvidos nas dinâmicas de atendimento, competências na área comportamental e relacional, no sentido de os sensibilizar para o impacto das atitudes e comportamentos na comunicação e relação com os utentes. Para Boavista (2002), saber atender é uma arte onde diferentes tipos de saberes têm de concorrer para que o acto de atender se transforme num acto de cuidar com qualidade e de supervisão por excelência com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional. Importa também salientar conforme Alarcão (2003:45): “A *supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente, de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois...*”. Ou seja, de quem participa no processo de atendimento para o entender e o melhorar.

A comunicação é essencial ao equilíbrio das relações entre os seres humanos. Trata-se de um processo verbal e não verbal que permite entrar em relação com os outros e trocar experiências, opiniões, sentimentos e informação, manifestando-se desde a infância à velhice. No seio da família ou do grupo social existem hábitos relacionais que favorecem a comunicação ou a prejudicam. Na vertente da comunicação em saúde, há que estabelecer uma relação de ajuda entre o cuidador informal e o utente através de uma comunicação eficaz.

Segundo Taylor (1992), alguns especialistas acreditam que a relação de ajuda que se estabelece num diálogo pode aumentar a capacidade de muitos seres humanos

contemporâneos se envolverem numa comunicação verbal e não verbal efectiva, que caracteriza os relacionamentos interpessoais gratificantes.

1. Comunicação e assertividade

No senso comum, a palavra comunicar provém do latim “*communicare*”, que significa “*pôr em comum*”, “*estar em relação com*” (Dicionário Porto Editora, 2003).

A comunicação não pode ser entendida apenas como emissão ou mesmo troca de sinais, entre interlocutores, nem pode ser separada da compreensão daquilo que é um ser humano num universo de forças dinâmicas. Não pode também ser apenas julgada como fenómeno operacional da linguagem. Termos como emissor, receptor, ruídos ou *feedback* não podem ser analisados fora do contexto múltiplo que a comunicação oferece aos seres humanos. Benjamin (1988:73) diz-nos que: “*Comunicar é um meio pelo qual dois ou mais intervenientes produzem e interpretam significados e, de certa forma, constróem e põem em comum um entendimento recíproco. Nesta medida a comunicação é um processo complexo de contornos fluídos e pouco delimitados, já que a troca de significados está subjacente, em maior ou menor dimensão, a todos os fenómenos psicossociais*”.

Segundo Fachada (2000:12) “*...comunicar é pois, trocar ideias sentimentos e experiência entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz*”.

Phaneuf (1995:105), autora na área científica da enfermagem, define comunicação “*...como processo dinâmico verbal e não verbal que permite que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiência e informações e se possam interajudar ou ajudar outros. É com o ajudar que se favorece a relação e é a comunicação o bem essencial para produzir cuidados*”.

A comunicação desempenha um vasto conjunto de funções indispensáveis à própria natureza da existência humana. Uma das características essenciais do ser humano é a necessidade de exprimir ideias, sentimentos e conhecimentos. Esta resulta do conjunto de conceitos abrangendo as mais diversas áreas científicas: a linguística, a psicologia, a social e a etnológica.

O homem é essencialmente sociável, o mesmo é dizer que uma pessoa não pode não se comportar ou não se relacionar. Se é aceite que todo o comportamento, numa situação

inter-relacional tem valor de mensagem, isto é, de comunicação, segue-se que por muito que uma pessoa se esforce, lhe é impossível não comunicar. Actividade, inactividade, palavras ou silêncio, tudo possui um valor de mensagem, influenciando os outros e, estes outros por sua vez, não podem não responder a essa comunicação.

Todos os seres humanos possuem capacidades próprias para obter objectivos afectivos e instrumentais necessários à vida social e à capacidade de se expressar num contexto interpessoal. O mesmo é dizer que cada pessoa é potencial para responder assertivamente aos estímulos externos, sociais e às relações interpessoais. Há comunicação no ser humano desde a nascença até à velhice (Fachada, 2000).

A comunicação é um modo de entrar em relação com o outro. É muito mais que uma simples transmissão de informação, é uma relação recíproca entre um emissor e um receptor que se torna, por sua vez, emissor. A comunicação é um processo interpessoal que envolve trocas verbais e não verbais de informações e ideias.

Fachada (2000) fala-nos em três níveis de comunicação: a comunicação intrapessoal, interpessoal e pública. A comunicação intrapessoal ocorre dentro do indivíduo, é um diálogo interno que acontece constante e conscientemente. A comunicação interpessoal é a comunicação entre duas pessoas ou um pequeno grupo, é a que mais se usa em enfermagem. A comunicação pública é a comunicação em grandes grupos de pessoas.

A comunicação não se refere só ao conteúdo mas também aos sentimentos e emoções que as pessoas podem transmitir num relacionamento. Comunicar quer dizer tornar comum, como processo de transferência de significado entre as partes. Durante a interacção, a comunicação verbal e não verbal mantêm-se juntas, mas nem sempre a mensagem verbal é igual à não verbal, expressamo-nos através dos movimentos, tom de voz, expressão facial e aparência geral. O discurso é acompanhado por um conjunto complexo de sinais não verbais que afectam o significado das expressões verbais. Considera-se que a comunicação não verbal pode ser a forma por excelência de construir relações com os outros.

O enfermeiro ao dominar as habilidades da comunicação deve considerar os meios de comunicação não verbal como: o silêncio, o olhar, movimentos e gestos, as distâncias, as posições, o toque e os meios de comunicação verbal como a confrontação, a informação e as opiniões, a revelação de si, o feedback, as questões, a síntese, a elucidação e reformulação e a reiteração.

Há autores que consideram que a componente não verbal da comunicação compreende 55 a 97% da mensagem transmitida. Assim, a comunicação não verbal assume grande importância na interação, pois transmite atitudes e estados emocionais, apoia ou contraria a comunicação verbal e funciona como substituto da linguagem se o discurso é impossível (Chalifour, 1992).

Já em capítulo anterior se realizou uma abordagem a algumas formas de contacto ligadas à comunicação não verbal como o toque, as distâncias, o olhar, as posições físicas, os gestos, a escuta, faz-se seguidamente referência ao uso do silêncio como um recurso imprescindível na comunicação enfermeiro/utilizador dos cuidados de saúde.

O uso do silêncio requer habilidade e oportunidade, embora muito útil, pode causar desconforto devido às pausas na comunicação que podem durar vários segundos ou minutos. Permite ao enfermeiro observar com mais atenção as expressões do cliente e demonstra interesse e reconhecimento da necessidade que o cliente tem de privacidade, de comunicar intrapessoalmente, de dispersar um pensamento emocionalmente tenso (Fachada, 2000). Ele permite que o enfermeiro e o cliente organizem os pensamentos. Respeitar o silêncio pode facilitar a comunicação e demonstrar interesse e respeito pela pessoa.

Para Chalifour (1992:12), “... o silêncio utilizado com pertinência pode ser um meio de comunicação extremamente útil para dar ao cliente e ao enfermeiro a possibilidade de tomarem contacto com o que se passa com eles e entre eles. O silêncio, nesta perspectiva constitui de algum modo um espaço fecundo onde as emoções podem emergir e intensificar-se facilitando a aproximação entre ambos e o prosseguimento da relação de ajuda.”

O silêncio interior permite eliminar juízos de valor embora, por vezes, se tenha medo de não saber o que dizer (como se houvesse sempre necessidade de dizer algo), pois crê-se que um bom enfermeiro deve saber responder a tudo imediatamente e, por isso, faz tudo para não parecer incompetente. Um sinal seguro desta atitude nociva é a sua diligência em responder de imediato e em julgar precocemente as palavras do cliente. É também o famoso “*Sim, mas ...*” que se houve com tanta frequência quando o cliente acaba de falar e, por vezes, mesmo antes dele ter terminado. Além do mais, uma boa forma para o profissional verificar se na realidade escutou o cliente é reformular junto dele, utilizando as suas próprias palavras, o que este acaba de lhe dizer.

A comunicação verbal envolve a palavra falada ou escrita. São símbolos usados para expressar ideias ou sentimentos, incitar respostas emocionais ou descrever objectos, observações, memórias ou inferências (Fachada, 2000)). A comunicação eficiente é simples, curta e directa. O enfermeiro deve ser sensível à oportunidade de encetar determinada conversa com o utilizador de cuidados de saúde, muitas vezes o momento é decisivo para a recepção, ou não, de determinada mensagem. O profissional de saúde tem de adaptar a mensagem à situação física e psicológica do cliente, bem como ao contexto onde a conversa decorre. Para esta autora, as variáveis intrapessoais tornam cada comunicação interpessoal única. Cada pessoa faz diferentes associações o que a leva a interpretar a mensagem de forma diferente. A concepção que se tem da comunicação reflecte-se no modo como a usamos quando contactamos com o utilizador dos cuidados de saúde. Percepções, valores, origem cultural, conhecimentos, papéis sociais e o ambiente da interacção influenciam o conteúdo de uma mensagem e a maneira como ela é partilhada.

Ellis e Hartley (1998), referem outros factores que, na sua perspectiva, também exercem influência na comunicação: a idade, o género, a classe social, a etnia e a linguagem. A comunicação entre gerações diferentes nem sempre é fácil. No contexto profissional, na relação enfermeiro/utilizador dos cuidados de saúde, a idade pode interferir com a comunicação, por exemplo, quando um jovem em grande sofrimento se sente constrangido ao ser cuidado por um enfermeiro saudável e com idade próxima da sua. Também a comunicação entre um doente idoso e um jovem enfermeiro pode encontrar alguns obstáculos.

Todas as sociedades têm o seu padrão de comportamento/comunicação estabelecido para homens e mulheres. Isto pode ser particularmente importante na relação entre os utilizadores dos cuidados de saúde e os profissionais de enfermagem, especialmente porque os segundos são maioritariamente mulheres. O género associado à etnia podem ser facilitadores ou obstáculos à comunicação.

Algumas pessoas consciente ou inconscientemente usam a linguagem para impressionar, dominar, humilhar ou para mostrar a sua posição social. A linguagem é o que de mais importante o ser humano conseguiu no decorrer do seu desenvolvimento. No entanto, uma linguagem técnica define as fronteiras de um grupo; inclui uns e exclui outros; isto pode ser muito perturbador na relação enfermeiro/utilizador dos cuidados de saúde. As mesmas palavras podem ser proferidas de muitas formas diferentes com variações no tom, na

ênfase e na afinação. Os linguistas distinguem os sons métricos, que afectam o significado das elocuições, dos sons paralinguísticos que transmitem outras formas de informação. Os sinais paralinguísticos incluem as emoções expressas pelo tom de voz, o grupo de pertença expresso pelo sotaque, as características da personalidade expressas pelo tipo de voz, os enganos no discurso.

O poder existe quando um indivíduo acredita que a sua comunicação pode influenciar o comportamento do outro. Por exemplo, quando um enfermeiro exerce a sua função pedagógica acredita que pode modificar a adesão do doente à terapêutica, apenas porque tem um saber profissional que lhe é reconhecido pela pessoa de quem cuida. Cada actor desempenha, durante uma conversação, um ou mais papéis que são afectados pelo que está regulado pela sociedade, quando em interacção com um doente, as comunicações são organizadas através do papel social do enfermeiro e são afectadas pelas representações sociais esperadas desse papel. Também o doente comunica através do que é esperado do papel social de doente. Na prática, os diferentes papéis não podem ser compartimentados, porque têm intercomunicações entre eles.

Também a nível psicológico existem factores importantes que interferem na comunicação e que são assim descritos por Hindle (1995) citado por Ellis e Hartley (1998), nomeadamente os mecanismos de defesa que têm, de acordo com a autora, o objectivo de manter a auto-estima e de reduzir a ansiedade e a culpa, as crenças e valores das pessoas, que afectam fortemente as atitudes que elas tomam em relação a acontecimentos particulares. As atitudes, os valores e as crenças são adquiridas através daqueles que mais nos influenciam como os pais, professores, grupo de amigos e as assumpções que fazemos frequentemente sobre os outros com quem nos relacionamos, apenas pela maneira como se vestem ou pelo seu papel na sociedade, são influenciadas pelos preconceitos que envolvem a atribuição de determinadas características às pessoas baseadas, por exemplo, na raça, na religião, na orientação sexual, no estado civil. A autora considera factor psicológico relevante a distorção da percepção que nos leva de forma errada a assumir que aquilo que cada um "VÊ" é o que é "VISTO" por todos. Numa situação de relação enfermeiro/cliente, naturalmente que as visões são diferentes e temos que ter isso em conta na comunicação. A comunicação pode assumir diferentes formas, mas estabelece-se sempre através de símbolos. A presença ou ausência de comunicação eficaz determina o ambiente em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos e a comunicação enquanto "arte" profissional

tem que se aprender e sobretudo desenvolver de forma a exercer digna e eficazmente a tarefa de ajudar com competência.

No decurso de uma relação de ajuda, o enfermeiro recorre a várias técnicas de comunicação verbal. Dentre elas destacamos a simples reprodução, a reformulação de sentimentos, a elucidação, a síntese, o levantamento de questões, o feedback, a revelação de si, o parecer, a informação e a confrontação.

A **reprodução** permite, no decurso de uma relação de ajuda, parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspecto da comunicação. Dirige-se essencialmente ao conteúdo formal e factual da mesma. É utilizada, com maior frequência, no decurso do estabelecimento das primeiras relações de ajuda e tem como finalidade facilitar o contacto com as vivências do cliente, de o encorajar na sua exploração e ainda objectivar o conteúdo comunicado. A **reformulação** ou simples reprodução de sentimentos facilita o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções, tendo como principal objectivo, numa perspectiva rogeriana (Fachada, 2000), retirar do conteúdo comunicado pelo cliente o sentimento inerente às suas palavras e comunicá-lo sem o impor.

A **elucidação** ajuda o cliente a perceber a situação no seu conjunto. São inúmeras as vezes em que ele só parcialmente compreende as suas vivências. A visão é feita só numa ou noutra perspectiva influenciada, muitas vezes, pelos outros. O papel do enfermeiro, neste caso, será ajudá-lo a reflectir sobre a parcela ignorada por ele mesmo. Esta forma de comunicação verbal está muito próxima da interpretação. A principal diferença é que a compreensão da vivência do cliente é feita pelo enfermeiro a partir de um quadro de referência que é exterior a si.

A pessoa com necessidade de ajuda encontra-se frequentemente confusa com tudo o que se está a passar com ela. No decurso da relação e aproveitando os momentos "chave", o enfermeiro deverá fazer sínteses daquilo que o cliente vai dizendo. Estas sínteses consistem em fazer realçar o que é essencial no conteúdo comunicado. São várias as finalidades desta técnica para Chalifour (1992: 132), salientando-se as mais pertinentes: *“Dar à pessoa a noção da sua dinâmica na exploração dos sentimentos e pensamentos; Facilitar o "término" da relação de ajuda realçando os aspectos básicos da comunicação; Permitir ao enfermeiro verificar se reteve o essencial da comunicação convidando a pessoa com necessidade de ajuda a completar o conteúdo ou a sua necessidade; Informar e fazer-lhe sentir que o enfermeiro compreendeu a sua mensagem; Ajudar o cliente a*

voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente; Descrever o percurso feito durante a relação e planificar as próximas etapas; Informar o cliente de um comportamento, de uma atitude ou de uma emoção que no decurso da relação se manifestou com uma certa frequência”.

Na opinião do mesmo autor, além destas finalidades, é necessário atender a algumas regras para que a síntese numa relação de ajuda tenha valor significativo. Assim, tendo em conta o seu objectivo, decidir se a mesma deverá ser feita preferencialmente pela pessoa com necessidade de ajuda ou pelo enfermeiro; dar atenção especial à selecção do momento apropriado para fazer o "ponto da situação" (as sínteses repetitivas e inoportunas podem ser nocivas para o cliente); o conteúdo desta técnica deverá cobrir todos os temas abordados bem como as reacções emocionais que os acompanham. A síntese pode ainda ser feita sobre os conteúdos, sobre as emoções ou sobre os processos utilizados na relação.

No decurso de uma relação de ajuda é possível recorrer a uma ou outra questão para encorajar o cliente no prosseguimento da sua conversa. Porém, deve evitar-se a todo o custo quer a forma incorrecta de a colocar quer a frequência abusiva da sua utilização. Esta técnica de comunicação deverá, quando utilizada, respeitar o objectivo previsto. Num modelo biomédico, em que o doente assume um papel passivo, as questões utilizam-se com muita frequência e de forma sistemática. Nesta situação a sua finalidade principal prende-se com o diagnóstico e a elaboração de um plano terapêutico.

Na perspectiva do modelo de relação de ajuda que temos vindo a apresentar, o cliente deverá ter um papel activo, quer na identificação das suas próprias necessidades quer na resposta às questões que ele deve colocar a si mesmo. O enfermeiro terá um papel de guia e acompanhante no sentido de facilitar ao cliente a sua própria exploração.

Para Shulman, citado por Chalifour (1992:134), as questões podem ser colocadas, no decurso de uma relação de ajuda, para: *“Precisar alguns aspectos da comunicação, aprofundar conteúdos julgados importantes na relação, obter novas informações, ajudar o cliente a repetir algum aspecto mal compreendido pelo enfermeiro, encorajar o cliente a exprimir-se de forma mais objectiva, as questões serão formuladas tendo em conta a finalidade pretendida”.*

Podemos utilizar vários tipos de questões em função do objectivo que pretendemos atingir. Assim, se o que se pretende é o desenvolvimento do tema e obter o máximo de informações, as questões adequadas são as questões abertas. Recorremos a questões

fechadas quando pretendemos uma resposta curta, para especificar um aspecto particular do problema; as questões indirectas permitem à pessoa com necessidade de ajuda responder ou não. Este tipo de abordagem facilita o desenvolvimento dos processos exploratórios mantendo a autonomia do cliente. As questões directas são as que se dirigem ao assunto sem qualquer tipo de "rodeios" e exigem uma resposta clara e objectiva. Utilizam-se essencialmente na colheita de dados e servem mais as necessidades de informação do enfermeiro do que as necessidades da ajuda do cliente. São pouco encorajadoras e bloqueiam de certa forma a autonomia.

Para que as questões cumpram os objectivos é necessário que o enfermeiro, como facilitador da ajuda, respeite alguns princípios (Chalifour 1992:136): *“Deve utilizar um vocabulário que seja acessível à compreensão da pessoa com necessidade de ajuda e assegurar-se que ela compreendeu claramente a questão que lhe foi colocada”*. As questões devem ser simples e objectivas e a resposta deve ser ouvida atentamente pelo enfermeiro. Outro aspecto a considerar é o respeito pelo silêncio que pode mediar entre a questão e a resposta e assegurar-mo-nos que as questões que são colocadas levam a pessoa com necessidade de ajuda a reflectir sobre a tomada de consciência de si.

Tudo o que se passa entre enfermeiro e a pessoa com necessidade de ajuda, durante um processo relacional, não é indiferente a ambos: cada um influencia e é influenciado pelo outro, quer sob o ponto de vista psicológico, quer sob o ponto de vista fisiológico. O comportamento do cliente, bem como a manifestação dos seus pensamentos, emoções, gestos e necessidades vão influir directamente nos do enfermeiro. As reacções psicológicas projectam-se nas fisiológicas, sob variadíssimas formas. A tensão muscular, a humidade cutânea, a sensação de calor ou frio, a tonalidade da pele, etc., são algumas dessas manifestações. O enfermeiro deverá aperceber-se do que se passa consigo, compreender o significado das suas reacções, para desenvolver os meios necessários à sua utilização com fins terapêuticos.

O *feed-back* é uma técnica de comunicação, que permite a uma pessoa compreender como ela é entendida pelos outros e comparar essa percepção com a que ela tem de si mesma. Para Hanson, citado por Chalifour (1992: 139), o *feedback* *“...é um processo verbal e não verbal em que uma pessoa informa outra das percepções e sentimentos que determinam os seus comportamentos”*.

Tal como qualquer outra técnica de comunicação, também a utilização do *feedback* deve respeitar algumas regras. O autor propõe o uso do mesmo para descrever de forma concreta o comportamento verbal e não verbal do cliente sobre o qual se pretende chamar a sua atenção.

Ao recorrermos a esta técnica devemos evitar a descrição de mais que um tipo de comportamentos em simultâneo, para evitar a confusão. O comportamento deve ser descrito no momento em que acontece e a sua descrição deve incluir a reacção a esse comportamento. Esta descrição pode ser feita sobre os processos psicológicos apercebidos (pensamentos, emoções e motivações do enfermeiro) e as respectivas reacções fisiológicas. O *feedback* que o enfermeiro dá ao cliente deve ser feito no sentido de o convidar a reagir dando-lhe, no entanto, alguma margem de liberdade para o fazer. Este *feedback* antes de mais deve levá-lo a reflectir sobre um aspecto particular do seu comportamento e a tomar consciência da reacção que o mesmo provoca na outra pessoa (Chalifour, 1992).

Ao longo de todo o processo de comunicação enfermeiro/utente dos cuidados de saúde, a simplicidade é fundamental e passa pelo uso de palavras de fácil compreensão, evitando o discurso demasiado técnico e complexo, de modo a permitir ao receptor perceber a mensagem na íntegra. Com frequência, em ambientes de cuidados de saúde, é utilizada uma linguagem técnica que nos é familiar, mas que para o cliente é completamente estranha, podendo ser geradora de *stress* e obstáculo a uma relação aberta entre o enfermeiro e o utilizador dos cuidados de saúde. Nem sempre os profissionais de Enfermagem estão na posse de todas as capacidades comunicacionais. O enfermeiro é uma pessoa e, como tal, no decurso de uma relação de ajuda pode ser “invadida” por pensamentos, emoções e necessidades que, não estando directamente relacionadas com o que o doente diz ou faz, podem, mesmo assim, influenciar a qualidade da relação: A fadiga física, uma dor ou uma preocupação ligada quer à vida pessoal quer profissional do enfermeiro, bem como à vivência de uma situação de grande alegria ou tristeza, podem também impedir ou bloquear um oportuno envolvimento do enfermeiro na situação do utilizador dos cuidados de saúde.

Ao referir a comunicação emocional pensamos ser importante referir o que são emoções. Na sua abordagem psicobiológica, Damásio (2000) considera as emoções como conjuntos complicados de respostas químicas e neuronais que formam um padrão e têm, em última análise, a função de manter a vida. São processos biologicamente determinados, não

obstante poderem ser alterados pela aprendizagem e cultura que os revestem de novos significados. O referido autor menciona seis emoções primárias ou universais, que são: alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão, referindo que existem muitos outros comportamentos que incluem as chamadas emoções secundárias ou sociais, como a vergonha, o ciúme, a culpa ou o orgulho. Podemos então afirmar que o enfermeiro no seu desempenho precisa ter inteligência emocional e interpessoal. O conceito de inteligência emocional vem dar uma nova tónica às questões da comunicação no contexto organizacional. Esta perspectiva admite que a inteligência não se mede apenas com o teste do QI, mas através de factores como a autoconsciência, a empatia, a motivação e a capacidade para lidar com as pessoas.

Goleman (1995), considera que a inteligência emocional está relacionada com habilidades como auto e hetero-motivação, persistência em face a frustrações e controlo dos impulsos. A inteligência interpessoal é a habilidade de entender outras pessoas, o que as motiva, como trabalham e como se deve trabalhar cooperativamente com elas. Por seu lado, a inteligência intrapessoal é a mesma habilidade, só que voltada para si mesmo. É a capacidade para formar um modelo verdadeiro e preciso de si mesmo e usá-lo de forma efectiva e construtiva.

Sendo a comunicação uma necessidade humana fundamental, cujo a total satisfação assenta, num conjunto de condições biopsico-sociais, cabe aos profissionais de saúde satisfazer também esta necessidade de forma a atingir um elevado padrão de qualidade e de aceitação por parte da comunidade que servem. À medida que se envelhece as condições para que o Homem seja independente na satisfação desta necessidade vai-se modificando. A modificação da rede social, as mudanças biofisiológicas a nível do sistema sensorial, bem como os problemas inerentes ao processo de senescência, formam algumas barreiras à comunicação que é necessário ter em atenção quando se procede ao atendimento destes utentes em contexto hospitalar. O mesmo se poderá dizer em relação aos mais novos, a forma como se dirige a estes tem ser adequada ao seu estadia etário.

A eficácia da comunicação por vezes é difícil de ser avaliada uma vez que estão envolvidas varias circunstâncias e múltiplos cruzamentos que a podem afectar e que de certo modo influenciam o próprio acto:

- ⌘ a forma como o comunicador se expressa;
- ⌘ ambiente que envolve o processo de interação;
- ⌘ a situação afectiva do receptor (Azevedo, 1996).

Compreende-se que um idoso terá mais dificuldades quer intelectuais quer de expressão, em comunicar do que um adulto que se encontre no auge do seu desenvolvimento intelectual ou de um jovem que vivencia uma primeira experiência desagradável em saúde (por exemplo um acidente que o leve pela primeira vez ao hospital – Heesben, 2000). Como tal, é necessário que quem transmite a mensagem tenha em conta as condicionantes que quem recebe a mesma poderá ter. Acontecimentos como o isolamento social ocorrem frequentemente devido a problemas de comunicação no idoso ou no jovem toxicod dependente que apresenta geralmente défice visual e auditivo e outras limitações (Neeb, 1997).

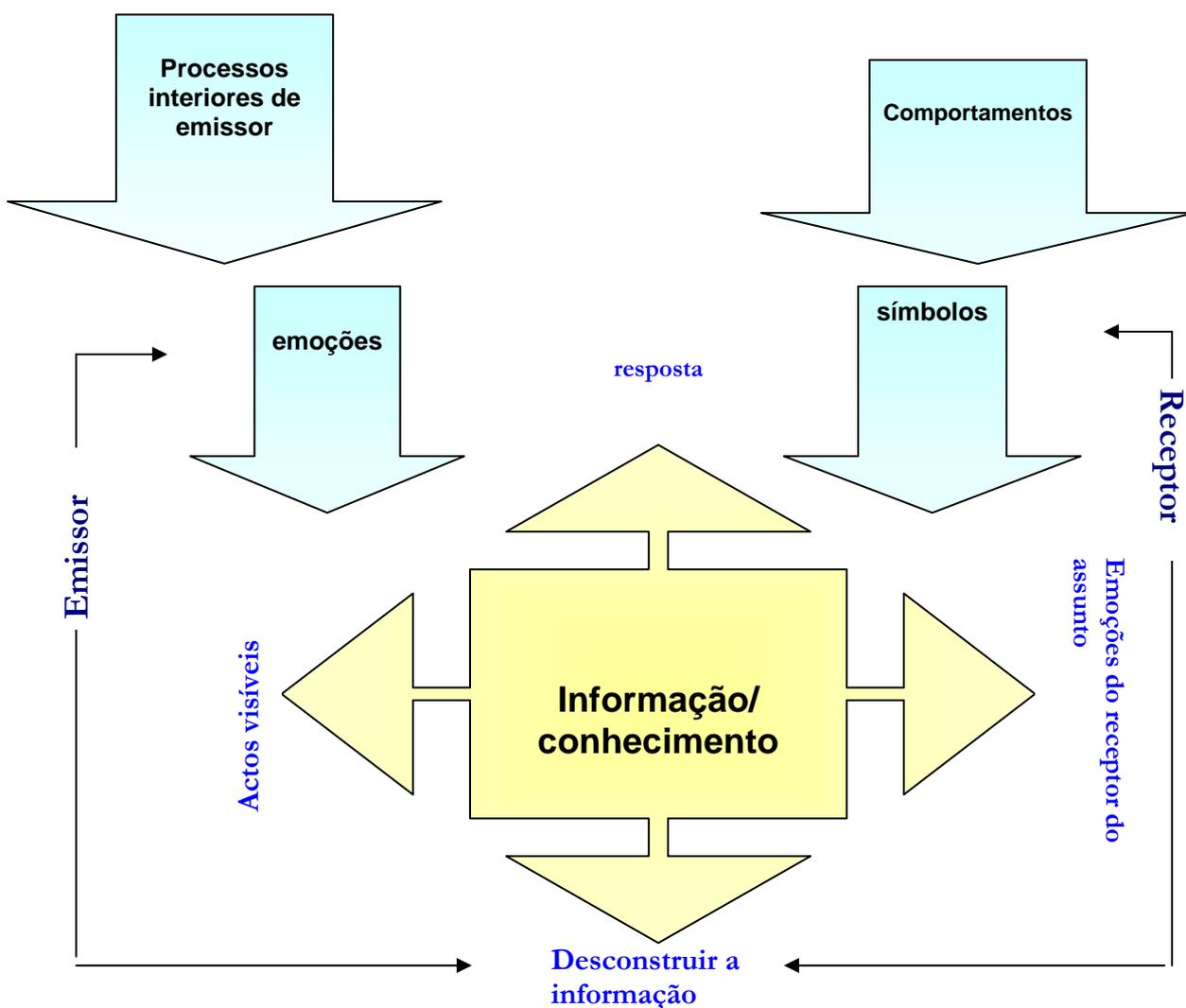
As relações de afectividade devem ser objecto de consideração visto que é compreensível que quer em estados neurológicos alterados ou em patologias psiquiátricas presentes, a capacidade de comunicar seja invadida por fenómenos como o discurso incoerente, o recurso a alucinações, o delírio ou a afasia completa. É função dos profissionais ligados ao atendimento de doentes ou seus familiares como potenciais comunicadores, adaptarem-se à situação e conseguirem transmitir ao outro, quer por comunicação verbal quer o recurso à não verbal, a mensagem tal e qual como ela é (Taylor, 1997).

Como a maior parte dos estímulos são provenientes do meio, o enquadramento físico/ambiente em que a comunicação se desenvolve é primordial. Deve-se tornar o ambiente calmo, estável, sereno, ligeiramente estimulante para evitar a monotonia e evitar ao máximo as mudanças bruscas de ambiente de socialização que poderão quebrar o processo de comunicação (Kaplan *et al*, 1997).

A disponibilidade para comunicar é colocada em causa cada vez mais nos dias de hoje. É lógico que para comunicar de forma eficaz é necessário ter tempo. E o ter tempo não se refere unicamente a ter um elevado numero de horas para se comunicar, é necessário que se transmita ao outro a nossa disponibilidade não só para escutar como para aconselhar, transmitir, partilhar...no fundo, comunicar. Como o ritmo actual de trabalho, de forma geral as pessoas comunicam-se a correr, recorrendo aos inovadores telemóveis e *e-mails* para que estes substituam o estar presente, o estar disponível. É necessário estar disposto

para o acto de comunicar, estar receptivo a isso, o que hoje em dia cada vez mais está ultrapassado (Gillen, 2001).

Figura 1 – Representação das interacções num processo de comunicação



O meio sociocultural é um dos factores também primordiais na comunicação. Para que esta seja eficaz é necessário ter em conta um conjunto complexo de factores como a cultura, os valores, o idioma utilizado nesse meio e o contexto social em que estamos envolvidos (figura 1).

A forma como se comunica é na realidade um dos principais factores que pode comprometer a eficácia da comunicação. Segundo Fachada (2000) o emissor, aquele que vai atender alguém, deve desenvolver as áreas de competência relacionadas com:

- ⌘ *Acolhimento*: atitude relacional de primeiro contacto, em que o emissor demonstra estar disponível e atento às mensagens que lhe estão a ser transmitidas;
- ⌘ *Sentimento de partilha*: ser sensível ao efeito que a comunicação e a vivência do receptor têm sobre si;
- ⌘ *Empatia*: compreender o receptor referido uma experiência pessoal vivida para melhorar a relação afectiva e estabelecer melhores laços de confiança; reconhecer os sentimentos e ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, de compreendê-lo e transmitir ao outro essa compreensão;
- ⌘ *Relação de ajuda*: importante para que atenua no receptor o sentimento de gravidade da sua vivência;
- ⌘ *Imediatividade*: o receptor deve estar atento ao momento certo que o utente transmite mensagens urgentes de ajuda, mesmo que estas não sejam da forma verbal;
- ⌘ *Respeito e Autenticidade*: deve-se respeitar o outro como pessoa humana, com as suas características individuais, suas crenças e valores e transmitir a ele o facto de que é um ser único no seu modo de estar no mundo e que merece o respeito máximo;
- ⌘ *Silêncio*: deve quem emite uma mensagem saber fazer pausas na comunicação verbal para assim incentivar o utente a prosseguir e expor o seu pensamento;
- ⌘ *Toque*: sempre que se proporcionar é importante como gesto de proximidade e de afecto;
- ⌘ *Escuta Activa*: consiste em captar a mensagem comunicada, de seguida compreender o conteúdo e demonstrar ao outro por um comportamento físico – postura, pela observação – olhar ou mesmo pelo referir verbalmente que se está ali disposto a escutar;
- ⌘ *Informação*: esta não deverá ser em excesso porque poderá gerar confusão no receptor.

Nunca o impacto pessoal sobre o desempenho de um profissional de saúde na área de atendimento foi tão influente na criação de relações e aceitação dos procedimentos técnicos em saúde. Como nos refere Gillen (2001:19), “...o comportamento assertivo permite

defender os seus direitos e ao mesmo tempo tratar as pessoas com respeito e garante o êxito e benefícios como: confere melhores chances de aceitação por parte do outro, leva à conversação positiva e estabelece as bases para futuras interacções eficientes”.

De uma forma geral o que as pessoas sentem a respeito dos cuidadores em matéria de saúde e, aceitam ou aderem aos processos terapêuticos, é consequência directa da forma como quem atende se relaciona com o utente. Neste sentido, Gillen (2001) revela as quatro pedras angulares da comunicação assertiva que urge respeitar:

- ⌘ Bom contacto visual;
- ⌘ Um tom de voz neutro;
- ⌘ Uma atenção especial à linguagem;
- ⌘ Uma postura de disponibilidade e de abertura ao diálogo.

Este mesmo autor determina que um comportamento assertivo perante uma qualquer situação faz reflectir sentimentos de aceitação e cujo resultado é manifestamente positivo. Para se agir de forma assertiva deve-se ter competências interiores que levem a controlar as emoções, a permanecer firme nas ideias apesar de aceitar a posição do outro e debater as questões com a outra pessoa.

Fachada (2000) refere que a utilização de linguagem assertiva e decorrentes comportamentos está assente numa aprendizagem ao longo da vida. Para tal, o desenvolvimento pessoal e profissional tem de passar por períodos de orientação e de apoio num processo construtivo com vista a colaborar na prestação de cuidados de saúde com a qualidade que os utentes das instituições têm direito (Soares, 2004).

Para Azevedo (1996:11) assertividade “...significa afirmar por palavras, gestos e comportamentos, o que realmente quero, sinto e penso, levando simultaneamente o meu interlocutor a afirmar o que ele sente, pensa e deseja”. No entanto chama à atenção para os exageros que podem decorrer desta situação. No que respeita aos serviços de atendimento de saúde, hospitais, centros de saúde ou outros, tem de existir uma inspiração humanista e comportamentalista da assertividade e aceitar que, apesar de tudo esta não resolve todos os problemas assim como não existem receitas pré-definidas. A assertividade, enquanto ferramenta relacional, deve ser utilizada a bem do interlocutor e da instituição a que este recorre. O comunicador, aquele que atende outro dentro de um

serviço/instituição, deve ter presente o seguinte direito: *“Tenho o direito de exprimir as minhas opiniões, os meus sentimentos e as minhas vontades sem me sentir a violar os direitos dos outros e não utilizar subentendidos, de ser ilógico, incoerente e reconhecer o direito da reclamação”* (Azevedo, 1996:61).

Comunicar requer alguma actividade mas escutar também. A escuta activa implica, para além da recepção física de sons ou gestos, a elaboração interna da mensagem. A capacidade de recepção é, na perspectiva de Azevedo (1996), 4 vezes superior à capacidade de emissão da mesma mensagem.

Ao abordar-se as questões relacionadas com a comunicação assertiva e comportamentos assertivos é também necessário comentar a dimensão “Escutar com Assertividade”. Esta dimensão resume-se a dois comportamentos fundamentais: empatizar verbalmente e fisicamente e, ajudar ao esclarecimento de sentimentos, factos ou opiniões. É como se estivesse a dar linguagem aos sentimentos, a exprimi-los e a moldar as emoções alheias, a criticar e a discordar de uma forma construtiva. É dar positividade à forma de estar e aos gestos utilizados assim como aos sentidos. Tecnicamente ou operacionalmente, o profissional que atende deve:

- ⌘ Pontuar a audição do que está a ouvir com expressões verbais que demonstrem empatia;
- ⌘ Utilizar gestos e actos físicos que transmitam empatia;
- ⌘ Parafrasear e sublinhar, repetindo o que o outro está a dizer;
- ⌘ Utilizar as perguntas abertas e directas para melhor compreensão do outro (Gillen, 2001).

2. Dinâmicas de atendimento

O trabalho desenvolvido na área do atendimento em instituições de saúde é propício ao aparecimento de situações de crise e ou solução das mesmas.

As questões de saúde e doença são por vezes motivo de alteração de estados emocionais. Nestas situações o trabalho do receptor será bastante facilitado quando existe uma prévia

relação afectiva e laços de confiança mutua, muitas vezes conseguidos com um contacto assertivo. Através da existência destes dois factores quem intervém consegue de facto atingir o seu objectivo, mas nem sempre isso é possível e por vezes podem estar essas relações mais fragilizadas ou até nem existirem.

Uma vez que a situação de crise não atinge unicamente o indivíduo, a família não pode deixar de ser envolvida nesta fase crítica e como tal, ela acaba por ter um papel de colaboração na recuperação do familiar.

Para Taylor (1997) crise é um método adaptativo ou satisfatório para lidar com indivíduos ou situações ambientais que envolvam *stress*, ameaças psicológicas ou fisiológicas. O desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-lo conduzem à ocorrência de um estado de crise.

As crises visam o desenvolvimento da personalidade, com sucessão de diferentes fases, tendo cada uma delas características muito diferentes umas das outras (Kaplan, 1997).

Numa intervenção perante a situação de crise o objectivo principal é resolver a crise em que o indivíduo se encontra.

A Ordem dos Enfermeiros (2001:15) refere-se á intervenção em crise como “...*uma relação de ajuda a curto prazo. Esta intervenção centra-se na resolução do problema de imediato, através da utilização de recursos pessoais, sociais e ambientais*”. A estes recursos e a forma como são utilizados pelos indivíduos para gerir e ultrapassar os problemas, conjuntamente com a resposta emocional ao mesmo, que alguns autores chamam de *coping*.

Para Neeb (2000), *Coping* é o modo como cada indivíduo se adapta psicológica, física e de forma comportamental a um factor de gerador de *stress*. Isto é a capacidade que cada um desenvolve para lidar conscientemente com os problemas e com o *stress*.

O *stress* é considerado como uma ameaça e é fruto de acontecimentos traumáticos, os acontecimentos de vida, as situações crónicas. Mas mais que o *stress* que até pode ser estimulante, é compreender e conhecer as estratégias de *coping* (Pereira, 2006).

Como *Coping* eficaz Neeb (2000) refere-o como um processo que permite ao indivíduo efectuar escolhas saudáveis na resolução dos seus problemas, promovendo a confiança e diminuindo o *stress* na mudança. Como *Coping* ineficaz o mesmo autor refere que se verifica quando as estratégias conscientes experimentadas não são bem sucedidas, conduzindo frequentemente de forma inconsciente as estratégias individuais que dão a

ilusão de *Coping*. A família deverá ser envolvida neste processo e deverá ajudar o indivíduo na escolha de estratégias para enfrentar os seus sentimentos de ansiedade e angústia. O suporte social diz respeito às pessoas que se relacionam com o indivíduo que poderão ao partilhar experiências vividas e a realçar alguns aspectos pertinentes da situação a ultrapassar a crise em que se encontra.

A família apresenta uma identidade própria. Quando o enfermeiro actua sobre determinado utente está automaticamente a actuar sobre toda a família. Quando um indivíduo se encontra em crise, também a sua família se encontra, pois todos eles interagem uns com os outros. O indivíduo integrado num grupo/ família/ comunidade que se relaciona com eles e com os outros num sistema em permanente troca, sofre influências da sua cultura, da sua sociedade e das suas tradições.

Kaplan *etal* (1997) diz-nos que, quando um membro da família enfrenta um problema o grupo, como um todo, é inevitavelmente envolvido de um modo ou de outro. Deste modo a família ajudará o indivíduo na resolução da crise, através da escolha de estratégias para enfrentar os seus sentimentos de ansiedade e angústia, em sintonia com a sociedade envolvente, utilizando as suas próprias experiências e de acordo com as suas necessidades.

Para se completar este raciocínio um grupo bem organizado, em que o sistema de autoridade é claro e aceitável, a rede de comunicação aberta, e os papéis dos membros interligados de um modo complementar, exercerá mais controle e dará mais apoio ao indivíduo, pelo que este terá menos conflito em decidir como enfrentar seu problema. Nem todos os problemas podem ser resolvidos através da erradicação do problema. Nestes casos a família poderá ajudar o indivíduo a encontrar alternativas à resolução da crise. É necessário que exista um grande esforço mental para que seja possível dominar a tensão causada pelo problema, daí a família ter a função de proteger, reconfortar o membro em crise com vista ao fortalecimento das suas defesas, pois e na ideia de Kaplan (1997) a família é uma fonte de ajuda activa a um indivíduo em crise. Mas, nem sempre é possível que as famílias ajudem o seu membro em crise, sem que elas mesmas fiquem em crise. Isso pode ocorrer devido a determinados factores, como devido à ineficácia da família como um sistema, o *status* social, o papel referente no sistema e até que ponto o seu funcionamento é prejudicado pela crise.

Outros factores importantes são as tradições na resolução de crises familiares, com vista ao bem estar da própria família.

De uma forma pragmática e segundo os estudos de Thelan (1994) a família é (ou poderá ser) um excelente facilitador na ajuda/apoio ao utente, sentido-se este apoiado, estando a família integrada nos cuidados que lhe estão a ser prestados. A família é um elo de ligação fundamental para a aderência do doente à terapêutica ou outra qualquer intervenção em matéria de saúde. No entanto uma família em crise tem, também ela, necessidade de ajuda. Uma das formas de explicar as interações/relações familiares é considerá-las um enorme e complexo sistema de comunicação entre os pares.

Podem-se abordar cinco exemplos de ajuda que são desenvolvidos e fornecidos a uma família que se encontra em crise:

1º- Se um membro de uma determinada família perante uma determinada situação fica sem saber que decisão tomar, o profissional de saúde, conjuntamente com ele, podem elaborar estratégias de acção/ sugestões;

2º- Perante um elemento da família que não é capaz de estar junto do utente, o profissional de saúde deverá aperceber-se dessa situação e fornecer-lhe apoio como também orientá-la;

3º- Outro exemplo comum em que o profissional pode actuar, surge quando o familiar fica demasiado centrado nos aspectos tecnológicos que envolvem o utente em situação de internamento, podendo o profissional verbalizar que ele próprio tomará conta desses aspectos;

4º- Perante um familiar hostil, agressivo com diálogo provocador para com o utente deve este profissional reflectir sobre o fenómeno observado para poder intervir, nomeadamente através de perguntas ao familiar do que se passa. Se esta intervenção não resultar poderá ser necessário uma avaliação familiar;

5º- Se o familiar se encontra "perdido" relativamente a situação do utente, a intervenção poderá passar pela explicação/clarificação da situação.

A família deve ser vista como mais um recurso útil para a resolução de muitos dos problemas que são apresentados pelos doentes em situação de crise de saúde quando ocorrem ao hospital (Kaplan *etal*, 1997).

Outra dimensão a ter em conta como dinâmica no atendimento nos serviços de saúde é a entrevista. A operacionalização da relação de ajuda efectua-se através da entrevista de ajuda.

Para Bogdan e Biklen (1994:134) uma entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas embora por vezes possa envolver mais pessoas e é dirigida por uma das pessoas, com o objectivo de obter informações sobre a outra. A entrevista não é mais do que uma forma de intercomunicação na qual se estabelece um elo de ligação entre entrevistador e entrevistado.

Na relação de ajuda a entrevista utiliza-se, segundo Need (2000), para delimitar ou identificar uma preocupação específica do indivíduo e para o ajudar a si próprio a resolver o seu problema de saúde.

De salientar que o uso da entrevista em saúde apresenta não só vantagens mas também algumas desvantagens. Por um lado, é uma técnica onde as relações humanas são privilegiadas, proporcionando uma grande proximidade entre entrevistador/ entrevistado e a construção de uma sólida relação de confiança entre ambos, o que permite tocar em assuntos sensíveis, em conteúdos emocionais e confidenciais, obtendo respostas mais profundas e mais precisas.

Pode ainda ser aplicada a todos os utentes, independentemente do seu nível de escolaridade, área sociocultural, sexo ou idade, encontrando-se condicionada por todos os factores que de alguma forma possam afectar o seu bem estar (a dor, o sofrimento, etc.) (Kaplan *et al*, 1997).

Em contrapartida, a entrevista pode permitir a existência de erros de observação, pode ser mais demorada na obtenção de informação, pode ser condicionada pela capacidade de expressão do utente e pelo seu nível de confiança no entrevistador, podendo também ser influenciada pelo entrevistador, nomeadamente pelo seu aspecto físico, pela sua postura pelos seus comentários ou observações, pela sua voz ou pelo tom da mesma, pelos seus gestos, etc.

No processo terapêutico deve incluir-se, sempre que possível, a família pelo que o recurso à entrevista familiar é, por vezes, imprescindível. A entrevista à família ou pessoa significativa é por vezes a única possibilidade de obter informações pela situação clínica do doente: ou porque não tem todos os seus sentidos presentes ou porque, dada a sua doença tem fragilidade emocional.

Salientam-se, segundo Benjamin (1988), as seguintes situações de dificuldade: controle de doenças crónicas ou terminais; problemas de comportamento ou emocionais; problemas

conjugais; casos de alcoolismo/ tabagismo; situações de morte na família; acidentes graves, entre outras.

A entrevista familiar realiza-se com os objectivos de conhecer todo o contexto familiar, de compreender o aparecimento, desenvolvimento ou agravamento do problema e de observar a interacção entre todos os elementos do agregado familiar, de modo a identificar todos os aspectos relevantes que necessitem de intervenção.

Em saúde, a entrevista familiar, como instrumento de trabalho, baseia-se em alguns modelos teóricos nomeadamente o modelo sistémico. Este define sistema como um conjunto de elementos em interacção, onde os elementos são subsistemas igualmente decomponíveis. Ao nível da família, o sistema familiar faz parte de um sistema maior também decomponível em subsistemas. Se algum problema afectar um dos elementos da família, irá repercutir-se também, em todos os seus membros. Contudo, a família tem capacidade para criar um equilíbrio entre problema e estabilidade. Isto é, a família é um sistema aberto, em relação dinâmica com o meio, relação essa que é imprescindível para lhe sustentar a viabilidade, a capacidade reprodutiva e a capacidade de mudança. Perante alterações do meio, a família reage tentando manter o equilíbrio, desenvolvendo para isso, mecanismos de adaptação à mudança (Kaplan *etal*, 1997).

Compete ao profissional de saúde ajudar a família ou pessoa significativa para o doente quando um dos seus membros está doente e não consegue superar o problema, podendo levar ao desmoronamento da mesma. A entrevista familiar permite-nos conhecer o grau de flexibilidade para alterar a sua própria estrutura interna de modo a adaptar-se às situações de crise que possam ocorrer e provocar desequilíbrio. Segundo Kaplan *etal* (1997), ao nível estrutural deve ter-se em atenção a posição de cada um dos membros da família bem como a constituição de cada um dos seus subsistemas (individual, conjugal, parental e fraternal). Deve também ter-se em atenção as dimensões da família dando especial atenção ao poder, aos valores, à comunicação existente e aos papéis.

Para Taylor (1997), na entrevista familiar existem quatro fases a considerar:

- ✧ *fase social*: que é a fase do primeiro contacto com a família, devendo o profissional de saúde acolher os seus membros de modo a que se sintam confortáveis com a situação. Deve também estar atento quer à comunicação verbal quer à comunicação não verbal, adequar a linguagem e demonstrar respeito pelas regras, cultura e estética familiar;

- ✂ *fase de definição do problema:* consiste em explorar, junto de cada elemento, o que este pensa sobre o problema em causa;
- ✂ *fase interactiva:* tem por finalidade explorar a estrutura da família. O profissional de saúde deve incentivar todos os elementos a comunicarem entre si, pretendendo que a família demonstre, na sua frente, a sua realidade quotidiana;
- ✂ *fase de redifinição do problema:* dado que é possível ter um melhor conhecimento do contexto em que surgiu o problema em causa, o profissional de saúde deve enquadrar o problema nesse contexto e atribuir-lhe um sentido diferente do que tinha até aí.

Nesta última fase, o profissional deve ainda planear a sua estratégia de intervenção na família, propondo a continuidade das entrevistas familiares e integração de outras unidades sociais de apoio.

Traversat *etal* (2003), numa perspectiva muito técnico-operacional, aponta para vários itens a ter em consideração quando se procede a um acolhimento num serviço de saúde. Trata-se de um processo idêntico a uma entrevista mas a que se associa outras técnicas de relação interpessoal, nomeadamente a observação, a avaliação e a orientação:

- ✂ Realizar um diagnóstico da situação que tem na sua frente;
- ✂ Estabelecer uma relação de confiança com o doente, a família e/ou pessoa significativa;
- ✂ Responder às suas necessidades de informação;
- ✂ Solicitar apenas a informação objectivamente necessária;
- ✂ Prevenir situações de conflito de ideias;
- ✂ Contribuir para orientar;
- ✂ Perceber do *feedback*.

O reconhecimento positivo, o estabelecer a segurança e a criação de expectativas faz com que o atendimento presencial nos primeiros 20 segundos seja o denominador para o sucesso do atendimento nos serviços de saúde. Nas unidades de urgência, com a complexidade das situações vivenciadas, esta análise tem redobrada importância (IQS, 2000).

Ao pensar-se no envolvimento total, os profissionais de saúde que estão em presença dos utentes dos serviços, devem desenvolver competências relacionadas com a demonstração do que o profissional faz, com a legitimidade das suas práticas, com a disponibilidade verbal e visual e com a flexibilidade das ideias. Assim, a comunicação que é utilizada oferece uma linguagem corporal de estética agradável, com um discurso perceptível e uma afectividade onde se verifique interesse na ajuda que se pretende dar.

Finalmente, o comportamento e as atitudes que demonstrem apoio, que avaliem a situação ponto a ponto, a orientação exclusiva, a exploração analítica e a reformulação para poder obter a certeza que a mensagem que se pretende passar seja aceite pelo utente e se demonstre uma efectiva aderência a todo o processo terapêutico (Traversat *et al*, 2003).

Faz parte do senso comum a expressão popular que diz que “*os olhos também comem*”. No âmbito científico pode-se traduzir em ambiente que se cria para a prática de cuidados de saúde. O espaço físico, a arquitectura e a decoração, com a disposição e arrumação de objectos pode comunicar determinada informação influente para a receptividade dos doentes, familiares ou pessoas significativas.

Estudos recentes sobre a influência do ambiente físico hospitalar na qualidade de cuidados de saúde, num hospital de Londres revelaram as seguintes conclusões: os doentes e familiares têm maior aderência institucional e ao tratamento em matéria de saúde quando atendidos em ambientes abertos e de fácil acesso; revelam gostar dos profissionais que se apresentam correctamente fardados; deixam de ter comportamentos agressivos em locais onde a limpeza e a arrumação é bem marcada (Laipala Pekka *et al*, 2002).

CAPÍTULO III - SUPERVISÃO E ATENDIMENTO

“The final goal for a professional development is to get the skills to give satisfaction at all the needs of the health clients”

Cutcliffe J. (2001:32)

Existe na actualidade uma preocupação crescente com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e as suas capacidades técnicas e relacionais. Hesbeen (2001) assume o utente antes de tudo como um ser humano e afirma que a prestação de cuidados só é eficaz num contexto de relação de ajuda, o que o leva a salientar a importância de certas «*attitudes internas*», que permitirão ao enfermeiro captar a informação do utente, compreender o seu significado e agir – isto é, essas atitudes determinam a qualidade da relação e da acção.

Chalifour (1992) baseia-se em estudos de autores como Bernosti; Lamonica Phaneuf, Beck, Paul e Lazure para realçar a importância da presença de certas atitudes no enfermeiro que lhe permita estabelecer uma relação de ajuda com a necessária qualidade mas que têm a sua origem em processos de orientação e ajuda para um correcto desenvolvimento pessoal e profissional através de medidas de reflexão sobre o que faz.

Uma das atitudes destacadas é a **compreensão empática** em que o enfermeiro compreende a situação que o utente vive, colocando-se imaginariamente no seu papel, a fim de compreender os sentimentos, pontos de vista, atitudes e tendências do outro, numa dada situação ainda que sem se envolver emocionalmente. Esta compreensão distingue-se perfeitamente de outras como a puramente verbal, lógica e dinâmica, uma vez que procura apreender os dados da mesma forma que o próprio sujeito os apreende, para melhor o apoiar na solução escolhida. É portanto uma atitude facilitadora que conduz a uma participação efectiva do cliente no processo terapêutico e tendo no enfermeiro um parceiro indispensável na sua orientação e supervisão.

A formação na área da relação de ajuda é um dos elementos reconhecidos como fundamental no cuidar em enfermagem e que contribui inequivocamente para a definição do campo de acção do enfermeiro (Collière, 1989). A formação na componente relacional do cuidar em enfermagem permite que o enfermeiro se desenvolva com plenitude no seu

papel autónomo e que o faça utilizando a relação de ajuda como uma base terapêutica que conduza não só ao crescimento e fortalecimento do cliente mas também do próprio enfermeiro através de estratégias específicas como a reflexão, a comunicação, a observação e a avaliação. Alguns estudos consultados revelam *scores* em empatia dos enfermeiros muito baixos e sugerem ser necessário a formação em relações humanas nas escolas de enfermagem, com particular ênfase nas questões de empatia (Queirós, 2000). A autora defende que um programa em relação de ajuda para a formação inicial dos enfermeiros e a formação em contexto hospitalar, deve ter em conta a filosofia educacional e o modelo de ensino/aprendizagem que lhe está subjacente, os conteúdos a serem abordados, os objectivos a que se propõe, as metodologias e a avaliação do próprio programa.

Nunes e Rego (2002) referem-nos que atender bem é “vender” melhor um produto como a saúde, em que a fidelização do cliente se traduz no essencial à adesão aos cuidados de saúde prestados e seus reflexos numa cultura de hábitos de vida saudável. Esclarecem ainda que nesta perspectiva, as instituições têm de desenvolver medidas de monitorização e de acompanhamento da forma como é realizado o processo de atendimento do doente nos serviços de saúde.

Perante este achado é compreensível que se faça um paralelo de pressupostos entre o atendimento em serviço de urgência hospitalar e a supervisão dos procedimentos e dos actores envolvidos.

1. Uma perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional

No decorrer do processo de formação e desenvolvimento existe um eixo estruturante entre o mundo do trabalho e a esfera pessoal. Uma parte relevante dos saberes veiculados a nível da enfermagem surge da própria experiência e da análise reflexiva das práticas sociais e profissionais.

A excelência do cuidar, como referência, é o pressuposto defendido pela Ordem dos Enfermeiros nas competências profissionais. Constitui também uma meta que os enfermeiros desejam cumprir e alcançar como forma de promover e garantir a qualidade

dos cuidados de saúde que prestam às populações. Para tal contribuem as medidas de acompanhamento, orientação, ajuda e monitorização da prestação de cuidados a todos os níveis e em todos os campos das suas intervenções na saúde.

É senso comum que o desenvolvimento humano é diferente de indivíduo para indivíduo dependendo de uma multiplicidade de factores, muitos deles inexploráveis, ecologicamente distribuídos, sistémicos e interactivos. A formação pessoal, qualquer que seja a profissão, não se dá por terminada nos bancos da escola. De uma forma sistemática, dá-se um *continuum* no desenrolar dos vários actos de formação e de socialização – entrada no mundo do trabalho, mudança de local de emprego, vida familiar, vida social, entre outros. A recursividade entre o trabalho e a formação faz apelo a uma lógica interactiva de construção de saberes e de mobilização destes saberes na prática. Pode-se mesmo afirmar que o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação já que são tantos os profissionais que se formam em contexto de trabalho.

Neste sentido, a formação profissional tem em conta as mudanças e os contextos onde estas decorrem. Os actores implicam-se para a facilitação dos desempenhos e na aquisição de outros saberes, novo conhecimento e apuradas competências. As intervenções a nível profissional resultam assim da consolidação de conceitos e da reflexão sobre as práticas.

Para este exercício existe a necessidade de interpolar um outro actor: o orientador da prática, o consultor, o supervisor, aquele que posicionado numa vertente mais diferenciada, perspectiva a actuação dos seus pares com as dinâmicas da qualidade.

A figura do enfermeiro supervisor e que se baseia em essencial, em acções relacionadas com a gestão de serviços no geral e na enfermagem em particular deixou de estar presente como uma adopção legislativa dada pelo conteúdo do Dec. Lei 437/91 de 8 de Novembro.

Não se pode deixar de referir que o termo *supervisor* pode suscitar alguma apreensão e certos receios. Esta ideia parte de se ter considerado que o supervisor realizava inspecção e revisão de trabalho dos profissionais. O supervisor planeava o trabalho, tomava decisões unilaterais, fazendo com que os profissionais obedecessem a normas e protocolos sem questionar e cuja finalidade era identificar os procedimentos mal executados (Corey *et al*, 1998).

Na actualidade defendem-se os princípios em que o supervisor utiliza as estratégias reflexivas sobre as práticas, postura que a enfermagem pretende alicerçar como forma de

contribuir para o desenvolvimento das suas competências profissionais seja qual for o seu meio.

A supervisão clínica em enfermagem tem surgido como uma forma de garantir e estabelecer padrões de qualidade de cuidados, uma forma alternativa de abordar os métodos de trabalho e também uma nova forma de realizar a formação e desenvolvimento pessoal e profissional através do projecto pessoal em contexto de trabalho.

Com esta proposta de estudo entenderemos que a supervisão clínica em enfermagem possa fornecer um espaço para a reflexão das práticas no exercício e no desenvolvimento pessoal e profissional de quem cuida e de quem é cuidado, através de medidas de um “*acompanhamento sistemático*”, como nos refere Hesbeen (2000). Acreditamos que o atendimento de um utente, sua família ou pessoa significativa numa unidade de urgência deve ter na sua base processual uma rede de estratégias para que aconteça dentro dos actuais parâmetros de qualidade.

2. Compreensão do conceito de supervisão

Na perspectiva das nossas vivências, o termo de supervisão clínica não tem reunido muitos consensos e tem causado também algumas inquietações que acreditamos ser pela novidade conceptual que está associada. Por um lado a ideia de inspecção/avaliação relacionada com a gestão, por outro a palavra clínica que está em paralelo, no senso comum, ao exercício da profissão médica.

Pensamos que continua a existir uma certa confusão e possíveis pensamentos menos próprios, entre os profissionais, sobre a natureza da supervisão clínica de enfermagem, que podemos salientar como:

- ⌘ A supervisão está associada à área da administração/gestão dos serviços;
- ⌘ O supervisor é uma figura autoritária e de chefia;
- ⌘ A supervisão clínica é um processo com natureza hierárquica;
- ⌘ A supervisão é um processo apenas de apoio emocional ou psicológico.

No âmbito de diferentes problemáticas para a definição, existe uma ideia central que expomos como: a supervisão clínica em enfermagem corresponde ao suporte para as práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhora a qualidade das mesmas, desenvolve a formação na clínica, faz uma gestão personalizada dos sentimentos e emoções durante o acto clínico e eleva a satisfação profissional dos enfermeiros contribuindo para a qualidade em matéria de assistência em saúde (Cutcliffe, et al, 2001).

É em Bernard e Goodyear (1998:6) que encontramos um conjunto de aspectos que vão ao encontro de uma realidade que entendemos vivenciar: *“a intervention provided by a more senior member of a profession to a more junior member of the same profession. This relationship is evaluative, extends over time, and has the simultaneous purposes of enhancing the professional functioning of the more junior person(s) monitoring the quality of professional services offered to the client(s) she, he, or they see(s), and serving as a gatekeeper of those who are to enter the particular profession”*.

No entanto aceitamos também outras que nos fizeram aferir alguns pressupostos que são transversais a uma grande maioria de conceitos:

- ⌘ A supervisão tem na sua base um processo sistematizado;
- ⌘ A supervisão cria o envolvimento permanente de duas ou mais pessoas;
- ⌘ A supervisão aponta como objectivo principal a colaboração no desenvolvimento pessoal e profissional melhorando as práticas através da reflexão sobre as mesmas;
- ⌘ A supervisão tem como objecto de atenção o profissional ou futuro profissional e o doente/utente e/ou convivente significativo;
- ⌘ A supervisão desenvolve uma metodologia específica de acção.

Perante estes achados conceptuais pode-se inferir que os conceitos têm por base a explicitação de algumas funções que lhes estão adstritas e que se descrevem como:

- ⌘ **Função formativa:** o desenvolvimento de competências é realizado através da reflexão sobre o trabalho, melhorando e introduzindo outras novas dimensões para análise;

- ✂ **Função normativa:** assegurando a implementação de padrões de qualidade dos cuidados previamente definidos e os papéis do profissional que se centrem numa organização que tem em vista o bem comum através da arte do cuidar;
- ✂ **Função restaurativa:** com ênfase nas decorrentes necessidades emocionais dos profissionais e dos doentes ou seus familiares (Bond e Holland, 1998).

O objecto da supervisão clínica em enfermagem são as práticas e todo o contexto onde estas decorrem, o que sugere que estas têm de ser analisadas à luz dos constrangimentos e forças que as envolvem.

Num serviço de urgência hospitalar os envolvidos – profissionais e doente/família ou pessoa significativa; formam uma rede de intervenções que necessita de ter alguém diferenciado para verificar do seu êxito (Bond e Holland, 1998).

Yeglich (citada por Smith e Cottrell, 2000), refere-nos que a categorização de modelos de supervisão clínica em enfermagem, terá de satisfazer uma dicotomia dialéctica em que se pode encontrar supervisão de suporte e/ou uma supervisão terapêutica. É nesta medida que a autora afirma não haver supervisão terapêutica na supervisão das práticas profissionais dos enfermeiros. A existir é apenas uma consequência da supervisão clínica de enfermagem como suporte das práticas.

A supervisão clínica, ao ser desenvolvida no contexto das práticas, tem um conjunto variado de dimensões onde se coloca também os mecanismos de relação de ajuda e suporte emocional aos prestadores de cuidados como também aos utilizadores desses cuidados (Bond e Holland, 1998).

Existem um número de modelos de supervisão clínica ilimitado tendo em consideração o mesmo número de organizações e contextos onde pode decorrer e efectivar-se supervisão clínica em enfermagem consoante a natureza das suas práticas. Temos assim unidades muito específicas como os serviços de urgência, ao qual o senso comum atribui a ideia de “porta do hospital” ou “espelho do hospital”, que requerem atenção redobrada quando se propõe o desenvolvimento de um modelo de supervisão clínica (UKCC, 1996; Butterworth, 2000; McKinley, 2000 – *in* Cutcliffe *et al*, 2001).

Qualquer que seja o modelo tem de estar apoiado em medidas que visem atender às necessidades dos profissionais e dos doentes, que em alguma altura são decorrentes das suas práticas junto dos mesmos e noutras contingências em vivenciar processos de

mudança dados pela mobilidade profissional nas organizações (por exemplo mudanças de um serviço em que a relação com o público é diminuta para outro em que é permanente – Serviço de Urgência). Esta requer períodos de integração às realidades de um novo contexto de exercício profissional e para tal necessita de apoio e orientação (Bond e Holland, 1998).

Abreu (2002), nos seus desenvolvimentos aponta para que como nas afirmações anteriores, outras confirmam a importância da aprendizagem e do acompanhamento clínico, de forma sistematizada aos enfermeiros. As variações a nível dos contextos quer nos enquadramentos políticos quer nos culturais, levam a uma pluralidade. Muitos são os exemplos onde se destaca o atendimento em serviço de urgência, onde se pode prever que os contextos adoptem o modelo que mais se enquadra às suas reais necessidades e às necessidades dos seus actores.

As intervenções da supervisão clínica em enfermagem podem ser vistas como aconselhamento ou de consulta, sempre monitorizando os cuidados ao doente e tendo em consideração os papéis profissionais definidos previamente.

Monitorizando as actividades profissionais, recolhe-se informação sobre as necessidades de formação ou, havendo conhecimento de base, apoio para o desenvolvimento profissional, levando às mudanças que se acharem necessárias para as organizações (Holloway, 1995).

Nesta perspectiva podem-se adiantar alguns postulados a ter em conta:

- ⌘ A enfermagem possui algumas ferramentas para um possível acompanhamento das práticas profissionais dos enfermeiros a exercer funções em serviço de urgência, cabendo a ela a dimensão da sua supervisão;
- ⌘ A experiência clínica numa unidade de urgência hospitalar confronta os actores em aceitar a matriz humanista da sua ciência privilegiando o encontro entre profissional e doente/família ou pessoa significativa numa situação de agudização de saúde;
- ⌘ A bi-dimensionalidade da enfermagem em relação às suas características humanistas é a de ter em atenção a dimensão do utente e do actor, prestador de cuidados sabendo que são indissociáveis;

- ⌘ Vocacionada para a relação pessoal, a enfermagem tem por base a complexidade do ser humano e, daí se recorrer ao suporte da equipa quando se demonstra alguma dificuldade na relação com o outro;
- ⌘ Tendo em atenção aos contextos, a enfermagem pode construir uma estrutura modelar de supervisão em que qualquer actor (supervisor ou supervisado) pode ser sujeito ou ter necessidade de supervisão;
- ⌘ A supervisão clínica em enfermagem é um processo interior a esta disciplina que pode recorrer à multidisciplinariedade das ciências de saúde e ciências da vida, ou dos seus actores.

Ao pensarmos na definição de um possível modelo, independentemente de qualquer matriz adoptada, ou ainda em qualquer contexto, pode-se definir um alcance da supervisão clínica em enfermagem que qualquer abordagem terá de ter por base:

- ⌘ Dar ênfase à relação supervisiva em que todo o processo deverá estar articulado para o seu sucesso;
- ⌘ O processo tem de estar direccionado às práticas dos actores enfermeiros nas áreas da formação, no desenvolvimento das competências e maturidade pessoal e profissional;
- ⌘ No caminho a percorrer, o processo de supervisão clínica terá de ter um conjunto de argumentos explicitados e uma estrutura adequada ao contexto, sendo esta a referência de base (Cotrell, 2000).

3. As estratégias supervisivas e o atendimento em urgência

O processo de supervisão clínica em enfermagem tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes nomeadamente, o supervisor, o supervisado e instituição onde decorre o processo.

Amaral e Pereira (2004), num estudo sobre o *stress* dos profissionais de emergência médica, lançam para debate algumas questões que podem ser equacionadas: a gestão de emoções decorrentes da prática; as questões actuais da qualidade das práticas de

enfermagem; os condicionalismos existentes na multiplicidade de contextos; as atitudes e comportamentos resultantes nos níveis cognitivo, afectivo e físico.

Nos contextos de saúde, onde se destaca para efeito do estudo o serviço de urgência, o supervisor clínico de enfermagem é um enfermeiro que pode ter as competências de consultor, conselheiro, orientador, que estabelece e desenvolve relações de ajuda em vários campos de intervenção e que:

- ⌘ Disponibiliza os seus conhecimentos e saberes avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional para melhorar cuidados seus e dos seus pares;
- ⌘ Promove e coopera em processos sistematizados de mudança e de atendimento do doente;
- ⌘ Dá visibilidade e incentivo às boas práticas com a componente da evidência científica;
- ⌘ Promove a auto-reflexão perante as situações que se deparam nos vários contextos de trabalho;
- ⌘ Desenvolve processos de reflexão-acção sobre o seu próprio papel como supervisor, numa perspectiva schoniana (reflexão pré, inter e pós-activa segundo Donald Schön) e também como prestador de cuidados de enfermagem (Abreu, 2002).

Por seu lado, Frawley-O’Dea (2001) introduz o aspecto da avaliação como estratégia supervisiva fundamental e em que as medidas correctivas a realizar são feitas em tempo útil.

A análise das práticas é uma consequência da própria prática, como nos diz Holloway (1995). Relacionando o conceito de “*artistry*” de Schön (1990), dando ênfase à emergência duma relação eminentemente reflexiva, a mesma autora refere a análise das práticas como um momento de aprendizagem em todos os sentidos, seja na componente técnica ou na relacional, em que o ambiente onde decorre a acção é fundamental também para as aprendizagens cognitivas.

Para Heesbeen (2000) os serviços de urgência hospitalar são o local privilegiado para compreender em como as práticas de encontro com o outro se traduzem na aderência aos cuidados que o doente necessita.

Algumas das problemáticas que decorrem da prestação de cuidados aos doentes em serviço de urgência, terão aqui um enquadramento preferencial, que pode por nós ser sistematizado e que a supervisão das práticas terá uma dimensão estruturante, nomeadamente quando nos referimos a:

- ⌘ Relação de ajuda ao doente/utente, convivente significativo ou familiar;
- ⌘ Promoção da melhoria do estado de saúde do doente em situação de urgência ou emergência;
- ⌘ O cuidar de doentes que se encontram em risco de vida;
- ⌘ A identificação de problemas nos doentes;
- ⌘ Aspectos da comunicação com o doente e a família;
- ⌘ Aspectos de inovação tecnológica;
- ⌘ A formação em contexto de trabalho dos profissionais e futuros profissionais.

Para Butterworth (1992) a supervisão aponta para a identificação de soluções de problemas, melhoria efectiva da prática e aumento de competências, capacidades e conhecimento dos profissionais com vista à qualidade global e globalizante.

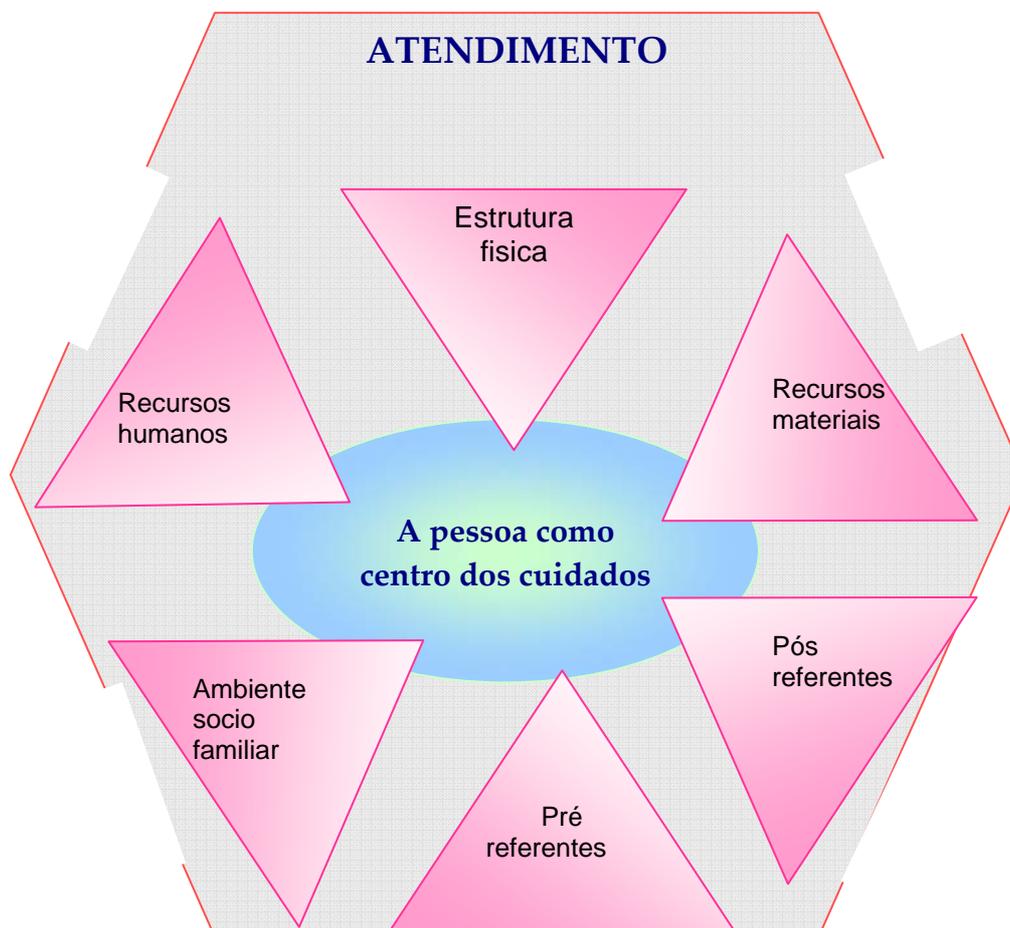
4. A relação supervisiva em contexto de urgência

Holloway (1995), numa perspectiva de modelo de ajuda emocional e afectiva refere que a relação supervisiva que se estabelece entre supervisado e supervisor deve estar fundamentada em princípios base de um relacionamento proveitoso para ambos os intervenientes no processo e enquadrados no contexto onde decorre. Esta autora, baseando-se em Donald Schön, refere que os processos de supervisão devem ter por base uma relação supervisiva reflexiva.

Nesta relação é visível o Princípio da Pessoaalidade, identificado por Sá-Chaves (2000), para êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem: aceitar o outro como um ser único e singular. Para tal, concorrem determinadas características do supervisor, como referem Bond e Holland (1998) e que aqui colocamos com a nossa reflexão neste estudo:

- ⌘ É um elemento de referência na unidade e na instituição que desenvolve critérios implícitos nas práticas;
- ⌘ Apresenta disponibilidade para a sua formação e de outros, aceitando esta como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- ⌘ Sabe “cuidar”, numa perspectiva ecológica, tanto o seu doente como o seu colega enfermeiro ou formando inicial, estabelecendo uma relação de ajuda, de suporte e motivando-o para o seu desenvolvimento e opção por melhoria da qualidade de vida;
- ⌘ Sabe monitorizar as práticas, porque consciencializa o erro, admite-o, comentando-o e reduzindo-o em tempo útil;
- ⌘ É mediador da relação supervisiva entre o supervisionado e a organização, tendo em consideração, os objectivos institucionais e os objectivos do projecto pessoal do supervisionado;
- ⌘ Tem competência reconhecida, formal ou informal, pelo valor da sua experiência, maturidade ou conhecimentos adquiridos.

Figura 2 – Processo ecológico do atendimento



Pelo que foi expresso acreditamos que existe algo de ecológico em todo o processo de atendimento num serviço de urgência conforme se apresenta na figura 2. Os pré referentes estão relacionados com a componente adquirida ou seja o constituído. Os pós referentes são os desejos individuais e projectos estabelecidos.

Para Cutcliffe (2001) a relação está no centro do processo de supervisão clínica aos vários grupos profissionais que se encontram nas instituições de saúde. Apesar de identificar estilos de supervisão, refere que não existem receitas apriorísticas sobre como deve ser executada essa mesma supervisão.

É importante reconhecer o supervisor clínico em enfermagem como um enfermeiro, consultor, formador, orientador e conselheiro, com as características de um profissional reflexivo que sabe da necessidade de usar as estratégias supervisivas. É conhecedor dos conteúdos de formação da área que supervisiona, tem conhecimento dos contextos, dos valores, fins e objectivos institucionais e os dos projectos pessoais de quem se encontra em desenvolvimento inicial.

Sá-Chaves (2000) refere-nos que a figura do supervisor deve aceitar que se encontra, ele próprio, em formação e desenvolvimento permanente, com conhecimento de si, através das suas capacidades e competências meta-cognitivas, traduzidas pelo desenvolvimento das características do profissional reflexivo.

Por outro lado, Cotrell (2000) informa que o supervisor clínico de enfermagem, quando atende o seu doente em qualquer contexto, deverá ter desenvolvido os seguintes atributos: competência; experiência; aceitabilidade; confidencialidade; benevolência, empatia e ser encorajador.

Num perspectiva de monitorização das práticas Ryam (1998) diz que tem de haver alguma autoridade da supervisão, instalada no próprio supervisor. Trata-se de um requisito necessário mas sem no entanto ser punitiva, mensurativa, disciplinária ou com recompensas.

Outros autores como Bernard e Goodyear (1998) e Falvey (2002) ressaltam as dimensões éticas da relação supervisiva com a influência dos aspectos da individualidade e desenvolvimento das diferenças. Salientam as diferenças de sexo, da idade, do sistema de crenças e valores, com implicações fundamentais no êxito desta mesma relação.

Ao estudar os processos da relação supervisiva, Johns (2000) chama a atenção para que a relação supervisiva se desenvolva no novo paradigma da construção da prática de uma

profissão e revela que o supervisor das práticas, como um profissional reflexivo, deve estar disponível para a essência de uma prática holística de vários intervenientes.

Este supervisor deve responder em apoio e suporte das práticas com intervenção ajustada à realidade do contexto, apropriada e efectiva. As suas capacidades são desenvolvidas em torno de se conhecer e gerir o seu “*self*” para o cuidar da relação. Deve ter em consideração, na relação com o outro, a utilização de uma comunicação assertiva e criar o ambiente propício para uma prática holística de suporte e de intervenção supervisiva.

Os intervenientes na relação supervisiva devem ter em consideração as políticas directivas, as preocupações com a melhoria dos primados de qualidade para o cliente, participar no debate sobre a filosofia do cuidar, desenvolvimento de processos formativos e motivação para o seu próprio processo de desenvolvimento de competências. As medidas que o supervisor deve estabelecer apresentam-se como:

- ⌘ O ser explícito no suporte,
- ⌘ Considerar todas as formas de ajuda;
- ⌘ Desenvolver os processos comunicativos;
- ⌘ Ser um elemento encorajador, clarificador e dinamizador;
- ⌘ Desenvolver o foco nos aspectos mais relevantes dos assuntos;
- ⌘ Desenvolver as actividades do processo supervisivo de uma forma faseada;
- ⌘ Utilizar as energias do próprio supervisionado, mais do que dar conselhos, dar informações para reflexão;
- ⌘ Saber avaliar introduzindo as medidas correctivas educacionais;
- ⌘ Saber reflectir e levar o outro a desenvolver processos de auto-reflexão (*Cutcliffe, 2001*).

Para uma inovação na enfermagem de hoje fica a reflexão de que só profissionais altamente motivados se conseguem empenhar num projecto alicerçado na qualidade. O envolvimento na globalidade da assistência pressupõe o respeito pelas competências individuais, pelas interacções e pelo incremento, daquilo que Nunes e Rego (2002:115) afirmam ser: “...o *salário emocional*”.

Aceita-se que têm de ser dados contributos para uma redefinição da “*inovação*”, significando mudança, evolução e reforma, das instituições, como espaços de confluência de relações individuais e organizacionais.

As instituições devem ser responsáveis por proporcionar serviços de elevada qualidade, sendo para isso necessário formalizar este propósito fixando critérios, metas, padrões de qualidade para os diversos sectores e sistemas de formação, de informação e de monitorização. A política do serviço de enfermagem parece-nos inscrever-se nesta perspectiva, proporcionando uma política e meios de suporte a todos os enfermeiros da estrutura, definindo critérios de referência para o exercício profissional e estratégias de apoio para o desenvolvimento deste.

A qualidade da prática clínica depende do seu acompanhamento, monitorização e supervisão. Os processos institucionais de apoio à problematização sobre as práticas deve constituir-se como propósito das organizações, articulado com o sistema de gestão, mas nunca assumir um sentido normativo (Fish e Twin 1997).

Pensamos que não basta ter recursos profissionais de alto nível e de elevada competência para garantir um sistema de qualidade. As monitorizações, a serem feitas, deverão ter também em consideração as dimensões pessoais. Daí a necessidade de promover igualmente um “cuidar” dirigido também aos agentes de saúde, num ambiente de humanização e de dignificação do papel dos profissionais.

Também Sá-Chaves (2000:91), refere que: “...*nesta possibilidade de mudar e de alterar situações que radica a esperança de sermos úteis, solidários e fraternos agentes de mudança.(...) Se Agimos é porque acreditamos e sabemos o suficiente, para intervir de forma qualificada como se todos os nossos gestos fossem gestos primordiais de encaminhar no sentido da esperança e no sentido da vida*”.

Acredita-se que na relação de ajuda é necessário existir uma metacompetência reflexiva, capaz de fazer frente à complexidade das situações que surgem nos contextos das práticas nos serviços de urgência hospitalar. Sendo a supervisão um processo de ajuda tem todo o cabimento a utilização de estratégias supervisivas nesta dimensão.

5. Atendimento e qualidade de cuidados

“Nunca como hoje o actores da área da saúde foram confrontados com o fenómeno da qualidade. As leituras organizacionais, a dotação de recursos, as estratégias de parceria, a formação de recursos humanos ou mesmo os modelos gravitam em torno da certificação da qualidade e de discursos produzidos sobre a excelência”.

Abreu, W. (2003:9)

O hospital é uma organização altamente diferenciada que detém um aspecto de máxima importância para o entendermos como uma organização complexa: a recursividade das pessoas. São em primeiro lugar os doentes ou utilizadores que são cada vez mais naturalmente exigentes, são os fornecedores de recursos materiais que se encontram integrados num esquema organizativo específico vocacionado para a economia do lucro e os prestadores que se subdividem em diferentes categorias exigindo um espaço próprio no seu atendimento.

Para Chiavenato (1992), a sociedade tem evoluído na forma de aceitar as mudanças a exigir às organizações sociais mas impera nela ainda uma visão sócio-técnica. Nesta visão, aceita-se as motivações para uma organização humanista, personalizada e democrata.

As orientações instrumentais assentam em:

- ⌘ Criação de espaços para o atendimento personalizado;
- ⌘ Estruturas físicas horizontalizadas de acordo com os padrões de trabalho dos vários profissionais;
- ⌘ Implementação de actividades e de procedimentos com vista à satisfação das reais necessidades dos utilizadores
- ⌘ Definição rigorosa da missão de cada unidade funcional de acordo com as necessidades dos utentes.

Os hospitais desenvolvem medidas normativas em que o atendimento é entendido como um processo de acompanhamento do utente no serviço, numa perspectiva de melhoria do

percurso dos mesmos nas unidades, de forma a garantir qualidade desde o primeiro contacto com a instituição.

As problemáticas relacionadas com a qualidade estão na ordem do dia e são transversais ao nosso quotidiano. A qualidade em saúde, para além de outras vertentes, é um aspecto incontornável das actuais políticas de saúde, tem um vinco muito forte nas actividades desenvolvidas pelos profissionais, pelos resultados obtidos e pelos recursos utilizados. Independentemente das estratégias que se possam implementar, existirão sempre fortes pressões e motivações, quer económicas, sociais, políticas ou profissionais, para que a qualidade seja uma realidade.

Nas últimas décadas temos vindo a assistir a um uso frequente da expressão qualidade e que cada vez mais associada aos serviços de utilização pública e social sendo que o seu início era mais frequente nas linhas de produção fabril.

Biscaia (2000:8) refere-nos que a qualidade é: “... *um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação de desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade de cuidados*”.

Parece já do senso comum que não há nenhuma intervenção na área da saúde, ou que sobre ela se teça algumas considerações, que não se manifeste preocupações sobre a qualidade, seja numa perspectiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos.

Em Portugal, desde os finais dos anos 80 que as questões da qualidade têm sido motivo de diversas discussões. Destaca-se para o efeito, o aparecimento do normativo que obriga à criação de comissões de qualidade em torno dos vários estabelecimentos de saúde. Também o grande investimento feito na formação para a qualidade, embora pouco integrado, era notório na altura assim como o papel de divulgação do conceito por parte da Direcção Geral de Saúde.

Já nos finais dos anos 90 o conceito de qualidade deveria ser assumido em sentido lato, tal como foi apresentado nas linhas estratégicas, ou seja: como qualidade total.

Tem aumentado de forma exponencial, como necessidade organizacional das instituições de saúde, a promoção da qualidade através de processos de verificação/inspecção/monitorização das práticas e sua análise pela própria demanda dos utilizadores (Guilmore, 2000, *in* Cutcliffe *et al*, 2001). Verifica-se assim uma nítida

duplicação da visão de qualidade: a atenção ao sujeito produtor de práticas, sua satisfação e à satisfação do utente.

A acreditação, visão implícita das auditorias externas, veio a afirmar-se nos últimos anos como um meio por excelência de monitorização e avaliação da melhoria contínua da qualidade, sendo que a sua crescente popularidade tem resultado da consciencialização geral das questões da avaliação e melhoria dos serviços de saúde como estratégia de gestão.

Mais do que promover e desenvolver a qualidade dos serviços de saúde, compreende-se que existe necessidade de lhe dar sustentabilidade através de programas de melhoria contínua de qualidade.

David Taylor (1998) distingue diversos níveis de qualidade:

- ⌘ **qualidade do sistema**, quando está em causa a prestação de cuidados de saúde a uma comunidade e a afectação de recursos com definição de regras claras, justas e equitativas;
- ⌘ **qualidade da administração hospitalar**, que consiste na implementação de critérios de qualidade que correspondam às expectativas da população que é servida por uma unidade hospitalar;
- ⌘ **qualidade profissional**, que se refere a boas práticas profissionais: medicina, enfermagem, apoio e vigilância e outras áreas técnicas da saúde.

Em saúde estes conceitos aparentemente simples revestem-se de particular acuidade e complexidade, dada a especificidade e delicadeza dos produtos oferecidos, em que estão em causa inúmeros produtos e serviços complexos e únicos, como sejam: produção e distribuição de medicamentos, intervenções cirúrgicas tecnologicamente complexas e abordagens em situações humanas psicologicamente extremas e particularmente exigentes. E, para se garantir a qualidade, toda a cadeia de produção deve estar em conformidade com o respectivo standard.

Boavista (2001) refere-nos que as dimensões da qualidade no atendimento nos serviços de saúde são a eficiência como: resultados ou benefícios decorrentes da utilização de serviços e da prestação de cuidados relativamente aos recursos consumidos; a efectividade: resultados ou benefícios realmente obtidos decorrentes da utilização dos serviços e da

prestação de cuidados, em condições normais de desempenho (“*a capacidade de fazer*”) e a adequação técnica e científica como a capacidade de utilizar os recursos e conhecimentos para produzir ganhos em saúde e satisfação dos utilizadores.

Também nos refere que a sua monitorização depende do tipo de dados que se podem encontrar na Tríade de Donabedian: a estrutura - as características relativamente estáveis (ambiente físico e organizacional) dos prestadores de cuidados, os instrumentos e outros recursos que têm à sua disposição; o processo - relação entre o prestador e utilizador e o modo como os cuidados são prestados, tendo em consideração o diagnóstico e o tratamento; e os resultados - os próprios objectivos dos cuidados que ilustram as mudanças do estado de saúde que se atribuem aos cuidados prestados que envolveram mudança.

No entanto, as administrações são por vezes levadas a imprimir a produção, enquanto objectivo organizacional, em detrimento do que actualmente se denomina de ganhos em saúde.

Um aspecto que jamais pode ser olvidado, como referem Nunes e Rego (2002: 116) é que, “*para ser possível obter ganhos em saúde deve existir um sistema articulado e estruturado por processos interrelacionados, de acordo com o ideal de que existe um objecto comum a todos os agentes de saúde, ou seja, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos*”.

A prestação de cuidados de saúde com qualidade é um assunto da maior importância já que duas consequências principais são o alívio do sofrimento e a melhoria do estado de saúde dos indivíduos, tornando-se assim os objectivos primordiais de uma sociedade civilizada.

A humanização e modernização das instituições de saúde passa, não só por intervenção a nível de infraestruturas, equipamentos e recursos humanos, mas sobretudo por uma mudança clara de atitudes de todos os prestadores e utilizadores dos cuidados de saúde, que conduzem à acreditação de uns e à satisfação de outros.

O sistema português da qualidade na saúde previu a implementação de um sistema de acreditação das unidades de saúde com um organismo independente.

Boavista (2000) dá-nos conta do estabelecimento de protocolos de acreditação, entre as instituições hospitalares portuguesas, que livremente aderem, com a aplicação do sistema do *King's Fund Health Quality Service Organization* do Reino Unido. Foi assinado um protocolo de colaboração para o desenvolvimento do Sistema Português da Qualidade na Saúde, entre o Ministério da Saúde e esta instituição inglesa, ao qual muitos hospitais já aderiram. A acreditação tem por finalidade monitorizar, através de um conjunto de normas

e procedimentos registados, a competência técnica de uma instituição para a prestação de determinados serviços.

Heidemann (1999), refere que uma instituição de saúde é acreditada porque reúne à priori os requisitos exigidos, segundo um determinado referencial, para a prestação de cuidados de saúde. Isto é, é concedido à instituição um grau de confiança para o desempenho de uma actividade.

O *King's Fund Health Quality Service* do Reino Unido (KFHQS) é uma fundação independente, sem fins lucrativos, fundada em 1887 pelo Príncipe de Gales, posterior Rei Eduardo VII, que possui personalidade jurídica e actividade independente. A sua missão na actualidade é de contribuir para estimular as boas práticas e inovações vividas, em todos os aspectos dos cuidados de saúde e sua componente de gestão de recursos. Oferece um processo único de melhoria da qualidade e acreditação que foi criado em exclusivo para instituições hospitalares públicas ou privadas (<http://www.kingsfund.org.uk>).

Este programa de acreditação fornece às instituições a revisão permanente de todos os procedimentos organizacionais nela praticados com vista à melhoria contínua das práticas de saúde às populações e um desenvolvimento profissional e pessoal, através da mobilização de todos no decorrer do programa.



PARTE II
Contribuição Empírica

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA GERAL

“O método garante a eficiência do estudo mas também o método depende de quem o aplica.”

Gauthier *et al* (1998:32)

Os paradigmas de investigação dão o caminho e orientação perante a realidade e conhecimento científico que cercam quem deseja investir na solução das problemáticas. Neste sentido pensamos que esta proposta de estudo enquadra-se num âmbito alargado de paradigmas de investigação cuja natureza é eclética entre métodos qualitativos e quantitativos.

Autores como Guba e Lincon (1994) dão-nos a informação de que a adopção de uma metodologia de investigação passa por saber o que pensa o investigador sobre uma determinada realidade, a natureza e o que existe no domínio em causa que possa ser conhecido ou aberto a outros. O investigador, tendo em consideração o seu quadro de referências e as suas concepções, aproxima-se do paradigma que possa ser demonstrativo de uma investigação qualitativa ou quantitativa.

Podemos afirmar, porque o sentimos, que nos encontramos inseridos numa abordagem construtivista que está em permanente desenvolvimento, num dinamismo muito específico que é passível de ser criado pelo próprio investigador no domínio das representações cognitivas. Estas são proporcionadas através múltiplas aceções de compreensão, de explicação, de interpretação e de mobilização criativa. *“As realidades são apreendidas na forma de múltiplas e inatingíveis construções mentais”* (Guba e Lincon, 1994:110).

Estes mesmos autores consideram que as possíveis relações entre investigador e o contexto que o rodeia não pode ser neutra. As teorias e os factos ou achados são interdependentes das condutas do pesquisador, nomeadamente dentro da planificação teórica que este estabelece para alicerçar todo o processo de investigação.

Para Alarcão (2004), as construções conceptuais dependem das pessoas no seu individual com os reflexos que podem ocorrer em grupo. As construções não são mais nem menos verdadeiras mas sim mais ou menos informadas ou sofisticadas. Daí que a questão

ontológica, de um modo muito particular, é aquela que para nós condiciona as outras duas dimensões em referência numa investigação: a epistemológica e a metodológica.

Gil (1995:27) dá-nos o seu contributo referindo que: “...*método é o caminho para se chegar a um determinado fim*”. Esta terminologia condiciona-nos à descrição do caminho que fomos percorrendo, à análise dos procedimentos e técnicas específicas a adoptar para a recolha e análise da informação, às suas potencialidades e implicação bem como aos pressupostos subjacentes à sua mobilização para finalizar nas respostas às nossas preocupações e a possível novo conhecimento.

Assim podemos entender metodologia como uma organização crítica das práticas da nossa investigação que se produz desde a formulação das questões ou preocupações iniciais e que nos vai permitir chegar a conclusões fiáveis e em acordo com os propósitos que se descreveram independentemente da tipologia da investigação.

Para que o percurso que se traça desde a interrogação inicial se processe com o êxito pretendido e credível, numa busca permanente de conhecimento e verdades, há necessidade de seguir um conjunto de passos previamente traçados. Pretende-se assim compreender o objecto de estudo e encontrar respostas às nossas interrogações.

Como já se afirmou, consideramos como principal referência para todo o nosso processo, o modelo de Quivy e Campenhoudt (1996) nas diferentes fases da investigação, na sua complexidade crescente das tarefas que se vão propor para serem organizadas ao longo do tempo.

1. Tipo de estudo

Uma investigação que assenta em características muito próprias, segundo Bogdan e Biklen (1994), pode ter como metodologia o *estudo de caso*. São as situações que são estudadas no seu ambiente natural, sendo o investigador o seu principal instrumento; a investigação enquanto desenvolvimento tem um forte cunho descritivo; os dados são tratados de forma indutiva indo provocar um conjunto de interrogações que por sua vez vão colaborando na construção de um percurso; a investigação preocupa-se, no essencial, com significados atribuídos pelas pessoas às coisas e aos fenómenos que para a investigação concorrem.

Para Merriam (1988), a investigação que promove a metodologia de *estudo de caso* deve ser utilizada quando se pretende, quase em exclusividade, uma descrição e uma explicação. Pela necessidade em estudar uma unidade social específica – Hospital de José Luciano de Castro, Hospital Distrital de Anadia, compreender uma experiência e aprofundar o conhecimento disponível sobre este contexto na temática do atendimento, pensamos que o modo de investigação a que nos propomos desenvolver é o *estudo de caso*.

Aceitamos a existência de variações na definição de “*estudo de caso*” que podemos ir encontrando de autor para autor; porém são possíveis de identificar algumas características que nos parecem consensuais e transversais entre eles.

O estudo de caso pode ser definido como uma pesquisa dirigida para um sistema bem delimitado. Inclui uma colheita detalhada de informação, podendo envolver fontes múltiplas de informação. É, como seria de esperar, um estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, na sua complexidade e dinamismo próprios. Existem termos como os de *exploração detalhada* e *estudo profundo* que aparecem na generalidade das definições de estudo de caso por nós consultadas.

Yin (1991) refere que a escolha do modo de investigação tem uma dependência fulcral em três condições: a tipologia do problema, o controlo que o investigador atribui a si próprio e o contexto onde decorre a acção. É determinante a opção desta metodologia quando se parte de questões de “*como*” e “*porquê*”.

Bruyne *et al* (1991:104) refere que “*O estudo de caso não chega para a elaboração de uma teoria, mas pode ser suficiente para a confirmar ou negar.*”. A nossa opção pela metodologia de *estudo de caso* tem como base o facto de ser uma situação bem delimitada num contexto próprio. Pretende-se uma descrição da situação particular sem realizar generalizações. Acredita-se no entanto que poderá haver similitudes com outros contextos. Ao utilizarem-se técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa vamos ao encontro de teóricos que referem o estudo de caso como aquele que “*...pretende evidenciar pormenores que seriam ignorados numa investigação quantitativa pura.*” (Boudou, 1989:43). Prossegue-se na descoberta, a partir de pressupostos teóricos, de novos achados que podem emergir ao longo do estudo. E, para melhor compreensão das manifestações gerais do problema, as acções desencadeadas, as percepções pessoais, os comportamentos e as interacções, deve-se ter em especial atenção o domínio contextual onde estes fenómenos se desenvolvem.

A metodologia procura explicar a forma como os problemas equacionados foram investigados e também a razão das opções do investigador.

Perante o desenvolvimento de um estudo de caso, o investigador tenta identificar as questões principais sentidas pelos vários participantes e audiências, e avaliar o mérito e o valor ou o significado dos fenómenos para os participantes.

Na discussão dos resultados, traçando a triangulação que julga ser a necessária para a coerência do objecto de estudo, vai apresentando resultados, conclusões, ideias gerais, opiniões ou mesmo sensibilidades e vivências pessoais. Essas são o resultado da criatividade que segundo os críticos pode ferir a objectividade da pesquisa se o autor não souber traçar as explicações necessárias. No entanto, a seu autor está identificado a um percurso fenomenológico sustentado pela escolha livre de uma metodologia para um objecto de estudo (Tuckman, 1994).

A dimensão fenomenológica que está associada aos actores produtores dos cuidados, como seres únicos sujeitos a múltiplos factores, leva a um conhecimento pessoal que sugere uma flexibilidade permanente com o objecto de estudo.

Carpenter e Streubert (1998:6) referem que: *“Na condução de uma pesquisa qualitativa, os investigadores são obrigados, pelas bases filosóficas das metodologias que usam a aceitar o self como parte da tarefa de investigação (...). É essencial a consciência das crenças e compreensões pessoais para descobrir plenamente o fenómeno estudado numa investigação qualitativa.”*

A compreensão fenomenológica implica, para estas autoras, duas acepções. Uma será a descritiva com as explorações directas realizadas, as análises e a descrição de determinado fenómeno e objecto em estudo, exigindo-se a máxima apresentação intuitiva. Uma segunda acepção é a que se transmite pela fenomenologia das essências e está relacionada com as sensibilidades pessoais. Estas implicam a procura criativa através dos dados, os temas mais comuns e o estabelecer de padrões de relação partilhados com a variação imaginativa livre e flexível própria do investigador.

Em relação às questões de interpretação e discussão de dados na perspectiva subjectiva, o processo de produção de investigação qualitativa é complexo, pessoal e intenso. No entanto não pode deixar de ser explicado à luz do processo de investigação, das metodologias e dos resultados.

De acordo com o problema em estudo e as questões de investigação, este trabalho é desenvolvido em torno da necessidade de compreender a situação, mas igualmente formular propostas tendo em vista o desenvolvimento de um processo que vise implementar medidas de atendimento com vista a uma qualidade global em matéria de assistência em saúde.

2. Objectivos da investigação

Este estudo foi desenvolvido em torno de dar consecução aos seguintes objectivos:

- *Compreender as representações dos utentes, famílias ou pessoas significativas em matéria do atendimento que é realizado no serviço de urgência;*
- *Identificar os aspectos mais problemáticos no decorrer do atendimento;*
- *Identificar estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos utentes, família ou pessoa significativa no que se refere ao atendimento em serviço de urgência;*
- *Avaliar os mecanismos de acção propostos pelo projecto de acreditação de qualidade da assistência.*

3. Questões a investigar

Ao longo do enquadramento teórico foi-nos possível identificar já a importância do atendimento como fórmula sistemática de apoio à qualidade dos cuidados que são prestados em situação de urgência e a satisfação dos utentes, suas famílias e/ou conviventes significativos. Foi igualmente evidenciado que se tornou prática corrente, no

desenvolvimento das competências pessoais e profissionais, a introdução de dinâmicas assistenciais na área da relação humana como a relação de ajuda, a comunicação e a necessidade de apoio e orientação profissional aos trabalhadores das unidades de urgência. Este estudo visa dar respostas a questões de investigação que identificámos da seguinte forma:

- *Como é que os utentes, família ou pessoa significativa vêem o atendimento que lhe é proporcionado no serviço de urgência?*
- *Quais os aspectos mais problemáticos, identificados pelos utentes, família ou pessoa significativa em matéria de atendimento no serviço de urgência?*
- *Que expectativas têm os doentes, família ou pessoa significativa em matéria de atendimento com vista à qualidade global da assistência?*
- *Que medidas são possíveis de equacionar para melhorar a qualidade do atendimento em serviço de urgência?*
- *Que benefícios se podem identificar com a implementação de um manual de atendimento?*
- *Como é que as estratégias supervisivas influenciam o atendimento no serviço de urgência?*
- *Quais as dimensões que são valorizadas no atendimento no serviço de urgência do utente, família ou pessoa significativa?*

Perante as nossas questões de investigação e os objectivos que definimos inicialmente, propusemo-nos a desenvolver a pesquisa com a realização de dois estudos. No primeiro estudo desenvolve-se a análise documental que está relacionado com um conjunto de reclamações dos utentes do hospital a que tivemos acesso por autorização superior.

O segundo estudo foi dividido em duas fases que apesar de distintas concorrem para a pesquisa que desejámos e para a qual pretendíamos explicações dos fenómenos envolvidos. Uma primeira fase onde nos debruçámos sobre o que sentiam os nossos utentes quando se colocavam frente a um questionário sobre a forma como eram atendidos no serviço de urgência. A segunda fase deste estudo corresponde ao estudo propriamente dito onde se observam e explicitam as dinâmicas de atendimento neste contexto.

4. Estudos a desenvolver: estudo 1 e estudo 2

Tanto no primeiro estudo como no segundo, tivemos como intenção descrever um caso como único e singular, tratando-o como tendo um valor intrínseco, pelo que a questão de saber se o caso é típico ou se os resultados podem ser generalizados a outras situações deverão ser colocados com muita precaução. Relembramos aqui que a nossa proposta é de realizarmos, perante a problemática, um *estudo de caso*.

Como referimos, foram realizados dois estudos. O estudo um é constituído pela análise documental de 65 reclamações (referentes aos anos de 2004 até Julho de 2005) a que tivemos superiormente autorização para a pesquisa. O segundo estudo (estudo dois) constitui o *corpus* do trabalho. Engloba duas fases: a fase um é o estudo piloto prévio onde utilizámos a técnica da reflexão falada e a fase dois o estudo propriamente dito.

Conhecida em termos de senso comum a pertinência das questões do atendimento nos serviços hospitalares e nomeadamente nas unidades de urgência, os objectivos do estudo e as questões específicas foram identificadas num contexto muito próprio – o Hospital de José Luciano de Castro – Hospital Distrital de Anadia.

5. Amostra e sua caracterização

Perante uma população de aproximadamente 60000 potenciais utilizadores por ano e, tendo em conta as médias diárias de afluência ao serviço de urgência por mês e ano (43000 utentes atendidos no ano de 2005 em que a média diária de 116 doentes para 24 horas –

dados fornecidos pelo serviço de informática e estatística do Hospital de José Luciano de Castro; há necessidade de se estabelecer uma amostra que possa ser representativa.

No estudo dois recorreremos às informações de doentes em dias e períodos diários considerados de elevada afluência. Este propósito foi realizado após análise dos dados estatísticos que nos foi fornecido tendo como margem aproximada os 500 utentes/ 500 questionários.

A amostra foi assim constituída pelo retorno de 413 questionários de ambos os sexos. Esta foi a escolhida como forma de encontrarmos uma amostra significativa, apesar de termos consciência da impossibilidade de se inferir os resultados a obter para toda a população que ocorre ao serviço de urgência deste hospital e por estarmos conscientes das limitações de tempo disponível para uma investigação mais abrangente.

Neste caso, podemos afirmar que utilizamos uma técnica de amostragem não probabilística ou seja uma amostragem mais por nossa própria conveniência sem no entanto inverter o seu cariz científico.

Os resultados que exprimem a caracterização da nossa amostra serão apresentados no capítulo dois desta segunda parte.

6. Unidade social do estudo

“A actividade investigativa e reflexiva, visa, como objectivo primeiro (com base numa teoria e num método) a produção de uma descrição não arbitrária de uma realidade, permitindo produzir compreensão e atribuição de sentido onde antes, apenas existe desordem”

Canário, R. (1999:119)

O centro das preocupações dos investigadores está localizado em ambientes onde as problemáticas e inquietações são visíveis e sentidas quer pelos próprios quer pela informação que aleatoriamente vão colhendo.

Para De Ketele e Roegiers (1993), quando se propõe um local de estudo e de recolha de informação, os investigadores já têm um compromisso informal com este. Esta informalidade pode residir em pequenos detalhes de conhecimento e de informação pertinente ou, os investigadores têm como que uma, postura etnográfica ligada por laços de

possível afectividade ou sensibilidade. Apesar de se poderem descrever exemplos em que esta cumplicidade é susceptível de prejudicar os resultados, estes autores referem que só vestem a “pele” de personagem investigador aqueles que pelo seu altruísmo fazem um corte simbólico nos afectos, que o ligam ao contexto e procuram desenvolver a ciência com objectividade e imparcialidade numa visão distanciada.

É nesta assumpção que a escolha do serviço de urgência do Hospital José Luciano de Castro de Anadia evidencia o comportamento investigativo e imparcial da investigadora. Neste sentido a proximidade das relações humanas, das sensibilidades e a nível das problemáticas serão sempre uma mais valia para o desempenho de uma investigação para aceder a melhor atendimento do utente, sua família e/ou conviventes que lhe são significativos.

O serviço de urgência pelas suas características físicas e organizacionais torna a relação e a comunicação mais complexa, dificultando-a. Dificuldade esta que surge em várias vertentes, da comunicação entre a equipa de saúde e desta com o doente e fundamentalmente entre esta e os acompanhantes e/ou familiares.

Relativamente à história deste hospital, a iniciativa para a sua criação data de 1890, devendo-se a sua edificação inicial a D. Maria Emilia Seabra de Castro. A 18 de Março de 1928 foi inaugurado e doado à Santa Casa da Misericórdia de Anadia. Em 1977 passou a Hospital Concelhio e em 1983 foi elevado a Hospital Distrital.

Como edifício e instituição de saúde tem sido alvo de profundas remodelações acompanhando as necessidades actuais destas instituições com o primordial objectivo de criar as melhores condições para a assistência dos seus utentes e para o exercício dos seus profissionais.

A sua maior afluência pertence ao concelho de Anadia e faixas de concelhos limítrofes. Não existe delimitação da sua área de influência.

Em termos humanos dispõe hoje recursos suficientes em qualidade e quantidade, em que o bom ambiente de trabalho e a colaboração inter e intra sectorial são características dos seus profissionais. O seu quadro de pessoal é o adequado para as necessidades da população e em que muitos dos recursos humanos que detêm, são especializados, quer na área médica, quer na área de enfermagem.

Encontra-se a vivenciar um processo de acreditação de qualidade do Instituto de Qualidade para a Saúde, através dos métodos de acreditação do “*King’s Fund Health Quality Service Organization*”, do Reino Unido.

Está preparado para 64 camas de internamento para as valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Urologia. Tem ainda Serviço de Urgência e Sala de Observações, Consulta de Pediatria e Urgência Pediátrica, Consulta Externa de várias especialidades, Bloco Operatório e Recobro, Hospital de Dia e Serviço de Fisioterapia, para além de serviços de apoio comuns à maiorias das unidades hospitalares em Portugal.

Houve um grande investimento no atendimento personalizado e oferecendo-se as condições físicas necessárias para uma boa prática. No serviço de urgência o *hall* de entrada está preparado fisicamente para se proceder à metodologia da Triagem de Manchester que está actualmente a ser implementado e a desenvolver-se sob nossa orientação. Um bom exemplo disso são os espaços abertos, amplos com razoável luminosidade natural e com bons acessos para utentes e profissionais.

Existem 2 entradas para o serviço. Uma entrada para situações de emergência e outra para urgência geral com sala de espera de doentes e outra para acompanhantes.

A sala de emergência é uma sala de doentes directos para situações de risco e que se encontra totalmente equipada com material de ressuscitação cardio-respiratória avançada. Os profissionais receberam e continuam a receber formação específica para suporte avançado de vida como por exemplo o curso da “REANIMA”.

A sala de trabalho/tratamentos é uma sala polivalente onde são realizados todos os tratamentos necessários e imediatos. A qualidade do material e o mobiliário que para além de prático é de fácil limpeza e de manutenção.

A sala de recuperação de curta duração é também uma sala polivalente de segunda linha onde os doentes que têm de realizar tratamentos mais morosos podem permanecer algum tempo. Esta sala tem vigilância directa da sala de trabalho e de reuniões. Se o doente tiver de estar mais tempo é colocado na Sala de Observações que está equipada com 4 camas. Existem 2 consultórios médicos devidamente preparados.

O serviço dispõe também de uma sala de inaloterapia visto que o número de doentes com necessidade deste tipo de tratamentos tem vindo a aumentar e também para a segurança de outros doentes.

A sala de pessoal não é um mero espaço de reuniões de passagem de turno. É também aqui que muitas vezes as emoções são discutidas, que as práticas são reflectidas e onde a enfermeira de referência encontra o espaço para promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus pares.

Numa ala do serviço, mas independente deste, funciona o atendimento de pediatria que durante o dia funciona de apoio à urgência fazendo com que as crianças sejam separadas da urgência geral com um atendimento adequado.

Em termos de metodologia de trabalho, o enfermeiro que recebe o doente no serviço é o enfermeiro que o acompanha até à sua alta ou transferência. Está estabelecido o método de enfermeiro responsável.

Apesar dos cuidados serem individualizados, promove-se o trabalho em equipa com a colaboração permanente das auxiliares de acção médica, com a equipa médica, com outros profissionais de outras matrizes, com os corpo de bombeiros e com o envolvimento permanente da família ou conviventes significativos.

É desejo da equipa que o utente esteja o mínimo tempo só e se sinta sempre acompanhado. Esse acompanhamento tem, entre muitos outros objectivos, o assegurar que o utente e família ou pessoa significativa recebam os esclarecimentos necessários sobre os procedimentos que se realizam.

Nas situações de emergência ou que a família ainda não está presente, esta aguarda na sala de espera onde periodicamente o enfermeiro do doente vai dando as informações necessárias sobre a sua evolução no âmbito das competências da enfermagem.

7. Instrumentos de investigação

“Observa-se que o verdadeiro rigor não é sinónimo de formalismo técnico. O rigor não incide primordialmente sobre os detalhes da aplicação de cada procedimento utilizado, mas sim sobre a coerência de conjunto do processo de investigação e o modo como ele realiza exigências epistemológicas bem compreendidas.”

Quivy e Campenhuodt (1996:232)

No percurso da nossa investigação tivemos a oportunidade de aceder a variada informação e de diferente índole que nos permitia ter um conhecimento mais profundo sobre a maneira

de pensar, sentimentos dos utentes e suas famílias, no que respeita à forma como eram atendidos no serviço de urgência.

A recolha de dados foi realizada em ambiente natural. Ou seja, seleccionámos um conjunto de técnicas e instrumentos de recolha de informação que considerámos mais apropriados ao contexto e face aos objectivos, questões de partida e áreas a estudar. Neste sentido foi utilizado o **questionário** e a **análise documental**, que são utilizados de forma recursiva, em termos da informação que permitem colher.

Para todo o desenvolvimento do estudo tivemos sempre uma preocupação pelo respeito e pelos princípios éticos decorrentes da investigação com sujeitos humanos: a necessidade de existir o consentimento informado (na presunção do consentido), ênfase permanente do anonimato e sua protecção contra eventuais danos (Bogdan & Biklen, 1994; Quivy & Campenhoudt, 1996).

A análise documental

Bogdan e Biklen (1994) consideram que no decorrer de processos de investigação poderá haver necessidade de se utilizar a análise documental como uma estratégia acessória e complementar a outras técnicas. Ghiglione e Matalon (1993) referem que a utilização desta técnica pode ser usada para validação de alguns resultados já elaborados por outros instrumentos do estudo. A que realizámos teve como finalidade esclarecer aspectos que são passíveis de reflexão. Trata-se de uma análise de documentos que são oriundos das reclamações, cuja área de interesses se coadune com os propósitos desta investigação.

Conhecedores da existência de reclamações que os nossos utentes fazem pela forma como são atendidos, solicitámos autorização ao Gabinete do Utente e ao Conselho de Administração do hospital para as consultar e analisar.

Para o efeito recorremos ao “Livro Amarelo” (modelo n.º 1426 da Casa da Moeda) do Regime da Administração Pública. É neste livro que os utilizadores dos vários serviços públicos, onde se incluem os hospitais, podem fazer a exposição sobre a forma como foram atendidos. Esta exposição tem a forma de “**Reclamação**” ou de “**Sugestão**”. Nos termos da legislação em vigor, a exposição que é feita é enviada, em prazo de cinco dias uteis, aos

gabinetes dos ministros que tutelam o serviço e à administração pública. Fica o utente com uma cópia verde.

A gestão das reclamações dos utentes dos serviços de saúde remonta a 1986 aquando da criação do Gabinete do Utente na então Direcção Geral dos Hospitais.

O questionário

Quivy e Campenhoudt (1996:190), referem que as técnicas de recolha de dados “...consistem em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse aos investigadores”.

No percurso investigativo elaborou-se um instrumento de colheita de informação – **questionário**; dada a inexistência de outro instrumento já validado para o nosso estudo. Realizaram-se pesquisas sobre atendimento do utente num serviço de urgência e sobre supervisão, reflectindo-se de que forma uma intervenção supervisiva influenciava o atendimento ao utente, doente, família ou pessoa significativa.

Nesta continuidade realizou-se uma aproximação ao contexto em estudo onde se esboçaram algumas questões com impacto ao processo de investigação.

Apesar das normais dificuldades iniciais aquando da construção de um instrumento desta natureza, aceitamos que este reúne as características de validade e de fidelidade.

Este instrumento foi motivo de reflexão junto com os nossos pares – enfermeiros de um serviço de urgência, para co-validar este questionário pela experiência profissional destes.

A utilização de uma metodologia de reflexão falada permite verificar a adequação das perguntas, sua compreensão, objectividade das instruções e também a adequação das escalas de respostas. Também Lewis (1982:23) nos refere que: “*Thinking aloud is a very efficient way of getting a lot of qualitative data from a user. As the name suggests, the user should think aloud while performing some specified task with the system. By verbalising their thoughts, test users enable us to understand how they view ...*”.

Para a elaboração do questionário realizámos estudos de construção de instrumentos em que concorreram as questões de investigação propostas inicialmente assim como os objectivos delineados. Esta formulação faz com que o estudo seja facilitado em estratégias de análise e reflexão. Este foi por nós elaborado, do tipo misto com perguntas fechadas e abertas. As perguntas fechadas foram directas, dicotómicas (sim/não) e em Escala de Likert.

Nesta perspectiva pode-se considerar que as características a desenvolver na elaboração do questionário se aproximaram ao nível de aprofundamento teórico definido por Ghiglione e Matalon (1993) entre outros.

O questionário foi construído por três áreas: a primeira refere-se à **caracterização da população e motivos de utilização dos serviços**. Nesta área foram colocadas 17 questões – 5 perguntas abertas e 10 dicotómicas (Sim/Não). A segunda versa a **identificação das problemáticas durante o atendimento** sentidas pelos mesmos quando são atendidos no serviço de urgência. Foram colocadas 25 perguntas em Escala de Likert de nível de concordância. E a terceira engloba aspectos que podem privilegiar **a melhoria desse mesmo atendimento** na perspectiva dos utilizadores e seus conviventes significativos. Para esta área concorreram 63 questões em dicotomia (Sim/Não), uma em Escala de Likert de *nada a muito eficaz* e ainda uma pergunta aberta.

8. Procedimentos gerais

Para darmos respostas às nossas questões de investigação estabelecemos um conjunto de procedimentos que consideramos importantes.

Partilhámos inicialmente, com os nossos colegas da equipa multidisciplinar as preocupações referentes à melhoria da qualidade através de um plano de melhoria do atendimento dos nossos utentes.

Foi feito pedido oficial ao Conselho de Administração (Anexo 1) que procurou o parecer da Comissão de Ética da instituição para posterior autorização que foi atribuída.

Para o **estudo um** recorreremos à análise das reclamações a que tivemos acesso autorizado. Para o **estudo dois** elaborámos um questionário com as questões que pensámos serem as mais prementes para a pesquisa. Este mesmo questionário foi discutido com os elementos

da equipa de saúde que foram unânimes em afirmar que era um questionário exequível em todas as suas dimensões.

Numa **primeira fase** exploratória colocámos este questionário a um grupo de utentes e inquirimo-los, estudando as suas reacções através da **técnica de reflexão falada**. Estivemos presentes durante dois dias na sala de espera do serviço, ficando como observadores atentos às reacções, após entrega do questionário aos utentes, que fomos descrevendo e partilhámos as preocupações resultantes do preenchimento do referido instrumento.

Numa **segunda fase** decorreu o estudo propriamente dito com a colocação do questionário a uma amostra de utentes durante um mês (de 13 de Janeiro a 13 de Fevereiro de 2005). Este questionário era dado a cada doente ou familiar/acompanhante no momento da realização da admissão ao serviço sem envelope e no final era colocado numa caixa fechada desenhada para o efeito e que se encontrava na própria sala de espera. Para este efeito tivemos a colaboração das administrativas do serviço. Era pedido aos utentes e familiares que preenchessem o questionário após a alta do serviço. Este exercício podia ser feito quer pelo próprio quer pela pessoa que o acompanhava.

9. Análise dos dados

O tratamento da informação é uma fase crucial em qualquer trabalho de investigação ou de pesquisa na medida em que nos permite atribuir um nível de significação aos dados obtidos pela aplicação das diferentes técnicas de recolha dos mesmos. A atribuição de um nível de significação resulta de um acto único e individual do investigador que mais tarde terá de justificar essa atitude e não outra que poderia ter tomado.

9.1. Análise estatística

A análise da informação obtida, estando nós envolvidos num paradigma construtivista, emergente e reflexivo, passa pela análise quantitativa dos questionários (com recurso à estatística descritiva e/ou inferencial e abordagem bi-variada – frequências absolutas e

relativas) e uma análise qualitativa das respostas abertas e das reclamações (que foram alvo de análise de conteúdo temática).

A análise estatística foi aplicada no estudo um e estudo dois nas suas duas fases.

Do total dos nossos instrumentos de trabalho, os questionários, sofreram uma análise transversal e simples verificando se estavam completos ou não. Dos 413 questionários, **apenas 303 se encontravam susceptíveis de serem analisados**. Os restantes foram anulados em virtude de se encontrarem incompletos, raturados ou imperceptíveis. Seguidamente foram numerados externamente de uma forma aleatória. Realizou-se a codificação das respostas e seu lançamento numa base de dados previamente elaborada em *SPSS 11.0® (Statistical Package for the Social Sciences)*, para *Windows XP®*.

Os dados são apresentados com a sequência correspondente às respostas apresentadas aos utilizadores do serviço de urgência que responderam ao questionário e coerente com o tema identificado sendo analisados à luz dos nossos propósitos previamente identificados.

A utilização de quadros fica assente na nossa perspectiva sobre a natureza dos dados pondo em evidência a informação relevante para a posterior análise. Por vezes os dados aparecem juntos dentro de determinada temática e fora da perspectiva do enunciado do questionário. Em todas as representações de quadros optou-se por omitir a fonte e a data de colheita da informação atendendo a que se reportam ao questionário recolhido no Serviço de Urgência do Hospital José Luciano de Castro no ano de 2005.

Tratando-se de um estudo com essência descritiva, “*estudo de caso*”, num contexto muito específico e dadas as opções metodológicas da investigação da autora, que apontam para a descrição e interpretação, não se utilizaram as inferências nem correlações apesar de se verificarem algumas estratégias de quantificação, aceitamos que em outro âmbito este propósito poderia ser utilizado.

9.2. Análise de conteúdo

Ao seguirmos o pensamento de Bardin (1977) defrontamo-nos com um conjunto de dados cujo significado fica sem sentido se optarmos pela tradicional transfiguração de matrizes numéricas. Para tal, este autor propõe-nos um método diferente de análise: **a análise de conteúdo**. Com esta metodologia podem-se ultrapassar muitas incertezas decorrentes de

um texto, apela-se ao rigor e fundamenta-se novas descobertas que por vezes se encontram mitigadas em frases que se não esclarecidas tornam-se descontextualizadas.

O método de análise de conteúdo é árduo mas contudo permite uma análise dos significados pessoais que outras técnicas não evidenciam.

No sentido de uma maior validade e fidelidade da análise de conteúdo recorreremos a um painel de três juízes (nossos colegas e com experiência nesta área). Há necessidade de haver concordância entre eles tal como é preconizado por Krippendorff (1980).

Tendo em consideração a perspectiva de Vala (1986) na análise de conteúdo de um qualquer texto, respostas abertas de um questionário ou mesmo numa transcrição de uma entrevista, existe a delimitação dos objectivos e definição de um **quadro de referência**, a definição das **categorias**, a definição das **unidades de análise** ou de registo e a sua quantificação se é isso o que o investigador pretende realizar. Qualquer plano de análise de conteúdo pressupõe a elaboração de um conjunto de procedimentos para assegurar a sua fidedignidade e validade.

As inferências, juízos, correlações ou outras atitudes são deixadas para outro momento do trabalho de pesquisa. Somente em momentos de rara evidência pode o investigador sublinhar passos que serão posteriormente analisados à luz de contributos teóricos.

Continuando no pensamento de Vala (1986), o “*dar sentido*” aos dados qualitativos tem como significado a redução de notas, expressões, descrições, explicações ou outras matrizes, até alcançarmos um número aceitável de unidades significativas e manejáveis, organizando e explicando os seus conteúdos sendo possível extrair aspectos com elevado grau de compreensão.

A análise de conteúdo nesta investigação foi essencialmente utilizada para o **estudo 1 – análise documental**, e para a questão de **resposta aberta do estudo 2**.

As respostas passíveis de análise de conteúdo, nos vários momentos do estudo, foram transcritas para uma base criada em documento *WinWord*.

Num texto estão descritas determinadas unidades que têm um determinado significado para o estudo que a investigadora está a realizar. Estas unidades, que se denominam de registo, são como que recortadas ao texto e agrupadas segundo a sua temática ou categoria. Chega-se assim à análise temática que não é mais do que: “...*descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objecto analítico escolhido*” (Bardin, 1977: 105).

Quivy & Campenhoudt (1996) são bem explicitos quando afirmam que para a análise de dados contribuem quase que em exclusivo as informações dadas pelos inquiridos. A forma como se expressa é simples e objectiva.

Apesar de se tratar de um estudo de natureza fundamentalmente qualitativa, não excluimos a possibilidade de recorrermos a alguma quantificação das unidades de registo com vista a expressar e dar ênfase ao seu significado.

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Durante o desenvolvimento de uma pesquisa, que se pretende de acordo com os objectivos inicialmente propostos e os pessoais, numa área tão sensível como o atendimento num serviço de urgência, é necessário recorrer a procedimentos específicos que levem à compreensão das situações e para as quais são pretendidas respostas.

A investigação científica no domínio da enfermagem, aplicada aos problemas reais da prática de cuidados prestados aos utentes, família ou pessoa significativa, visa no essencial a melhoria da qualidade de cuidados em matéria de saúde, através de uma reflexão sobre novos achados e desenvolvimento de novas competências.

A finalidade deste estudo está consagrada às áreas de competências profissionais de interacção dado analisarmos a relação de ajuda no atendimento em serviço de urgência. Embora se possa referir que o atendimento que é proporcionado pelos enfermeiros é eficaz e suficiente, estes dados carecem de confirmação científica e para além disso, devem ter como objectivo a excelência do cuidar no campo específico da urgência hospitalar.

Apresenta-se neste capítulo, a operacionalização do discurso científico. Para isso divide-se em dois subcapítulos: o primeiro refere-se às potencialidades das análises colaterais. Estas podem ter efeitos posteriores numa discussão mais alargada. O segundo subcapítulo desenvolve toda a dinâmica do atendimento no serviço de urgência, fonte para a nossa análise e seguinte discussão.

1. ESTUDO 1: ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES

Neste subcapítulo apresentamos os resultados das leituras feitas às reclamações dos utentes, que atempadamente tivemos acesso autorizado superiormente.

Na Sub-Região de Saúde do Centro, estas reclamações são tratadas por análise de conteúdo, categorizando as unidades de registo em categorias e subcategorias. Como não obtivemos autorização para ter acesso a este exercício, realizámo-lo através da nossa própria análise. Neste sentido efectuámos várias leituras transversais das reclamações a que

tivemos acesso. Posteriormente identificámos as unidades de registo que se enquadravam nas categorias e subcategorias padronizadas pela administração pública. Cada reclamação tinha várias unidades de registo em que umas se enquadravam em determinada categoria e outras noutra diferente categoria.

Como já anteriormente foi referido, foram contabilizadas um total de 65 reclamações que diziam directamente respeito ao serviço de urgência do hospital no período de Janeiro de 2004 a Julho de 2005. Não houve qualquer sugestão apresentada de forma isolada. Isto é, existiram 65 reclamações em que os utentes apresentaram eventuais sugestões para evitar a repetição do incidente. O maior número sugeria a colocação de mais profissionais (médicos e enfermeiros) sendo as restantes relacionadas com a substituição de certos profissionais e melhoria das instalações.

Os seus resultados apresentam-se no quadro 1 no que se refere às atitudes e comportamentos.

1.1. Atitudes e comportamentos

Quadro 1 – Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de atitudes e comportamentos (relacionais e técnico-profissionais) e subcategorias em que se enquadram.

Subcategorias	N.º
Falta de cortesia/ desrespeito no trato interpessoal	13
Incumprimento de horário /pontualidade	5
Deficiente informação prestada pelos serviços	2
Discriminação	2
Informação clínica aos familiares ou utentes, insuficiente ou inexistente	9
Má prática profissional	1
Negligência	1

Ficámos sensibilizados para o número de unidades de registo que apontam para a **falta de cortesia e o desrespeito interpessoal** onde destacamos as seguintes unidades de registo: *“Ai é professora...então vá chorar para o pé dos seus alunos, para que eles gozem*

consigo”; “Disse-me que eu devia ter vergonha de vir ao serviço e virou-me as costas”; “Chamou-me nomes e tratou-me abaixo de cão”.

Em relação à **informação clínica insuficiente** realçamos as seguintes unidades de registo: “A minha mãe entrou e saiu e não sei o que ela teve.”; “...nem me disse a maneira como vou tomar os comprimidos.”; “o enfermeiro devia dizer quais eram os dias que eu devia fazer o penso em casa”.

Quer em relação à **má prática profissional** quer em relação à **negligência**, pareceu-nos que era apenas a opinião pouco consistente dos utentes que a inscreveram que não teve qualquer impacto em termos de saúde visto que não houve investigação ao assunto.

No quadro 2 realizámos a distribuição do número das unidades de registo que se encontram relacionadas com a categoria de organização e gestão dos serviços na área do funcionamento e acessibilidade do serviço de urgência.

1.2. Organização e gestão na área de funcionamento e acessibilidade

Quadro 2 - Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de organização e gestão na área do funcionamento e acessibilidade e subcategorias em que se enquadram.

Subcategorias	N.º
Processo de inscrição dos utentes	11
Sistema de acompanhamento e visitas	10
Tempo de espera no serviço	42
Tempo de espera para MCDT	22
Deficiente ligação entre a urgência e outros serviços	3
Incumprimento de horário de funcionamento	19
Deficiente ligação entre o hospital e o centro de saúde	10

É na categoria de organização e gestão na área de funcionamento que se encontram o maior número de unidades de registo (120 no total). A subcategoria “**tempo de espera**” é a mais mencionada onde os utentes referem que esperam muito tempo para serem atendidos: “*como podem chamar isto um serviço de urgência se a minha filha tem febre e está à espera à 2 horas!*”; “*...e estou à espera à mais de 1 hora!*”.

É interessante que a quase totalidade das unidades de registo identificam o tempo em que se encontram à espera de ser atendidos.

1.3. Estrutura do serviço

Para a apresentação do quadro 3 concorreram as unidades de registo retiradas das reclamações que se enquadravam na categoria estrutura do serviço.

Quadro 3 - Distribuição do número de reclamações relacionadas com a categoria de estrutura e subcategorias em que se enquadram.

Subcategorias	N.º
Escassez de meios e equipamentos	10
Escassez de pessoal	41
Sinalética deficiente	2
Espaço físico desadequado	7
Má identificação dos profissionais	3
Alimentação	1
Higiene	2
Conforto	4

Em relação à estrutura, instalações, equipamentos e pessoal, verifica-se, por análise do quadro 3, que é para a **escassez de pessoal** que a maior parte das unidades de registo apontam. Saliem a falta de médicos em primeiro lugar, nomeadamente a falta de médicos da especialidade de pediatria, seguindo-se a falta de enfermeiros, de auxiliares de acção médica e de administrativos. É nesta subcategoria que apresentam maior número de sugestões de solução do problema.

Preocupa-nos também a referência ao espaço físico desadequado com referência em 7 unidades de registo. Esta preocupação é evidente pelo facto de o serviço ter uma estrutura física muito nova. As unidades de registo referem: *“a sala de espera é muito pequena, devia ser maior por causa da humidade”*; *“Sente-se a falta de ar condicionado porque há doentes que cheiram mal”*; *“o sistema de som devia ter um pouco de música porque ajudava a passar o tempo”*.

1.4. Leis, normas e regras

Finalmente colocou-se no quadro 4 a distribuição das unidades de registo retiradas das 65 reclamações que se reportavam à categoria de Leis, Normas e Regras e suas respectivas subcategorias.

Quadro 4 – Distribuição do número das unidades de registo relacionadas com a categoria de Lei/Normas/Regras e suas subcategorias

Subcategorias	N.º
Regras inadequadas e ou inaplicáveis	5
Incumprimento da lei e das normas	16
Taxas moderadoras	23
Reembolsos	4

Como exemplos das unidades de registo que se referem às taxas moderadoras temos: “*pagamos a taxa e ficamos tanto tempo à espera!*”; “*A taxa é cara de mais para a qualidade do serviço que prestam.*”; “*Pagamos tanto! São seis euros e dez e dão-nos uma receita com uns comprimidos! Nem fiz análises!*”.

Em relação ao pessoal do serviço que era visado no total das 65 reclamações realizadas por utentes e/ou familiares dos mesmos, verificámos que apenas 15 não identificavam qualquer profissional. As restantes, para além de identificarem o sector profissional identificavam também por vezes a pessoa envolvida com o seu nome.

1.5. Profissionais identificados

No quadro 5 colocámos a distribuição do número de profissionais identificados por sector ou área de trabalho nas 65 reclamações.

Preocupa-nos que parte significativa dos profissionais visados nas reclamações pertençam a sectores de prestação directa de cuidados em matéria de saúde, nomeadamente **médicos e técnicos de radiologia**.

Quadro 5 – Distribuição do número de profissionais identificados pelos utentes e/ou seus familiares, pelos seus sectores de actividade.

Sector profissional	N.º
Auxiliar de acção médica	3
Enfermeiro	4
Médico	20
Administrativo	13
Técnico de radiologia	10

Segundo dados das Administrações Regionais de Saúde do continente e ilhas, os resultados globais mostram uma tendência crescente no número de reclamações nas cinco áreas da Administração Regional de Saúde entre 2001 e 2004. estes resultados indicam também uma grande variedade de razões que conduzem às reclamações. A sua maioria enquadra-se na categoria de “**comunicação/informação**”. Quanto aos grupos profissionais envolvidos verificou-se por esta ordem: pessoal médico, pessoal de enfermagem e administrativo. Por outro lado, em relação às áreas funcionais identificadas, foram os serviços de urgência os mais visados.

Ao finalizar o relatório, a Inspeção Geral de Saúde recomenda que se desenvolva mecanismos de formação, apoio e orientação dos vários profissionais envolvidos no atendimento do utente.

2. ESTUDO 2: O ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O estudo dois traduziu-se num trabalho de campo que envolveu não só a investigadora como também os seus pares (enfermeiros, médicos, administrativos e auxiliares de acção médica) que colaboraram em algumas reflexões assim como também no incentivo ao preenchimento do questionário por parte dos utentes, familiares ou conviventes significativos.

Este estudo foi desenvolvido em duas fases: uma primeira fase a que denominámos de “estudo piloto prévio” com o objectivo de testar o nosso instrumento de colheita de dados – o questionário. A segunda fase foi o estudo propriamente dito que é a aplicação e apresentação dos dados do questionário aplicado a 413 utentes.

2.1. Estudo piloto prévio – 1ª fase: Reflexão Falada

Este estudo foi efectuado através da técnica de Reflexão Falada com a participação de alguns utentes que recorreram ao serviço de urgência nos dias 26 e 27 de Novembro de 2004 no período das 16 às 23 horas e nos dias 3 e 4 de Dezembro, no período das 8 às 16 horas, para a qual elaborámos uma grelha (Anexo – 3) em dois capítulos: um referente a comportamentos verbais expressos e outro para o que se observava como comportamento não verbal. Tivemos também em consideração o tempo que foi utilizado para o preenchimento.

Perante o início do **preenchimento** e o seu final detectámos que o tempo mínimo foi de 7 minutos e o máximo de 39. **O tempo médio foi de 17 minutos** o que parece aceitável tendo em consideração o número de questões e a forma como devem ser respondidas.

Em cada grelha fizemos uma reflexão pessoal sobre a participação do utente em causa.

Aplicamos o questionário a uma pequena amostra que considerámos adequada para que este processo tivesse o êxito pretendido. Aos intervenientes explicámos os objectivos da nossa investigação e a forma como iríamos proceder em relação ao método de reflexão falada.

Posicionámo-nos perto do utente para melhor o observar, e de forma individual, consoante iam respondendo era anotado na grelha os vários comportamentos. Estabeleceu-se uma conversa com estes utentes sobre: qualquer problema encontrado no preenchimento do questionário, sugestões para alteração de perguntas, tipo de linguagem, extensão, clareza das instruções de preenchimento, entre outros.

Inicialmente verificou-se que os utentes ficavam muito apreensivos quanto ao preenchimento do questionário, parecendo mesmo com receios e assustados o que levou a investigadora a ficar apreensiva e a preocupar-se com o futuro do estudo. No entanto, com o decorrer dessa reflexão e esclarecimento aos utentes, estes ficaram motivados e interessados em participar exprimindo comentários de contentamento.

Com esta metodologia pretendíamos aferir o questionário para o seu aspecto gráfico, extensão, interpretação e facilidade de leitura.

Os questionários preenchidos, num total de 25, foram submetidos a análise. Para tal foi criada uma base de dados em *SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences)*, na sua versão 10.0 para *Windows* da *Microsoft Word XP®*. Nesta base foram colocados os dados referentes às questões fechadas e em grelha. Não houve qualquer dificuldade na introdução dos dados pelo que aceitámos este programa para criar a base de dados para o questionário a adoptar. As questões abertas foram introduzidas em documento *Winword*. Também estas foram submetidas a análise de conteúdo onde as categorias foram identificadas posteriormente após leitura repetida das respostas.

2.1.1. O que se observa como comportamento verbal

Relativamente ao que se observa no comportamento verbal, no Quadro 6, 68% dos utentes revela não ter dúvidas em relação ao porquê do questionário. A totalidade compreendeu as instruções dadas e a maioria (88%) percebeu as perguntas assim como não consideraram o questionário extenso.

Os utentes parecem ter interesse no objecto em estudo já que 96% o manifestaram. Do total dos 25 utentes, 68% chegam mesmo a revelar algumas sugestões, conforme se encontra expresso no quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição das frequências obtidas na reflexão falada sobre o comportamento verbal

O que se observa como comportamento verbal	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
O utente revela dúvidas em relação ao porquê do questionário	8	32	17	68
Percebe as instruções	25	100	0	0
Percebe as perguntas	22	88	3	12
Acha que é extenso	3	12	22	88
Revela interesse pelo assunto	24	96	1	4
Faz sugestões	17	68	8	32

Outro dos assuntos que foram analisados na reflexão falada foi o comentário que o utente fez sobre o questionário.

As observações verbais transcritas na Grelha de Reflexão falada foram submetidas a análise de conteúdo. Nesta análise pretendíamos dar expressão a dados transmitidos pelos utentes a quando o preenchimento do questionário para assim termos uma base sólida de proposta de alteração ou continuação do mesmo.

Após a transcrição dos comentários feitos verbalmente pelos utentes que englobaram a amostra para a Reflexão Falada, realizámos leituras flutuantes dos mesmos e identificámos, à *posteriori* as seguintes categorias para nossa análise: **preocupação com o objecto de estudo; interesse simulado, forma de preenchimento e sem motivo de análise.**

Para a categoria-A, sobre a preocupação com o objecto de estudo, situámos todas as respostas que demonstravam interesse sobre estas matérias e foi nesta categoria que se verificou maior frequência de comentários; na categoria-B, sobre interesse simulado, colocámos as unidades de registo que espelhavam que nada adiantava à actual situação se preenchessem o questionário; para a categoria-C, forma de preenchimento, concorreram as unidades de registo que denotavam um cuidado acrescido no ambiente, na leitura e na interpretação para que daí não resultassem enganos no significado atribuído às suas respostas; a categoria-D de sem motivo para análise onde apenas 1 não evidenciou motivo. No quadro 7 colocámos as unidades de registo referentes às 4 categorias identificadas.

Quadro 7 – Transcrição dos comentários feitos sobre o questionário apresentado na Reflexão Falada

N.º da Reflexão Falada	CATEGORIAS			
	A-preocupação com o objecto de estudo	B-interesse simulado	C-forma de preenchimento	D-sem motivo de análise
1.	Quero preencher com calma			
2.				
3.			Estou muito nervosa e não sei se vou preencher bem	
4.				
5.				Não tenho comentários a fazer
6.				
7.				
8.	Na pergunta 7 podiam pôr está de férias			
9.	Este estudo parece ser interessante			
10.	O fundamental é que os resultados sejam para o doente			
11.			Estou interessada em preencher este questionário	
12.	Estes estudos deviam ser periódicos			
13.	Vai ajudar a melhorar o atendimento			
14.	Este assunto é muito importante para a administração pública			
15.			Tenho pressa e tenho medo de não preencher bem	
16.	Gostei de preencher para ajudar a melhorar			
17.		Ri-se muito ao ler e não faz outro comentário		
18.			Muito fácil e é só isto?	
19.			Deixe-me preencher daqui a pouco para reflectir melhor	
20.	Deviam fazer mais vezes estes estudos			
21.			As perguntas são engraçadas e preenche-se bem	
22.	Estes estudos deviam ser mais frequentes			
23.		Não acredito que aquilo que eu diga vá melhorar o atendimento		
24.				
25.	O importante é perceber o que é bom e mau			

De acordo com as respostas obtidas na elaboração da grelha de Reflexão Falada, no que se refere às sugestões apresentadas pelos utentes para o nosso questionário como comportamento verbal, identificámos as seguintes categorias: **sugestões para o conteúdo, sugestões para apresentação, solução específica e sem motivo de análise**. No quadro 8 colocámos as unidades de registo referentes às quatro categorias identificadas.

Desta forma, para a categoria-A sugestões para o conteúdo, englobaram-se as sugestões que dizem respeito à linguagem que utilizámos, assuntos em análise, temas abordados, forma como a pergunta se apresenta (subjectiva, aberta, repetida) e sua interpretação.

Para a categoria-B sugestões para a apresentação incluíram-se as observações que traduzem ideias relativamente ao tamanho do questionário e das perguntas, a sua forma estética e de estrutura.

Sobre a categoria-C: solução específica; consideraram-se as afirmações que apresentavam uma forma concreta de solução e de alteração evitando as dificuldades nas respostas e envziamento dos resultados.

Para a categoria-D sem motivo de análise concorreram as ausências de respostas e todas aquelas que não tinham informação relevante para a investigação. No entanto acreditamos que para outro objecto de estudo poderiam ser motivo de reflexão.

Neste sentido efectuou-se uma análise de conteúdo às sugestões expressas que se encontram no Quadro 8.

Quadro 8 – Transcrição das sugestões feitas sobre o questionário na Reflexão Falada e sua categorização.

N.º da Reflexão Falada	CATEGORIAS			
	A-sugestões para o conteúdo	B-sugestões para a apresentação	C-solução específica	D-sem motivo de análise
1.				
2.				
3.				Não abriu o questionário
4.				
5.				
6.		As perguntas deviam ser sim ou não		
7.		Grande demais para os mais velhos		
8.			As perguntas de nível de concordância deviam ter linguagem acessível	
9.	Diz que é completo			
10.				
11.	A pergunta 36 é subjectiva			
12.	O questionário deve ser em etapas			
13.		É grande para abordar só o atendimento		
14.	Perguntas simples e corajosas	Perguntas maiores e que uma abarcasse 4 ou 5		
15.				
16.	Fazer mais vezes estes questionários			
17.		Apresentável mas devia ser por partes		
18.				
19.		Ser dividido em dois		
20.	As perguntas deviam ser mais directas			
21.				
22.				Deviam ver se os doentes eram bem atendidos
23.				
24.				
25.		Deviam divulgar os resultados deste estudo		

2.1.2. O que se observa como comportamento não verbal

Em relação aos comportamentos não verbais, como podemos verificar no Quadro 9, 96% dos utentes ficam interessados e curiosos, 25% têm uma participação activa, 22% manuseiam calmamente o questionário, embora haja 6 utentes que ficam assustados.

A face do utente também foi motivo da nossa análise, espelhando em 84% dos utentes concordância e em 76 % interesse, embora em 68 %, a face estivesse franzida. É interessante ver que em 60% dos utentes a sua face era de espanto.

Quadro 9 – Distribuição das frequências obtidas na reflexão falada sobre o comportamento não verbal

O que se observa como comportamento não verbal	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Quando o questionário é dado ao utente, este fica assustado	6	24	19	76
Quando o questionário é dado ao utente, este fica interessado	24	96	1	4
Quando o questionário é dado ao utente, este fica curioso	24	96	1	4
Quando o questionário é dado ao utente, este fica aborrecido	1	4	24	96
Quando o utente começa a preencher o questionário manuseia calmamente	22	88	3	12
Quando o utente começa a preencher o questionário está desinteressado	0	0	25	100
Quando o utente começa a preencher o questionário é intempestivo ao manusear	6	24	19	76
A face do utente demonstra-se franzida	17	68	8	32
A face do utente demonstra-se assustada	1	4	24	96
A face do utente demonstra-se concordante	21	84	4	16
A face do utente demonstra-se espantada	15	60	10	40
A face do utente demonstra-se dúvida	1	4	24	96
A face do utente demonstra-se aborrecida	8	32	17	68
A face do utente demonstra-se interessada	19	76	6	24
A face do utente demonstra-se discordante	5	20	20	80
O utente parece ter uma participação indiferente	3	12	22	88
O utente parece ter uma participação interessada	20	80	5	20
O utente parece ter uma participação activa	25	100	0	0
O utente parece ter uma participação passiva	0	0	25	100

No final de cada Reflexão Falada, a investigadora, posicionada na sala de espera, produziu uma **reflexão individual** sobre aquele momento específico, onde destacou os seguintes aspectos:

- Verificou-se que a afluência dos utentes era grande mas de forma moderada o que permitiu um ambiente calmo e sereno para a realização desta metodologia. No entanto, o período das 8 às 16 horas, apresentou-se sempre mais calmo que o das 16 às 23 horas.
- Reparou-se que as pessoas ficavam admiradas pelo facto de se expor um questionário, sobre atendimento numa sala de espera de uma instituição hospitalar e mais propriamente num serviço de urgência. Esta prática não é comum pelo que nos ficou a questão de saber se houve receios por parte dos nossos participantes.
- Contribuiu-se para a correcção e modificação de alguns pontos no nosso questionário.
- Apercebeu-se do primeiro contacto dos profissionais com o utente/família na sua dimensão global e globalizante.

Perante estes dados aceitamos o questionário produzido inicialmente, apenas introduzindo-lhe as seguintes alterações: no grupo A, pergunta número 7, colocou-se a opção 7.9: “*Por outro motivo*”. No grupo C, pergunta número 79, colocou-se a opção 79.9: “*Tom de voz baixo*”.

Considerou-se de grande valia a realização deste método de diálogo, porque permitiu uma sensibilização dos utentes para a adesão ao estudo, fazendo-os sentir a importância do seu papel nesta investigação e também suscitou o crescente entusiasmo da investigadora pela temática em estudo.

2.2. Estudo propriamente dito – 2ª fase: Dinâmicas de Atendimento

No estudo dois, na sua segunda fase, descreve-se, de uma forma sequencial, os quadros com os resultados (frequências relativas e absolutas) resultantes do questionário apresentado aos utentes, familiares ou pessoas significativas, que utilizaram o serviço de urgência do HJLC no período da pesquisa de campo.

2.2.1. Caracterização sócio-demográfica

Os resultados do quadro 10 expressam que a maioria (63,8%) das pessoas, que ocorreram ao serviço de urgência como utentes ou acompanhantes e responderam ao questionário, são do sexo feminino com 192 pessoas do total de 303.

Quadro 10 – Distribuição dos inquiridos pelo sexo

Sexo	N.º	%
Masculino	111	36,6
Feminino	192	63,4
Total	303	100,0

Estes resultados vão ao encontro dos dados estatísticos do serviço de informática e estatística do HJLC que refere que os utentes do sexo feminino são os que mais utilizam o serviço de urgência (dados de 2003 e 2004).

Pelo que é dado a observar no quadro 11, é no grupo etário dos 26 aos 35 anos que se concentra a maioria dos nossos respondentes sendo 84 para uma percentagem de 27,7%. Apesar de os grupos etários dos 66 aos 75 anos e com mais de 75 anos de idade terem respondido pouco, ao contrário da sua maioria em termos de utilização do serviço nos anos de 2003 e 2004, leva-nos a questionar se este facto não poderá estar relacionado com alguma baixa escolaridade, desinteresse ou pela própria patologia que o inibia.

Quadro 11 – Distribuição por grupos etários

Grupo etário	N.º	%
Dos 18 aos 25 anos	69	22,7
Dos 26 aos 35 anos	84	27,7
Dos 36 aos 45 anos	72	23,8
Dos 46 aos 55 anos	43	14,2
Dos 56 aos 65 anos	18	6,0
Dos 66 aos 75 anos	10	3,3
Mais de 75 anos	7	2,3
Total	303	100,0

Do vasto leque de profissões ou ocupações respondidas em questão aberta, efectuou-se o seguinte agrupamento apresentado no quadro 12.

Perante este quadro verifica-se que o maior número de respondentes se encontra como empregado de serviços com 24,8 % (75) logo seguindo-se 54 que referem ser empregados fabris (17,8%). Apesar do concelho de Anadia estar inserido numa zona rural por excelência, a percentagem de utentes que se denominam de agricultores é baixa, nomeadamente 3,8% com 12 respondentes apenas.

Quadro 12 – Distribuição dos inquiridos por profissões e/ou ocupações

Profissão ou ocupação	N.º	%
Estudante	28	9,1
Funcionário público	32	10,5
Administrativo	31	10,2
Empregado fabril	54	17,8
Comerciante	12	3,8
Industrial	10	3,3
Agricultor	12	3,8
Empregado de comércio	21	6,9
Empregado de serviços	75	24,8
Desempregado	9	2,9
Reformado	21	6,9
Total	303	100,0

Ao observarmos o quadro 13, verifica-se que o número de utentes das freguesias do concelho de Anadia e limítrofes da sua sede que utilizam o serviço de urgência é de 188. No entanto é importante salientar que existem 10 freguesias no concelho para além da freguesia de Arcos que é a sede do concelho. É esta freguesia que detém o maior número de utentes a utilizarem os serviços de urgência do HJLC – 65 com uma percentagem de 21,4 %.

Pode ser motivo de reflexão, o facto de que 44 utentes a residir nas freguesias de 3 dos concelhos limítrofes – Oliveira do Bairro, Mortágua e Mealhada, com serviços de

atendimento permanente de 24 horas (vulgo SAP's), utilizaram o serviço de urgência do HJLC.

Também o Centro de Saúde de Sangalhos (freguesia do concelho de Anadia) tem um serviço de atendimento permanente a funcionar das 08 às 24 horas e encontraram-se 28 utentes que se dirigiram ao serviço de urgência do HJLC.

Perante estes dados fica a questão de saber qual o motivo que os levou a utilizar os serviços do HJLC em vez dos SAP's das suas zonas de residência.

Quadro 13 – Distribuição dos inquiridos pela sua residência

Residência	N.º	%
Anadia/Arcos	65	21,4
Freguesias limítrofes	188	62,1
Concelhos limítrofes	44	14,5
Outros concelhos	6	2,0
Total	303	100,0

Outro aspecto que é comum utilizar para caracterizar a população ou amostra em estudo são as habilitações literárias dos inquiridos.

No quadro 14, expõe-se a distribuição das habilitações literárias dos inquiridos e verifica-se que, na sua maioria, com 37,3 % (113 utentes) referem ter o 2.º Ciclo de Escolaridade obrigatória.

Dentro deste grupo salientam-se aqueles que responderam ter o 9.º ano de escolaridade. Tendo em atenção a média de idades referida no quadro 6, em que a frequência acumulada aponta para uma população jovem, preocupa-nos a baixa escolaridade dos inquiridos.

Quadro 14 – Distribuição dos inquiridos pelas suas habilitações literárias

Habilitações	N.º	%
1.º ciclo	59	19,5
2.º ciclo	113	37,3
3.º ciclo	93	30,6
Bacharelato	7	2,3
Licenciatura	30	10,0
Mestrado	1	0,3
Total	303	100,0

2.2.2. Motivos porque optaram pelo Serviço de Urgência do HJLC

Um dos aspectos que é sempre proposto para reflexão é saber o motivo pelo qual os utentes dos serviços de saúde utilizam os serviços de urgência. Neste sentido inquirimos os nossos utentes sobre o que os levou ao serviço de urgência do HJLC. Pela grande variabilidade de respostas, fomos levados a sintetizar em áreas por nós identificadas.

Por análise do quadro 15 verifica-se que a maioria dos utentes, (192 com uma percentagem de 63,4%) foi ao serviço de urgência por **doença interna**. Considera-se doença interna aquela que tem aparecimento sem intervenção aparente do meio externo e cujo tratamento inicial é essencialmente médico e raramente cirúrgico (Harrison *et al*, 1993). Dentro deste item podemos destacar os **síndromas gripais**, a que responderam 58 utentes e a **dor**, com 49 utentes. É importante referir que no momento da colheita desta informação, Portugal estava sujeito a temperaturas muito baixas e a população atravessava um período propenso a situações de infecção do trato respiratório superior e inferior. O facto de muitos utentes terem referido a dor como o fenómeno que os levou a utilizar os serviços de urgência, vai de encontro a estudo que referem ser este o maior motivo de utilização dos serviços de saúde, assim como as hemorragias (Thompson, 2003).

Ainda nesta alínea é interessante realçar o facto de 77 pessoas serem **acompanhantes** dos seus doentes, uma percentagem de 25,4 %. Pela nossa experiência é fundamental que os doentes, em especial os que têm limitações na comunicação, idosos ou cuja doença o incapacita, sejam acompanhados por familiares, amigos ou pessoas significativas. Este

aspecto é fundamental quer para a compreensão dos acontecimentos como também para uma continuidade de cuidados em matéria de assistência em saúde, aquando da alta do doente, para realizarmos o ensino adequado no sentido de melhorar a qualidade e mudar hábitos de vida.

O mesmo quadro 15 expõe que 5 utentes utilizaram o serviço de urgência por **outros motivos que não a doença** – “*ser Sábado*”; “*falar com a médica de família*”; “*porque no centro de saúde demora-se muito*”. Mas, mesmo em relação às outras respostas não se consegue perceber se a situação que os levou ao serviço poderia ser resolvida em outra unidade de saúde, mormente o Centro de Saúde. É do senso comum que por vezes existe uma utilização indevida dos serviços de urgência por situações não urgentes que provocam congestionamento no atendimento dos utentes. Fica-nos a interrogação de saber se esta situação existiu e contribuiu para as respostas encontradas.

Quadro 15 – Apresentação dos motivos de utilização do serviço de urgência

Motivos de utilização do serviço	N.º	%
Acompanhar	77	25,4
Acidente de viação	7	2,3
Acidente de trabalho	13	4,3
Acidente doméstico	3	0,9
Queda	5	1,7
Agressão	1	0,3
Doença interna	192	63,4
Outros motivos	5	1,7
Total	303	100,0

2.2.3. Causas que levaram o utente a recorrer ao serviço de urgência

Posteriormente desejámos saber quais as causas, que não a clínica da sua doença ou situação grave, que levaram o doente, familiar e/ou pessoa significativa a recorrer ao serviço de urgência do HJLC.

Assim elaborámos o quadro 16 onde estão descritas as respostas pela afirmativa e negativa sobre um conjunto de possíveis causas.

Da análise do Quadro 16 verificamos que a maioria dos utentes recorrem ao serviço de urgência por: “*estar mais bem equipado com RX, análises e especialistas do que outros serviços*” 65,7%, “*estar aberto 24 horas*” 63%, “*estar mais perto de casa e do trabalho*” 60,4%, “*o posto médico não dá resposta*” 60,1%, 56,4% por “*terem mais confiança*” e 53,1% “*por gosto pessoal*”. Também é igualmente interessante verificar que “*o atendimento personalizado*”, não é motivo para utilização do serviço de urgência, pelo que responderam 52,1% dos inquiridos. Assim como o facto de “*serem atendidos mais rapidamente*”, conforme responderam 62,7% dos utentes.

Quadro 16 – Distribuição das frequências de respostas dos inquiridos sobre as causas que os levaram à utilização do serviço de urgência do HJLC

Motivo	SIM		NÃO	
	N.º	%	N.º	%
Atendem rapidamente	113	37,3	190	62,7
Estar perto de casa e do trabalho	183	60,4	120	39,6
Estar aberto 24 horas	191	63	112	37
Por gosto pessoal	161	53,1	142	46,9
O posto médico não dá resposta	182	60,1	121	39,9
Está mais equipado	199	65,7	104	34,3
Tenho mais confiança	171	56,4	132	43,6
O atendimento é personalizado	145	47,9	158	52,1
Por outro motivo não explícito	75	24,8	228	75,2

No quadro 17 encontra-se a apresentação dos dados referentes à questão de saber se era ou não a primeira vez que utilizava estes serviços.

Elaborámos este quadro para salientar se era a primeira vez, ou não, que os utentes recorriam a este serviço e verificámos que apenas 26 utentes que sim. Destes apenas 2 são de outros concelhos (Lisboa e Coimbra).

Quadro 17 – Distribuição dos inquiridos pelas vezes que utilizaram os serviços

É a 1ª vez que vem a este serviço?	N.º	%
Sim	26	8,6
Não	277	91,4
Total	303	100,0

2.2.4. Percepção dos utentes sobre o atendimento no serviço de urgência

O segundo grupo de questões colocadas aos utentes do serviço de urgência prendia-se com saber qual o nível de concordância perante algumas afirmações por nós propostas e que se encontra descrito no quadro 18.

Ao analisarmos o quadro 18 verificamos, que o maior número de utentes e famílias situam a sua resposta ao nível de grau de concordância “*Discordo Parcialmente*”, no que refere às afirmações colocadas sobre a forma como se percepcionou o atendimento. Apenas a afirmação: “*O comportamento dos enfermeiros afectou-me positivamente*”, 45,5% dos utentes ou seus familiares, responderam “*É indiferente*”.

O atendimento de utentes e seus familiares ou pessoas significativas num serviço de urgência, está envolvido numa multiplicidade de factores dos quais se destacam os afectivos e emocionais. Daí entendermos que se trata de um processo delicado de ajuda e de orientação, construindo-se através da interacção entre o profissional e o utente e suas famílias. É nesta área que se tem de operar grandes desenvolvimentos quer em termos de condições gerais quer nas relações de afectividade e de gestão emocional.

Observamos que os utentes quando questionados sobre “*Quando estavam a falar comigo olharam para mim com atenção*”, 7,3 % situaram-se no grau de concordância “*Discordo*

totalmente". Perante estes dados surge a nossa preocupação sobre **que forma de olhar/comunicação não verbal** estabelecem os profissionais com os seus utentes.

Também discordam totalmente da afirmação "*Quando eu falava interessavam-se pelo que eu disse*", 16,2% dos utentes. Responderam, discordando parcialmente, 44,2 % quando questionados sobre "*Quando eu falava interessavam-se pelo que eu disse*".

Relativamente à afirmação "*Quando se aproximaram de mim falaram comigo*", 13,9% dos utentes responderam "*Discordo totalmente*" e 45,5% responderam "*Discordo parcialmente*".

Perante estes dados preocupantes, fica-nos a incerteza se foram eventualmente influenciados pelo tipo de afluência de utentes ao serviço de urgência, já que, como se referiu anteriormente, os questionários foram distribuídos num espaço temporal onde se verificou **elevadas taxas de utilização dos serviços**.

As elevadas percentagens de respostas no grau de concordância "*Discordo parcialmente*", para as afirmações "*Quando falavam comigo tratavam-me pelo meu nome*" (34,7 %) e "*Encaminharam-me para o interior do serviço*" (36,0%), leva-nos a concordar com os nossos autores.

O facto de 43,6% dos inquiridos responderem que discordam parcialmente à nossa afirmação "*Proporcionaram as condições necessárias para um atendimento com conforto*" leva-nos a pensar se as mudanças operadas, quer de infraestruturas, quer de obra arquitectónica nova, vai ao encontro dos principais desejos dos utentes do serviço de urgência. Por mais conforto que se deseje oferecer ao utente e seus familiares ou pessoas significativas, parece não serem essas as suas prioridades. Na perspectiva da instituição, que lembramos, se encontra a atravessar um processo de acreditação hospitalar, o atendimento deve ser efectuado num ambiente propício ao bom relacionamento afectivo para que a adesão ao processo terapêutico se verifique.

Salientamos que 45,5% dos utentes diz ser indiferente o facto de "*O comportamento dos enfermeiros afectou-me positivamente*", daqui pensarmos ser importante a necessidade de existir uma atitude supervisiva por parte destes profissionais e para os profissionais, para que os utentes visualizem positivamente o comportamento dos enfermeiros.

Quadro 18 – Distribuição percentual do nível de concordância em relação às afirmações referentes ao início do atendimento no serviço de urgência

Tipo de concordância em %	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	É indiferente	Concordo totalmente	Concordo
Afirmações relacionadas com o início do atendimento					
Fui alvo de imediata atenção por parte de profissionais do hospital	19,6	32,5	18,2	18,5	11,2
Quando se aproximaram de mim falaram comigo	13,9	45,5	16,8	15,2	8,6
Quando estavam a falar comigo olharam para mim com atenção	7,3	46,5	15,2	15,2	15,8
Quando eu falava interessaram-se pelo que eu disse	16,2	44,2	13,5	18,2	7,9
Quando falavam comigo tratavam-me pelo meu nome	17,5	34,7	16,2	16,5	15,2
Encaminharam-me para o interior do serviço	15,2	36,0	15,2	17,8	15,8
Proporcionaram as condições necessárias para um atendimento com conforto	17,5	43,6	8,9	16,2	13,9
O comportamento dos enfermeiros afectou-me positivamente	12,9	18,2	45,5	13,2	10,2

2.2.5. O atendimento durante o processo de cuidados

No quadro 19 realizámos uma distribuição das percentagens sobre o nível de concordância em relação à forma **como decorreu o processo de atendimento no serviço de urgência**.

Podemos verificar no quadro 19, que na maioria das afirmações colocadas aos utentes não existe grande discrepância entre os graus de concordância.

O serviço de urgência, na altura que foi aplicado o questionário, tinha 4 meses de existência na sua estrutura física e também uma equipa remodelada que se encontrava a sofrer adaptações a este novo espaço.

Existem algumas respostas às afirmações referentes à forma como prossegue o atendimento, que nos suscitam alguns comentários. A afirmação “*fui recebendo informação ao longo da minha permanência no serviço*”, 32,7% dos utentes discorda totalmente e 24,8% diz discordar parcialmente. Ficamos apreensivos pelo facto de apenas 17,5% referirem que concordam totalmente.

Quanto à afirmação “*explicaram-me os procedimentos que iam realizando e avaliavam as suas intervenções*”, 34,7% dos utentes responderam que discordavam parcialmente e apenas 18,5% concordaram com a mesma, o que se pode considerar manifestamente pouco visto que é um dos **direitos do doente**.

No que se refere à afirmação “*os profissionais dedicam o seu tempo na relação de ajuda com o doente*”, apenas 11,9% dos inquiridos concordaram totalmente e uma elevada percentagem situou-se na indiferença de concordância.

Na afirmação “*o comportamento dos enfermeiros afectou-me negativamente*”, 28,4% dos utentes concordaram e 10,2% concordaram totalmente, o que nos leva a pensar sobre as possíveis causas – **período de grande afluência; equipa esgotada; necessidade de supervisão**, entre outros. Podemos de facto acreditar que o cuidar, e cuidar de si mesmo, implica que se presta à nossa pessoa uma atenção especial que não possa confundir-se com egoísmo doentio, mas que permite identificar os nossos limites e otimizar os nossos recursos, de modo a dar sentido à nossa prática profissional. O profissional que não cuida de si, segundo Heesben (2001:71) “*...não pode descontrair-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida*”.

Em relação à afirmação “*no momento da alta preocuparam-se com o meu transporte*”, 50,5% dos inquiridos responderam que *discordavam totalmente* e 2,5% dos utentes concordaram totalmente. Pensamos que este dado será importante para mudar alguns comportamentos e atitudes referentes ao momento da alta do doente e a preocupação como irá ele regressar à sua residência.

Quanto à afirmação: “*o ambiente da sala de espera afectou-me de forma positiva*”, 31,9% responderam que discordavam parcialmente, ao contrário de 19,1% que responderam que concordavam totalmente. Na nossa perspectiva, como actores do exercício profissional e na de alguns teóricos que produziram algum discurso sobre estas matérias, a sala de espera do serviço de urgência, é uma área chave de algumas das intervenções dos profissionais de saúde.

Também o Grupo Português de Triagem (1997) refere que a sobrecarga de trabalho e a resposta qualitativa do pessoal varia conforme a altura do dia. Como exemplo, durante a noite existe apenas um médico de serviço. Se a afluência for considerável pode aumentar o tempo de espera e as dificuldades em gerir o ambiente humano na sala de espera, muito em especial se houver doentes ou familiares agressivos ou alcoolizados. Os acompanhantes podem ser agentes tranquilizadores mas também podem ser destabilizadores. Como prova temos a afirmação contrária “*o ambiente da sala de espera afectou-me negativamente*” em que a percentagem foi de 46,5% dos utentes para o nível de concordância “*concordo*” e 9,2% para o nível “*discordo totalmente*”.

A maior percentagem dos inquiridos, 72,0% dos utentes, responderam que discordavam totalmente da afirmação “*o tempo que demorei para o atendimento foi o que penso ser o necessário*”. Este dado não é uma surpresa, já que todos os utentes querem ser atendidos o mais rapidamente possível sem por vezes pensar na prioridade. Ninguém considerou o tempo de espera para o atendimento como o tempo necessário. Podemos verificar que relativamente à afirmação “*o tempo que demoraram a atender influenciou-me negativamente*”, 28,1% dos utentes responderam que concordavam, 14,5% disseram que concordavam totalmente e 23,8% mostraram-se indiferentes. Estes valores apontam para alguma passividade dos utentes em relação ao tempo de espera.

É interessante observar que os utentes que afluem ao serviço de urgência e responderam aos questionários, atribuem especial importância ao **aspecto estético**, dos profissionais. Do total de 303 utentes, 42,2% responderam com concordância à afirmação “*a apresentação física do pessoal no atendimento é agradável*”.

Também é notório, que 29,4% dos utentes concordaram que foi respeitada a sua **dignidade e privacidade** ao contrário dos que discordaram totalmente com o valor de 19,1%.

Dos utentes inquiridos, 37,6% responderam que discordavam totalmente á afirmação “*os acompanhantes foram informados do evoluir da situação permanentemente*” e somente 15,8% concordaram totalmente com esta afirmação. Estes dados levam-nos a reflectir sobre as interacções produzidas pelos profissionais e os acompanhantes dos utentes já que a falta de informação pode ser fonte de ansiedade e de tensão.

Salienta-se que 29,0% dos utentes consideraram que a informação existente na sala de espera é insuficiente, concordando totalmente com a afirmação 9,9%. No entanto, 37% responderam com concordância à afirmação “*o ensino e a informação que nos transmitiram ajuda-nos a mudar para comportamentos mais saudáveis*” .

Desta forma, pensamos que a informação transmitida por via oral é satisfatória para o objectivo que persegue.

Quando pedimos ao utente que nos dê o seu grau de concordância quanto à afirmação “*quando vim a este serviço senti insegurança e medos*”, 25,1% responderam que concordavam, 11,9% concordaram totalmente, mas também discordaram parcialmente 26,4% e discordaram totalmente 18,8%. De acordo com Elhart (1983), a estranheza do local e das pessoas pode contribuir para o agravamento da insegurança e aumento do medo sobre o futuro. Também a fragilidade física ou afectiva em que o utente se encontra pode-o

levar a ter alguns receios. Cabe aos profissionais utilizarem as estratégias necessárias para que haja uma aderência aos esquemas de tratamento sem receios e com segurança de ambas as partes.

Dos respondentes, 31,7% discordaram totalmente da afirmação “*houve disponibilidade por parte dos profissionais para o meu atendimento*”. Este dado é preocupante visto que sabemos que a disponibilidade é um factor imprescindível no contexto das relações humanas e contribui para um bom atendimento. Muitas vezes, por razões extra e múltiplas, **as palavras comunicação, informação, estar e saber estar são votadas ao esquecimento.**

Quadro 19 – Distribuição percentual do nível de concordância em relação às afirmações referentes ao prosseguir do atendimento no serviço de urgência

Afirmações	Nível de concordância				
	totalmente Discordo	parcialmente Discordo	indiferente	Concordo totalmente	Concordo
Fui recebendo informações ao longo da minha permanência no serviço	32,7	24,8	11,6	13,5	17,5
Explicaram-me os procedimentos que iam realizando e avaliando as suas intervenções	12,5	34,7	19,1	18,5	15,2
No momento da alta preocuparam-se com o meu transporte	50,5	29,5	10,0	7,5	2,5
O ambiente da sala de espera afectou-me no atendimento de forma positiva	22,8	31,9	10,1	16,1	19,1
Senti-me com o apoio e ajuda necessários	12,9	21,5	36,3	19,5	9,9
A apresentação física do pessoal no atendimento é agradável	9,6	18,8	16,2	42,2	13,2
O tempo que demorei para o atendimento foi o que penso ser o necessário	72,0	14,6	4,4	9,0	0,0
Respeitaram a minha dignidade e a minha privacidade	19,1	21,5	17,2	29,4	12,9
O ambiente da sala de espera afectou-me negativamente	9,2	13,9	16,5	43,6	16,5
O meu comportamento afectou a forma como fui atendido(a)	23,8	20,8	22,1	21,5	11,9
Os enfermeiros preocuparam-se em perceber o que eu sentia	21,1	21,5	26,4	18,2	12,9
Os acompanhantes foram informados do evoluir da situação permanentemente	37,6	18,5	11,9	16,2	15,8
O tempo que demoraram a atender influenciou-me negativamente	14,5	19,1	23,8	28,1	14,5
O facto de estar nervoso(a), afectou o atendimento por parte dos profissionais	18,2	23,4	17,8	24,8	15,8
Os profissionais dedicam o seu tempo na relação de ajuda com o doente e família	22,4	24,8	24,4	16,5	11,9
O comportamento dos enfermeiros afectou-me negativamente	16,5	21,8	23,1	28,4	10,2
A informação que existe na sala de espera é suficiente para os utentes e famílias	29,0	25,1	19,1	16,8	9,9
Quando vim a este serviço senti insegurança e medos	18,8	26,4	17,8	25,1	11,9
Houve disponibilidade por parte dos profissionais para o meu atendimento	31,7	23,4	16,5	15,8	12,5
O ensino e a informação que nos transmitiram ajuda-nos a mudar para comportamentos mais saudáveis.	12,2	20,5	15,5	37,0	14,9

Como conclusão da análise a este quadro 19, ficamos despertos para a necessidade de mudar comportamentos e atitudes com vista a alcançar um atendimento condigno, com qualidade, acabando com as admissões aos serviços realizadas de forma mecanicista, frustrante e quase sempre impessoal.

2.2.6. Aspectos de atendimento aos utentes e familiares

Fizemos aos nossos utentes, um conjunto de afirmações referentes a aspectos de atendimento geral, que gostaríamos de saber se concordavam com elas ou não. As respostas foram colocadas a nível de percentagem no quadro 20.

Ao observarmos o quadro 20, salientamos que 80,9% dos utentes inquiridos responderam que sim à afirmação “*Deve existir mais pessoal mais qualificado para o atendimento em serviço de urgência*”. Também responderam “sim” 65,4% à afirmação “*Deve existir sempre alguém mais habilitado para orientar a equipa que atende os doentes e família*”.

Estes dados são relevantes se os cruzarmos com a resposta positiva de 57,1% dos utentes à afirmação “*Os profissionais deviam fazer um curso de atendimento ao público para nos orientarem*”. A **formação** nesta área é assim imprescindível para resolver as questões sempre prementes dos utentes dos serviços de urgência.

Também 67,7% responderam positivamente à afirmação “*É preferível ter sempre um enfermeiro para recorrer caso precise*”. De encontro à opinião dos inquiridos podemos dizer que este **profissional qualificado** poderá ser o enfermeiro como supervisor do atendimento no serviço de urgência. Esta supervisão é uma perspectiva alargada de orientação e ajuda aos doentes e seus familiares, como forma de assegurar cuidados de qualidade, mas também na orientação dos próprios profissionais.

Existem componentes essenciais que devem estar presentes na prestação de cuidados de qualidade, nomeadamente o atendimento, o saber ouvir, a disponibilidade e a criatividade que se associam aos conhecimentos técnicos e científicos e, competências relacionais tão necessárias aos cuidadores. No entanto é importante admitirmos que no nosso desempenho profissional em urgência somos frequentemente levados a lidar com “máquinas” e a descurar a “pessoa”.

2.2.7. O ambiente e estrutura física

Apesar das instalações físicas serem recentes, 69,3% são sensíveis positivamente à afirmação “*Deviam tornar as instalações físicas mais adequadas ao atendimento do serviço de urgência*”. Também 59,7% respondem positivamente ao facto do ambiente na sala de espera ser acolhedor. No entanto, apenas 29,0% têm sensibilidade positiva para a afirmação “*A sala de espera é pequena e o ambiente muito frio*”. Fica-nos a questão de saber quais os outros aspectos da estrutura física que poderiam ser melhorados.

Outro aspecto muito relevante no ambiente da sala de espera é o ruído. Os nossos inquiridos responderam com 35,3% que sim, à afirmação “*Há muito barulho na sala de espera*”. Pensamos então que a sala de espera do contexto do nosso estudo tem um ambiente tranquilo e sereno. Já 68,6% responderam afirmativamente à questão sobre “*o barulho que existe no serviço incomoda os doentes e familiares*”. Pensamos que este ruído no interior do serviço poderá estar relacionado com o tipo de serviço, sua dinâmica de atendimento de 24 horas, sua estrutura física (aberta ao público), o número de profissionais que aí desempenham as suas funções e a utilização de equipamentos eléctricos.

Dentro das questões do ambiente não são os odores que afectam negativamente o atendimento já que 33,3% referem que o cheiro no interior da unidade não prejudica o atendimento e a sensação de conforto.

Referente às instalações sanitárias, 67,3% dos utentes dizem que estas são limpas e confortáveis pelo que podemos dizer que as pessoas confiam no ambiente existente.

Quando confrontados com a afirmação “*A sinalização existente é suficiente para orientação no serviço de urgência*”, 62,0% são sensíveis positivamente. Apesar disso consideramos que ainda pode haver melhorias neste sector.

É interessante verificar que relativamente à afirmação “*O aspecto exterior do serviço de urgência deve ser melhorado*”, 68,0% dos inquiridos responderam que sim pelo que pode-se afirmar que este aspecto é agradável para os utentes e deverá ser melhorado.

2.2.8. Acessibilidade dos transportes

Na realização deste estudo também consideramos significativo o questionar dos utentes sobre a rede de transportes públicos que servem o hospital. Verificamos, pelo quadro 20, que não existe muita acessibilidade ao hospital visto que 65,7% dos utentes responderam que os transportes públicos são insuficientes no serviço que prestam aos utentes que se querem dirigir ao hospital, assim como 61,4% responderam que se deve **melhorar o transporte** para o hospital. Neste mesmo quadro verifica-se que os utentes são sensíveis positivamente à afirmação “*Há preocupação com o transporte dos doentes quando têm alta*”, respondem 54,1% que sim. Anteriormente, no Quadro 19 apenas 2,5% responderam que concordavam totalmente à afirmação “*No momento da alta preocuparam-se com o meu transporte*”.

Estes dados levam-nos a interrogar porque é que os doentes responderam desta forma a nível de concordância e de outra forma oposta numa questão dicotómica.

Relativamente à compreensão por parte dos profissionais que trabalham no serviço de urgência, os inquiridos consideraram uma sensibilidade positiva, no que se refere à compreensão que estes profissionais têm em relação aos seus utentes com valores superiores a 60,0%.

2.2.9. Ensino e informação

Outro aspecto importante é a existência de um documento escrito onde fique relatado o que o doente considerou menos bem no seu atendimento (**Livro de Reclamações**). Neste âmbito, quando questionados sobre o conhecimento que detêm da existência de um livro de reclamações, 63,7% responderam que o conhecem. Por outro lado a questão de saber se tivessem que fazer alguma participação o utilizavam, 58,4% dizem que o fariam. Referenciamos aqui o aspecto da credibilidade das reclamações: os utentes, apesar de informados do seu direito de reclamarem, podem ter dúvidas em relação aos resultados das suas reclamações.

Uma das dimensões mais referenciadas nas reclamações é o tempo de espera que se pode confirmar com a resposta pela negativa de 74,5% à afirmação “*O tempo que vai da entrada no hospital e o atendimento é o aceitável*”. Também 87,3% responderam que se deve melhorar o tempo que é utilizado para se atender o doente.

A informação é uma outra dimensão crucial no desenvolvimento dos processos de assistência em matéria de saúde em geral e nas situações de urgência em particular. Dos utentes inquiridos, 59,1% responderam positivamente à afirmação “*Deve existir mais informação num manual para utentes e famílias*”. Sobre a afirmação “*As informações que estão disponíveis na sala de espera são suficientes*”, 47,9% manifestaram a sua sensibilidade positiva o que está de acordo com as análises ao quadro 19 que refere ser insuficiente a informação existente na sala de espera.

Quando questionados sobre “*Devem melhorar o ensino aos doentes e familiares para prevenir outras situações*”, 64,7% foram sensíveis positivamente. No entanto existe uma divergência de resposta em relação ao quadro 19 em que se refere que o ensino e a informação, ajuda o utente a mudar comportamentos para adopção de estilo de vida saudável. Isto leva-nos a questionar sobre as estratégias a utilizar na formação e informação a utilizar.

Os nossos utentes, conscientes destas preocupações, referiram (com 58,0%) que os profissionais parecem estar preocupados com a qualidade do atendimento. Também de uma forma positiva, 51,2% referem que a forma como os utentes são atendidos demonstra preocupações com a qualidade.

Relativamente à afirmação “*Senti que houve atenção e reflexão para com as preocupações dos doentes*”, 50,7% dos utentes inquiridos também responderam positivamente; 57,8% dos inquiridos, consideram a equipa coesa e segura, assim como 53,8% aceitam que os profissionais são tão bons tecnicamente como nas relações humanas. Como conclusão destas dimensões do atendimento, 53,1% dos utentes consideram-se satisfeitos com o atendimento a que foram submetidos.

No entanto, existem aspectos em que se crê poder vir a melhorar, já que 57,8% dos utentes consideraram que não é visível em todos os profissionais, o nível de qualidade do atendimento. Aceitamos que com outro tipo de estudo poder-se-ia identificar a área profissional em que esta dimensão fosse mais trabalhada para melhorar o atendimento. Conjuntamente a este dado concorrem os seguintes: 59,4% sentiram-se abandonados no

serviço de urgência e 61,7% consideram que quem os atendeu demonstrou atitude de superioridade.

2.2.10. Direitos e deveres do doente

Mais do que a transversabilidade da qualidade no nosso dia a dia, existe a questão dos direitos indiscutíveis e inalienáveis que decorrem da Declaração Universal dos Direitos do Humanos, que se traduzem na área da saúde, na **Carta dos Direitos e Deveres do Doente**. O doente tem direito ao respeito pela sua dignidade, à informação dos serviços, à informação sobre a sua situação e à privacidade na prestação de qualquer assistência em saúde.

Sendo desta forma, ao analisarmos o quadro 20, verificamos a necessidade de melhorar alguns aspectos intimamente relacionados com os direitos dos doentes.

Em primeiro lugar existe um aspecto a melhorar que é a defesa da privacidade já que 52,8% responderam que não houve preocupação com a privacidade dos doentes e famílias. Apesar da afirmação “*Há preocupação em informar os familiares, sobre o que se passa com os seus doentes*”, ser respondida de forma positiva com 56,8%, consideramos que a sua proximidade com a negativa de 43,2%, no que respeita ao direito à informação, carece de alguma reflexão.

Finalmente, no que se refere à afirmação “*Impediram o acompanhamento do doente por um familiar ou amigo*”, 71,0% responderam que não. Salientamos que nestes serviços, este tipo de acompanhamento, durante a permanência do doente, é raro pelo que se realça este valor documentado.

Quadro 20 – Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados com o atendimento a que utentes e/ou familiares foram submetidos

Afirmações	Percentagem	
	% SIM	% NÃO
Deve existir mais pessoal qualificado para o atendimento em serviço de urgência	80,9	19,1
Devem tornar as instalações físicas mais adequadas ao atendimento do serviço de urgência	65,3	34,7
Os transportes públicos que servem o hospital são suficientes	34,3	65,7
É preferível ter sempre um enfermeiro para recorrer caso precise	67,7	32,3
Senti-me satisfeito (a) com o atendimento a que fui submetido (a)	53,1	46,9
Os profissionais parecem estar preocupados com a qualidade do atendimento	58,0	42,0
O tempo que vai entre a entrada no hospital e o atendimento é aceitável	25,5	74,5
O ambiente da sala de espera do serviço de urgência é acolhedor	59,7	40,3
Senti que houve atenção e reflexão para com as preocupações dos doentes	50,7	49,3
Deve existir mais informação num manual para os doentes e famílias	59,1	40,9
Devem melhorar os transportes para o hospital	61,4	38,6
A equipa de urgência é segura e coesa	57,8	42,2
Impediram o acompanhamento do doente por um familiar ou amigo	29,0	71,0
O aspecto exterior do serviço de urgência deve ser melhorado	32,0	68,0
A sala de espera é pequena e o ambiente muito frio	29,0	71,0
A forma como os doentes e suas famílias são atendidas demonstra preocupação com a qualidade	51,2	48,8
O barulho que existe no serviço incomoda os doentes e familiares	68,6	31,4
Há preocupação em informar os familiares sobre o que se passa com os seus doentes	56,8	43,2
O nível de qualidade do atendimento é visto em todos os profissionais do serviço de urgência	42,2	57,8
Devem melhorar o tempo que levam a atender o doente e famílias	87,3	12,7
As informações que estão disponíveis na sala de espera são as suficientes	47,9	52,1
Deve existir sempre alguém mais habilitado para orientar a equipa que atende os doentes e família	65,4	34,6
Há muito barulho na sala de espera	35,3	64,7
Devem melhorar o ensino aos doentes e familiares para prevenir outras situações	64,7	35,3
Há preocupação com o transporte dos doentes e familiares quando tem alta	54,1	45,9
As casas de banho são limpas e confortáveis	67,3	32,7
Os profissionais devem fazer um curso de atendimento ao público para nos orientarem	57,1	42,9
O cheiro no interior do serviço prejudica o atendimento e o conforto	33,3	66,7
Tem de haver maior preocupação com a privacidade dos doentes e famílias	47,2	52,8
Os profissionais são tão bons na técnica como na relação humana	53,8	46,2
Tenho conhecimento que existe um Livro de Reclamações	63,7	36,3
Se tivesse que fazer alguma participação, recorria ao Livro de Reclamações	58,4	41,6
A sinalização existente é suficiente para a orientação no serviço de urgência	62,0	38,0
Quem me atendeu denotou uma atitude de superioridade	38,3	61,7
Senti-me abandonado(a) no serviço de urgência	40,6	59,4
O(A) enfermeiro(a) que atendeu mostrou-se compreensivo(a)	61,1	38,9
O (A) médico(a) que atendeu mostrou-se compreensivo	64,0	36,0
A administrativa que atendeu mostrou-se compreensiva	65,0	35,0
A auxiliar que colaborou mostrou-se compreensiva	66,0	34,0

Outra dimensão em análise e que decorre da necessidade de se efectivar a relação de ajuda era a forma comportamental como o utente e família foram tratados no decorrer da sua permanência no serviço de urgência e que se apresenta no quadro 21 numa distribuição percentual.

Para analisarmos o quadro 21 que nos refere a forma como os utentes e/ou familiares são tratados pelos vários profissionais, tivemos em atenção que 67,0% foram tratados com respeito, 65,0% com educação e 84,8% com dignidade, o que nos faz pensar que estes valores de respeito pelos direitos do doente foram valorizados. No entanto ficámos supresos com o valor de 84,8% dos utentes que referem ter sido tratados com agressividade, 82,5% com indiferença e 81,2% sem calma. Pensamos que as diferenças nestes resultados podem estar associadas com a variação do grupo de profissionais que são potenciais atendedores na unidade de urgência. Como no quadro não está explícito qual o profissional que atendeu o doente, fica-nos a posterior reflexão de que a variabilidade dos intervenientes no atendimento interfere na forma como o utente vê o seu atendimento.

Quadro 21 – Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados com a forma como os utentes e/ou familiares foram tratados

Forma como o utente e família foram tratados	Percentagem	
	SIM	NÃO
Respeito	67,0	33,0
Educação	65,0	35,0
Dignidade	81,8	18,2
Agressividade	84,8	15,2
Indiferença	82,5	17,5
Calma	18,8	81,2

2.2.11 Relação dos profissionais com utentes e familiares

No decorrer desta análise, verificámos a necessidade de saber também como é que os profissionais se relacionaram com o utente e família.

Como podemos verificar no quadro 22, ao questionarmos o utente ou seus familiares, sobre a forma como os diferentes profissionais se relacionaram com eles, estes referem que apenas 21,1% foram prestáveis, mas 74,3% relacionaram-se de forma calorosa. Já 79,9% relacionaram-se de forma fraca, assim como 82,2% mostraram-se indiferentes. E 69,6% dos utentes ultrapassaram as expectativas, no seu relacionamento com os profissionais.

Perante estes dados aqui explícitos, pensamos que há necessidade de se fazerem algumas reflexões em grupo para alterar o sentido que os nossos utentes apontam. Por um lado ultrapassaram as expectativas e foram calorosos mas por outro foram indiferentes e mostraram-se de relacionamento fraco com os seus utentes. É nesta ambiguidade que tem de residir o trabalho de aconselhamento, orientação e supervisão por parte dos responsáveis da unidade de urgência, unidade esta de características muito especiais e em que os profissionais necessitam de maior abertura para um relacionamento humano eficaz.

Quadro 22 – Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas às afirmações sobre aspectos relacionados como os profissionais se relacionaram com utentes e/ou familiares

Forma como os profissionais se relacionaram com utentes e/ou familiares	Percentagem	
	SIM	NÃO
Prestável	21,1	78,9
Caloroso	74,3	25,7
Fraco	79,9	20,1
Indiferente	82,2	17,8
Ultrapassou as expectativas	69,6	30,4

Desejámos também saber como é que os utentes e famílias se sentiram em relação ao atendimento prestado pelos profissionais e que está visível no Quadro 23 com uma distribuição percentual.

Neste quadro 23 verificamos que 59,7% dos utentes respondem que foram tratados de igual para igual o que vai de encontro à resposta dada no quadro 19 quando 61,7% dos inquiridos responderam com sensibilidade negativa à afirmação “*Quem me atendeu denotou uma atitude de superioridade*”. Quando questionados sobre a utilização do telefone e se este foi fornecido, 64,7% disseram que sim e 68% compreenderam todas as informações que lhes foram dadas.

Quadro 23 – Distribuição percentual das respostas afirmativas e negativas sobre como os utentes e/ou familiares se sentiram no atendimento

Forma como os utentes e/ou familiares se sentiram no atendimento	Percentagem	
	SIM	NÃO
Trataram-me de igual para igual	59,7	40,3
Quando precisei de usar o telefone foi-me facilitado o seu acesso	64,7	35,3
Compreendi todas as informações que me foram dadas	68,0	32,0

2.2.12. Motivos de incompreensão das informações

Todos estes aspectos atingem um determinado significado para os utentes que ocorrem ao serviço de urgência. Cuidar nesta unidade, é muito mais do que saber usar os conhecimentos técnicos e científicos. É acima de tudo, **saber respeitar a individualidade** e personalidade da pessoa que se encontra fragilizada pela situação.

Perante os 32,0 % de utentes e/ou familiares (num total de 100) que responderam que “NÃO” à questão “*Compreendi todas as informações que me foram dadas*” desejámos saber qual o motivo pelo qual não compreenderam as mesmas e que se encontra expresso no quadro 24.

Podemos então observar que 32 dos profissionais falaram com o tom de voz elevado, 18 com o tom baixo, 38 com linguagem difícil, 46 falaram rápido demais e 47 usaram termos técnicos.

Também contribui para que os utentes não compreendam as informações que lhes são transmitidas, o facto de 33 dos profissionais terem má apresentação física, 46 não dedicaram atenção, 54 falavam ao telefone ao mesmo tempo e 56 falavam para o utente e para outros ao mesmo tempo. Nesta análise é importante referir que as atitudes, comportamentos e expressão verbal são determinantes para a qualidade do atendimento e satisfação dos utentes e seus familiares.

Quadro 24 – Distribuição do número das respostas afirmativas e negativas sobre o motivo pelo qual não compreenderam as informações dos profissionais

Motivo pelo qual não compreenderam as informações	Número de respostas	
	SIM	NÃO
Tom de voz elevado	32	68
Linguagem muito difícil	38	62
Usaram termos técnicos	47	53
Falaram para min e para outros ao mesmo tempo	56	44
Falavam ao telefone ao mesmo tempo	54	46
Não me dedicaram atenção	46	54
Falaram muito depressa	46	54
Tinham má apresentação física	33	67
Tom de voz baixo	18	82

2.2.13. Nível de eficácia do atendimento

Finalmente questionámos os utentes, e/ou familiares sobre o **nível de eficácia do atendimento** por parte dos profissionais do serviço de urgência e cuja distribuição de frequências se encontra no quadro 25.

Apesar de se verificar no quadro 25, que o nível do atendimento no serviço de urgência é de “*eficaz*”, com 186 respondentes de um total de 303 (61,4%), preocupa-nos que apenas 16 utentes ou seus familiares tenham respondido que o atendimento foi “*muito eficaz*”. Esta preocupação reside no facto de ser uma instituição que prima pela qualidade em matéria de assistência em saúde e que está a vivenciar um processo de acreditação de qualidade.

A percentagem dos utentes que referem que o atendimento foi “*pouco eficaz*”, que foi de 30,0% (91 utentes) é também motivo para uma reflexão, que vise enverter este valor. A média foi de 73.3.

Quadro 25 – Distribuição de frequências sobre o nível de eficácia do atendimento no serviço de urgências

Nível de eficácia	N.º	%
Nada eficaz	10	3,3
Pouco eficaz	91	30,0
Eficaz	186	61,4
Muito eficaz	16	5,3
Total	303	100,0

2.2.14. Análise de opiniões

No seguimento das análises de conteúdo propostas, demos conta das respostas à pergunta do questionário: “*D – Quer deixar algum comentário pessoal ou sugestão sobre o seu atendimento no serviço de urgência que possa ajudar a melhorar o serviço para outros utentes e famílias?*”. Verificámos que do total de 303 questionários respondidos, houve 137 utentes ou seus familiares que responderam a esta questão. Após leituras transversais das respostas por cada questionário elaborámos uma grelha com as unidades de registo mais significativas e atribuímos-lhes uma categoria (Anexo 6). A sua categorização é posterior pelo que no conjunto das unidades de registo denominámos as seguintes categorias:

- A – tempo de espera;**
- B – acompanhamento;**
- C – avaliação do utente;**
- D – satisfação pelo serviço prestado;**
- E – formação/informação;**
- F – estrutura/organização;**

No que respeita ao tempo de espera, o número de unidades de registo é o mais elevado, do que para qualquer das outras categorias, com um total de 98 referências em texto e todas apontam para a necessidade de se melhorar este tempo de espera. Como exemplo podemos descrever as seguintes unidades de registo enquadradas no respectivo questionário:

Q6 – *“O que mais me preocupa é a demora. É muita!”*

Q31 – *“O atendimento nas urgências devia ser mais rápido.”*

Q153 – *“Devia ser mais rápido o atendimento.”*

Q169 – *“Não deviam fazer esperar tanto os doentes. Principalmente os que estão cheios de dor.”*

Q192 – *“Demoram muito tempo para atenderem um doente...”*

Também já no quadro 20, se tinha referido o tempo de espera, como uma situação problemática que nada abonava para uma boa qualidade do atendimento e que o influencia negativamente.

Para a categoria B, no que se refere ao acompanhamento do utente, seu familiar ou pessoa significativa realizámos uma divisão em duas subcategorias: num acompanhamento positivo (B1) e em outro negativo (B2). O acompanhamento positivo está relacionado com a perspectiva do utente ou seu familiar que considera este acompanhamento satisfatório e que traduz empenhamento e qualidade. No acompanhamento negativo são características a sua falta, ou seja não existe acompanhamento, ou se existe, este não demonstra qualidade e não satisfaz o utente ou seu familiar.

São os seguintes exemplos bem reveladores de um acompanhamento positivo (B1):

Q16 – *“Porém quando acompanho um familiar o atendimento e a prestação de serviços tem sido eficaz”*

Q34 – *“Enfermagem não tenho razão para me queixar, têm sido sempre ótimos profissionais e acima de tudo muito humanos”*

Q63 – *“Doutora ... é extremamente profissional e atenciosa. Não facilitou. É bom sentir confiança nas técnicas de saúde. Parabéns!”*

Q89 – *“Fui muito bem atendida pelo enfermeiro, caloroso e simpático”*

Q152 – *“O hospital está equipado com bom pessoal...”*

Importa referir que o número de frequências encontrada nesta subcategoria é baixo (17 unidades de registo). Apesar de trabalharmos a nossa análise em sentido temático, a

referência ao número de unidades de registo pode esclarecer algum aspecto mais relevante. Parece-nos que a simpatia e a atenção é visível em algumas classes profissionais.

Já para a subcategoria de acompanhamento negativo (B2) concorreram os seguintes exemplos:

Q22 – *“Devem ser mais humanos!”*

Q69 – *“Os médicos podiam às vezes ter mais compreensão com os utentes e vi-los atender em vez de estar a tomar café ou na conversa. Podem ter uma pausa mas não muito demorada.”*

Q89 – *“O atendimento da médica foi simplesmente arrugante.”*

Q131 – *“...mas deviam tirar a doutora ... deste serviço porque ela não tem educação nenhuma. Pensa que tem o rei na barriga.”*

Q150 – *“Deve haver um atendimento mais rápido e menos pessoal a tomar café e a rirem-se.”*

Q174 – *“...sentia-me no limite das minhas forças, fui comunicá-lo quase a chorar à administrativa e ela não me deu grande atenção e carinho. Limitou-se antipaticamente, a dizer que esperasse.”*

Nesta subcategoria encontrámos as esclarecedoras 26 unidades de registo. A questão de um acompanhamento em que a relação humana seja preferida está posta em causa com estes achados. As pessoas que respondem desta forma sentem a necessidade de criar alguma mudança de atitudes.

Com a categoria identificada como avaliação do utente, referimo-nos à avaliação geral do serviço na perspectiva deste. Para esta categoria identificámos algumas unidades de registo que nos parecem bem reveladoras:

Q7 – *“Pois existem doentes que devido ao seu estado de saúde, pioram pelo seu longo período de espera e, por se encontrarem fechados no mesmo local. Claro que também depende das patologias.”*

Q10 – *“O doente deve ter ainda os cuidados de higiene para não perturbar os demais utentes.”*

Q145 – *“Devem deixar acompanhar um familiar dentro do serviço quando eles têm uma certa idade para se sentirem mais calmos e nós podermos dar mais informações”*

Q210 – *“...e que o atendimento e tratamento sirva também para explicar o porquê da nossa doença e não somente e de uma forma fria, diagnosticar e medicar sem qualquer outra ajuda.”*

A satisfação pelo serviço prestado é uma das categorias da qual interpretámos as seguintes unidades de registo:

Q9 – *“Pessoalmente considero que este hospital é muito bom em alguns aspectos e até melhor que os HUC’s.”*

Q48 – *“Acho que temos um bom atendimento.”*

Q88 – *“Acho que este hospital tem melhorado significativamente em relação à evolução a muitos outros que conheço.”*

Q159 – *“Para mim está tudo muito bem.”*

Q180 – *“Este hospital é o exemplo do nosso país. N.B. com a mesma formação do que os outros hospitais, o pessoal é diferente, porquê?”*

Q235 – *“Todas as vezes que aqui venho ou com os meus familiares ainda não tive nada a apontar aos doutores e enfermeiros e auxiliares. A todos dou um bem haja pelo vosso trabalho e que Deus vos ajude.”*

Existe um razoável número de utentes que apontam para uma elevada satisfação pelo atendimento que lhes foi oferecido. No entanto, como não referem as razões pela satisfação damos como causa alguns motivos relacionados apenas com a afectividade.

A formação/informação foi outra categoria que podemos sublinhar na leitura que realizámos a estes conteúdos no questionário oferecido aos doentes. Nesta categoria podemos enquadrar as seguintes unidades de registo:

Q21 – *“Olhem mais para as pessoas!”*

Q55 – *“Penso que essencialmente deve ser cada profissional, a melhorar a sua forma de relacionamento com o utente, de modo que o utente tenha uma plena confiança.”*

Q103 – *“No entanto acho que deve haver mais formação do pessoal para o atendimento. O serviço de urgência é muito específico.”*

Q113 – *“Falta muita empatia dos profissionais”*

Q115 – *“Não interessa se é enfermeira ou médica mas tem de ser uma pessoa com capacidades técnicas e humanas.”*

Q222 – *“Mas é bom que todo o funcionamento hospitalar seja feito com grande capacidade técnica mas também humana.”*

As questões da formação e da necessidade de mais informação dos profissionais estão bem evidentes nestas unidades. Os nossos utentes conseguem exprimir com laivos de perfeição as necessidades e/ou capacidades técnicas que os profissionais que exercem funções no serviço de urgência devem ter mas, também, as competências relacionais e afectivas tão importantes nestas unidades.

Finalmente, as respostas ao nosso questionário apontaram também para aspectos relacionados com a estrutura física e com a própria estrutura e organização dos serviços. Pelas leituras que ocorreram, identificámos um número significativo (34) de informações pertinentes nesta área das quais retirámos:

Q37 – *“mas deveria existir uma placa no interior das urgências que as pessoas ao atenderem seu telemóvel deverão sair para fora das urgências visto que é um local (uma sala) de dor e sofrimento dos doentes e não estamos dispostos a ouvir conversa de passatempo, porque não têm respeito pelos que sofrem, por isso é que recorrem às urgências do hospital.”*

Q115 – *“Penso que a triagem dos doentes é um aspecto essencial num serviço de urgência. Tenho conhecimento que irá ser implementada, só espero que acertem em quem colocam a fazê-la.”*

Q128 – *“Deve existir informação visível sobre as farmácias que estão de serviço no concelho.”*

Q136 – *“No meu entender, o doente quando faz a sua inscrição para a consulta devia constar no recibo o número de atendimento por ordem, excepto casos de maior urgência. Na sala de espera devia haver informação electrónica do nº. de doente que está a ser atendido. Casos urgentes deviam ser assinalados noutra sistema electrónico.”*

Q203 – *“O RX deve estar mais tempo aberto para que os doentes não tenham de ir a Coimbra.”*

Perante estas afirmações somos levados a reflectir que ao introduzirmos mudanças na unidade, as opiniões dos utentes têm um valor acrescido.

Os resultados desta questão aberta indica-nos que o atendimento é um processo que requer supervisão de profissionais competentes para que se efective com sucesso. Nesta medida este acto proporciona satisfação e bem estar aos utentes e profissionais com a finalidade de prestar uma assistência com qualidade.



Como síntese dos resultados podemos referir que no estudo um os dados apontam para um **tempo de espera elevado**, existência de **falta de cortesia** e **disponibilidade** por parte dos profissionais assim como a **escassez de recursos humanos** nos serviços.

No estudo dois os resultados que mais sobressaiem são: o **elevado tempo de espera** para o atendimento, **a falta de pessoal qualificado**, a necessidade de um maior **acompanhamento** e **formação dos recursos humanos**.

CAPÍTULO VI - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até à satisfatória discussão de resultados.”

Gil, A. (1995: 19)

Recordando o capítulo 1 desta segunda parte do estudo voltamos a referir que este teve como objectivos principais:

- ∞ *Compreender as representações dos utentes, famílias ou pessoas significativas em matéria do atendimento que é realizado no serviço de urgência;*
- ∞ *Identificar os aspectos mais problemáticos no decorrer do atendimento;*
- ∞ *Identificar estratégias que permitam dar resposta às expectativas dos utentes, família ou pessoa significativa no que se refere ao atendimento em serviço de urgência;*
- ∞ *Avaliar os mecanismos de acção propostos pelo projecto de acreditação de qualidade da assistência.*

Neste sentido pretendeu-se, perante estes objectivos, constituir uma matriz compreensiva sobre múltiplos factores que acreditamos poderem influenciar todo o processo de atendimento dos utentes, familiares e/ou pessoas significativas no serviço de urgência hospitalar. Pede-se a especial atenção para a compreensão deste processo numa vertente o mais abrangente possível tendo em atenção os constrangimentos do contexto – daí termos enveredado para uma metodologia posicionada nas estratégias de um *estudo de caso*.

Deste estudo emergem alguns resultados que consideramos importantes que serão objecto de análise e discussão à luz de outros contributos realizados neste âmbito.

Merece ainda referência a análise que se produz, indo também ao encontro do enquadramento teórico efectuado.

Correspondendo ao nível mais simples da investigação descritiva, exige-se contudo uma análise da nossa realidade, pois descrever de nada serve se não atribuirmos sentido aos dados recolhidos.

Como nos referem Strauss e Corbin (2002: 120) “*Para descubrir algo nuevo en los datos y comprenderlos mejor, debemos hacer más de ese tipo de análisis detallado y discriminado*”. Assim sendo pretende-se tão somente dar forma aos dados expressos no capítulo anterior. Enformarmos os dados significa, para estes autores dar-lhes vida dentro da nossa proposta de estudo e seguindo as nossas dimensões em análise.

Ao discutir-se os resultados estamos, no essencial a compará-los com as questões de investigação ou dimensões em análise. Neste sentido é evidente a necessidade de interpretação. Ao desenvolvermos uma reflexão teórica estamos também a dar contributos para o aperfeiçoar das teorias prévias.

Também Hesbeen (2000) refere que a prática baseada na evidência investigativa deverá conduzir, por um lado à melhoria da qualidade de cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular e, por outro, a um estatuto e a uma identidade dignificante do exercício da profissão de enfermagem.

No sentido de evitar uma repetição que se considera desnecessária, a discussão e a reflexão produzida é decorrente das questões investigativas inicialmente formuladas. Salientam-se os resultados que, à luz do nosso conhecimento e objectivos fixados, nos parecem mais relevantes. Esta apreciação crítica tem como elementos fundamentais os dados recolhidos pelos diversos instrumentos, o quadro teórico e nós próprios enquanto elementos activos na investigação.

1. O atendimento no serviço de urgência

“**Urgências**” é um tema que está sempre presente quando se abordam os problemas de saúde e se reflectem sobre as condições de funcionamento do já referido Serviço Nacional de Saúde e, se discute a forma e a qualidade da prestação de cuidados de saúde e de enfermagem em particular. É um motivo de grande preocupação, quer para os responsáveis políticos e técnicos, quer para a comunidade de utentes em geral.

A excessiva procura dos serviços de urgência é uma das problemáticas mais evidentes dos hospitais em todo o seu conjunto. A urgência, enquanto serviço diferenciado do hospital, abrange todas as situações clínicas de instalação súbita, com vários graus de gravidade que podem levar ao comprometimento das funções vitais o que vai exigir um apurado trabalho de triagem e de actuação multidisciplinar. Há assim diferentes níveis de gravidade e consequentes níveis de actuação. ~

Neto (2002:48) que diz “...apercebemo-nos com frequência que subitamente se tornam difíceis coisas vulgares e fáceis, tais como...a identificação... bem como dar-lhes instruções simples sobre os lugares onde se devem dirigir. Embora estes aspectos possam parecer meros pormenores, eles são de grande importância dada a fragilidade em que se encontra o utente.”

É nos serviços hospitalares que se situam os problemas mais complicados do actual sistema de saúde e cuidados de urgência/emergência. Por vezes tem origem no atendimento em sala de espera com interacções muito fortes entre os vários intervenientes e em que a estrutura por vezes não comporta a elevada afluência dos utentes a estes serviços.

Conforme o Relatório da Comissão Nacional de Estruturação das Urgências (Em documento interno do HJLC, 2001) sabemos hoje que cerca de 20% dos atendimentos efectuados nos serviços de urgência correspondem a verdadeiras urgências. Sem carácter clínico de urgência e que deveriam recorrer aos cuidados primários de saúde os restantes 80%.

2. Caracterização da população e motivo de utilização dos serviços

O *elemento básico* são as pessoas, cujas interacções compõem a organização. O sucesso ou insucesso das organizações é determinado pela qualidade das interacções entre os seus membros. Estas podem ser descritas em vários níveis tornando-se menos pessoais à medida que se tornam mais elevadas: interacções individuais; interacções entre indivíduos e organização; interacções entre a organização e outras organizações; interacções entre a organização e o seu ambiente local.

Para Anjos (1999:105) "*Recursos Humanos, são as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização.*"

A população que utiliza o serviço de urgência, apesar de diversificada é quase, na sua maioria, pertencente ao concelho de Anadia. Dados dos serviços municipais, apontam para uma população envelhecida (o que corresponde aos dados nacionais), maioritariamente do sexo feminino com nível de escolaridade baixo (ao nível do 2º ciclo) e com actividades profissionais ligadas aos serviços, seguindo-se os produção fabril, função pública e finalmente a agricultura.

Os nossos resultados vão ao encontro destes referentes produzidos pela Camará Municipal de Anadia. A nossa população em estudo segue os preceitos de ser maioritariamente feminina. No entanto os que respondem ao questionário encontram-se nas faixas etárias dos 18 aos 45 anos de idade. É a idade produtiva, visto que apenas 3 doentes, nestas idades, referem estar desempregados. Qualquer paragem no trabalho pode provocar alterações socio-familiares. A faixa etária predominante dos utentes que vão ao serviço de urgência do HJLC é a dos 60 aos 80 anos (segundo dados fornecidos pelos serviços de estatística do HJLC). Este dado está contra o da nossa pesquisa. Uma das possíveis razões prende-se com quem teve a oportunidade de preencher o questionário: se o doente (que é maioritariamente idoso) ou o seu familiar. Esta razão tem sustento no facto de 77 pessoas (25,4%) referirem terem vindo a acompanhar o utente.

Os dados por nós analisados referentes ao nível de escolaridade e ao desenvolvimento de uma actividade profissional, são paralelos aos produzidos pelos serviços de estatística municipais (Em documento interno do HJLC, Censos de 2003).

É também interessante verificar que apenas 26 utentes utilizaram estes serviços pela primeira vez.

O facto de se encontrar a meia distância de duas capitais de distrito – 29 Km de Aveiro e 23 de Coimbra; torna esta pequena e nova cidade muito influenciada pelas suas vizinhas. Uma das influências pode-se verificar na área da prestação de cuidados de saúde. Os hospitais da zona de Coimbra – Hospital da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar

de Coimbra; são os centros de referência para os utentes em primeiro lugar e dos serviços de saúde limitrofes.

O Hospital José Luciano de Castro descreve no seu regulamento interno que os serviços de apoio externos e o hospital de referência é precisamente o Hospital da Universidade de Coimbra.

Qualquer doente em situação de urgência ou de emergência é estabilizado em primeiro lugar no HJLC e posteriormente enviado para avaliação pelas especialidades médicas ou cirúrgicas do Hospital da Universidade de Coimbra (sempre com contacto telefónico prévio).

Também o Hospital da Universidade de Coimbra drena os seus doentes que pertencem ao concelho de Anadia, depois de avaliados e de serem submetidos a estudos ou tratamentos mais diferenciados, para o HJLC com indicação do tipo de seguimento que deve ser feito.

Os próprios doentes que utilizam o Hospital José Luciano de Castro, têm referências ao Hospital da Universidade de Coimbra. Sem desmontarem as diferenças existentes entre ambos fazem comparações do género: “*O de Coimbra não tem nada a ver com este.*” (Q – 126); “*Quem dera que o Hospital da Universidade tivesse o tratamento humano que aqui nos dão.*” (Q – 205).

Como seria de esperar, os utentes do serviço de urgência são na sua maioria pertencentes ao concelho de Anadia. Dentro deste concelho, a maior freguesia revela também maior índice de utilização destes serviços com 21,4% do total dos inquiridos.

A justificação para a utilização destes serviços por parte dos utentes está triangulada também com o motivo que os trouxe.

Os aspectos relacionados com a estrutura técnica instalada, são o maior motivo para virem a estes serviços e não a outros de maior proximidade das suas casas, como sejam os postos de saúde ou extensões do Centro de Saúde. Os nossos utentes referem o facto de estar aberto durante 24 horas, de sentirem mais confiança e de estarem mais equipados.

As situações de gravidade em saúde estão muitas vezes associadas à necessidade de utilização de procedimentos técnicos e com materiais sofisticados. Para Hesbeen (2001) os utilizadores dão um valor acrescido às potencialidades técnicas dos serviços de saúde – humanas e materiais. Posteriormente a haver uma estabilização da gravidade da situação, começam a desenvolver preocupações com os aspectos relacionais mesmo que estes tenham sido evidenciados durante o aparato técnico.

Em situação de urgência 47,9% dos nossos utentes não se parece preocupar inicialmente com as questões da personalização do atendimento. Só no desenvolvimento do questionário é que estes mesmos utentes apontam dados significativos sobre os aspectos relacionais entre profissionais e utentes, familiares ou pessoas significativas como por exemplo 24,8% dos utentes (a maioria) referem que discordam parcialmente da afirmação: *“Os profissionais dedicam o seu tempo na relação de ajuda com o doente e família”*.

Elhart (1983) aponta para a fraca visibilidade de algumas actividades dos enfermeiros no que se refere ao proporcionar conforto, comunicação e defesa das suas sensibilidades em detrimento de exercícios técnicos com utilização de equipamento sofisticado. Diz-nos ainda que a procura tem determinado precisamente a imagem da tecnicidade associada à competência. Os utentes valorizam inicialmente a destreza técnica seguindo-se os aspectos da relação.

No entanto, se dão valor acrescido à dimensão da relação – com os tópicos da comunicação, acompanhamento, ajuda, entre outros; após a estabilização física, têm referentes anteriores já que 277 utentes não é a primeira vez que vêm a este serviço e 161 apontam mesmo o gosto pessoal.

Outra questão que nos merece alguma reflexão é o facto de 60,1% dos utentes referirem que o Centro de saúde não dá a resposta necessária às suas solicitações. Concordamos que as capacidades instaladas por parte do Centro de Saúde de Anadia e do Hospital José Luciano de Castro são diferentes. E têm de ser diferentes devido às diferentes lógicas de exercício.

Carapinheiro (1998) aponta o hospital como um universo da doença e sempre que alguém tem alteração repentina do seu equilíbrio saúde-doença, utiliza o hospital. Já o mesmo não se verifica a nível dos cuidados primários de saúde que vivenciam a lógica da saúde e de equilíbrios estáveis. O caso dos doentes com patologias crónicas, foge a estes pregaminhos porque se vão dividindo entre a procura dos serviços de urgência para as situações de agudização e, a utilização dos centros de saúde para manter o equilíbrio necessário na sua doença.

Na mesma época, a Direcção Geral da Saúde (Portugal, 1998) tentava disciplinar, a utilização abusiva dos serviços de urgência, com a aplicação das taxas moderadoras. No entanto, os nossos utentes parecem não se preocupar com essas questões, nem tão pouco com os tempos de espera. Apesar de apontarem esta dimensão como uma das que tem de

sofrer fortes melhorias, o facto de não atenderem rapidamente (62,7% dos respondentes no quadro 17) não é motivo para não virem ao serviço de urgência.

Nunes e Rego (2002) definem as prioridades de actuação para o abuso de utilização dos serviços de urgência. A questão da introdução de taxas moderadoras ou o seu aumento não vai implicar a disciplinização da utilização dos serviços de urgência. Em linhas gerais descrevem dois aspectos para rentabilizar as capacidades instaladas em ambos os sectores – primários e diferenciados: a utilização de métodos de triagem nos serviços de urgência e aumentar a disponibilidade dos serviços nos Centros de Saúde oferecendo serviços ajustados ao período de tempo em que estão abertos ao seu público.

A disponibilidade dos serviços de urgência é, para além da capacidade dos recursos técnicos e humanos, uma disponibilidade temporal permanente o que implica maior adesão por parte dos nossos utilizadores.

Ainda com motivo de análise está o facto do Centro de Saúde de Sangalhos – extensão do Centro de Saúde de Anadia, ter um Serviço de Atendimento Permanente a funcionar das 08 horas até às 24 horas e, mesmo assim 28 utentes vieram ao serviço de urgência do HJLC por sua livre vontade. Podemos atribuir ao facto de o SAP de Sangalhos ser um daqueles postos médicos que 182 doentes referiram como não dando resposta. A este caso pode-se juntar também os 20 utentes que pertencem ao concelho da Mealhada e que têm a possibilidade de utilizar um SAP com 24 horas de permanência e, no entanto utilizaram o serviço de urgência alegando precisamente a questão do equipamento e que o posto médico não oferece a resposta adequada.

As relações entre cuidados de saúde primários (representados pelos Centros de Saúde) e cuidados diferenciados (representados pelos Hospitais) são ainda obscuras e de difícil articulação. Nunes e Rego (2002) referem a questão das lógicas de acção. Os primeiros estão preparados quase que em exclusivo para a prestação de cuidados referentes à prevenção da doença e promoção da saúde com adopção de estilos de vida saudável. As segundas instituições, o Hospital tem uma lógica virada para a doença, aguda ou crónica, seu tratamento e estabilização. Os recursos técnicos e humanos têm obviamente de deter diferenças sensíveis. Esta é a mensagem, segundo estes autores, que ainda não passou para a população potencial utilizadora destes serviços. Para eles tem de haver maior informação sobre as disponibilidades destas instituições. É uma alteração de valores culturais que estão em causa e que poderão levar ainda algum tempo. Se por um lado os hospitais triam os

utentes, os centros de saúde devem abrir o leque das informações e começarem a desenvolver cada vez mais os cuidados continuados ou de proximidade.

A questão do tempo de espera também pode ser visível no atendimento do Centro de Saúde. Uma utente refere em outros motivos que a levaram a vir ao serviço de urgência do HJLC, como o de esperar muito no Centro de Saúde. Esta espera não é a espera de ser atendida naquele momento mas sim a espera da disponibilidade do seu médico em atender num determinado dia ou semana.

Actualmente, com a introdução das Unidades de Saúde Familiar (Projecto de Lei do Ministério da Saúde de 2005/2006), prevê-se que o acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde seja mais efectivo por parte dos Centros de Saúde e assim serem uma dimensão que vai contribuir para que o número elevado de pessoas que recorrem aos serviços de urgência, sem necessidade, tenda a diminuir.

Thompson (2003), discrimina algumas causas para que os doentes recorram aos serviços de urgência: a dor e a hemorragia são as primeiras causas. Estas podem resultar de acidentes (viação, agressão, autoinfligidos, trabalho, domésticos) ou doença interna (doenças do foro cardio vascular, digestivas ou respiratórias). No entanto também refere que existem instituições preliminares – cuidados de saúde primários ou pequenos postos de atendimento, que têm capacidade instalada para resolver grande maioria destas situações e encaminhar aquelas a que não podem dar resposta.

Os nossos utentes referem precisamente, serem as situações traumáticas e as de doença interna que mais fazem recorrer aos serviços de urgência. O nosso estudo não abraça a questão de saber qual a gravidade da situação ou se essa mesma situação poderia ser resolvida a jusante em matéria de assistência em saúde – Centro de Saúde.

Serve como reflexão para este caso duas linhas de análise: a primeira prende-se com a sugestão de futuros estudos que avaliem esta dimensão. A segunda tem por missiva que os hospitais adoptem a filosofia de informar em permanência levando os utentes a decidir, perante uma situação de doença, qual o local adequado para irem resolver os seus problemas.

Os doentes têm uma carta que lhes confere direitos inalienáveis. Mas têm também deveres de cidadania no que se refere à utilização dos serviços sociais do estado onde se engloba as instituições hospitalares no geral e os serviços de urgência neste particular.

Parece-nos, nesta área tão sensível, que é possível actualmente, promover melhorias, mudando atitudes e comportamentos no sentido da utilização racional dos recursos disponíveis que, na saúde, são por vezes escassos.

3. Identificação das problemáticas durante o atendimento

“The quality of care is provide by users when them observe how health human resources are making the first approach to them”

Laipala, P. *et al* (2002:60)

Os utilizadores dos serviços de saúde dão aos contextos onde se prestam cuidados uma mais valia de informação quase sempre pertinente e que leva os responsáveis a questionarem-se em permanência sobre este ou aquele aspecto de melhoria. Pode-se mesmo considerar como lei de mercado pois a procura determina a oferta e a sua qualidade.

Os actuais programas de melhoria contínua da qualidade definem-se como um conjunto de actividades integradas e planeadas que se inicia na medição permanente do nível dos cuidados prestados com critérios de: eficiência, efectividade, adequação técnica e científica, aceitabilidade e acessibilidade. Visam estabelecer as necessárias medidas correctoras, ganhos em saúde e satisfação dos utilizadores e profissionais envolvidos.

Este estudo reveste-se de uma importância acrescida já que são os próprios utilizadores a referir que: *“Este estudo parece ser interessante”*; *“Estes estudos deviam ser periódicos”*; *“Este assunto é muito importante para a administração pública”*; *“Vai ajudar a melhorar o atendimento”* – respostas dadas durante o desenvolvimento da Reflexão Falada.

Para Boavista (2000) é precisamente nesta recursividade da componente humana que pode ser avaliado o programa. Em primeira análise a introdução dos critérios implícitos que são expostos pelos profissionais de referência (*gate keepers*). Por critério pode-se entender como um elemento que mede a prática através de consensos e da evidência científica para ser utilizado na avaliação, acesso, implementação e melhoria da qualidade da assistência em matéria de saúde (Donabedian, 1988).

Os critérios explícitos, que são os mensuráveis, baseiam-se em dois grandes grupos: os critérios do cuidado baseado nas relações interpessoais e os critérios de cuidado técnico. Qualquer destes grupos pode ser subdividido pela Tríade de A. Donabedian (Quadro 26) (Donabedian, 1988).

Quadro 26 – Selecção de tópicos a avaliar num programa de melhoria segundo A. Donabedian (1988)

Cuidados técnicos	Relações Interpessoais
<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Estrutura</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Instalações ■ Equipamentos ■ Custos ■ <u>Processo</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de saúde ■ Gestão das práticas ■ <u>Resultados</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Melhoria ou alívio ■ Continuidade de cuidados ■ Diminuição do risco de infecção 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Estrutura</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prestadores associados ■ Treino do <i>staff</i> ■ <u>Processo</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicação ■ Continuidade ■ <u>Resultados</u> <ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfação

Os nossos utentes que responderam ao questionário são informantes privilegiados, daí que as suas opiniões são importantes. Eles identificam um vasto leque de problemáticas enquadradas nos vários níveis de critérios e de dimensões.

É na componente relacional que se notam mais problemáticas. Eles referem que existem défices na comunicação, na utilização da assertividade, na disponibilidade para ouvir e saber ouvir e de uma forma mais consistente, o saber acompanhar em toda a sua plenitude. Para o IQS (2000) a boa prática do atendimento reside no essencial na disponibilidade. Esta disponibilidade não se encontra relacionada unicamente com o tempo a despender mas também para a oferta de si (dos profissionais) para tentar resolver muitas situações que são apresentadas pelos utentes, familiares e conviventes significativos que não se encontram relacionadas unicamente com o acto técnico para tratamento.

Peneff (2003), numa visão muito crítica sobre os comportamentos dos serviços de urgência (aspectos técnicos e humanos), refere que resposta técnica encontra-se ao nível da excelência. Quer pela formação dos recursos humanos quer pela tecnologia de ponta que se encontra disponível nestas unidades hospitalares, a resposta às necessidades em termos de apoio vital aos doentes é considerada de muito boa. No entanto refere que a componente relacional é muito fraca se não muitas vezes inexistente ou adulterada.

Na opinião deste autor, os profissionais ficam insensíveis à relação porque não a desenvolvem. Os doentes estão muitas vezes em situação de perigo de vida pelo que a

maior preocupação é estabilizar o percurso vital. Este procedimento só pode ser feito através da utilização de técnicas diferenciadas e com recurso a instrumentos de elevada complexidade e sofisticação.

Os nossos utentes consideraram também que os comportamentos dos profissionais na relação que estabelecem com o utente, familiar ou convivente significativo determinam a forma como estes vão reagir a tudo o que os rodeia no serviço de urgência. No entanto o contrário já não é verdade. Eles dizem-nos que o seu comportamento não afecta os comportamentos dos profissionais.

Kaplan *et al* (1997) dizem-nos que os comportamentos influenciam e são influenciáveis independentemente da fonte onde são produzidos. Exemplifica até com a utilização de imagens da televisão que podem desencadear emoções de tristeza, raiva ou angústia a pessoas que estejam com uma labilidade emocional bastante estável. Esta assumpção dos nossos doentes prende-se com a sua instabilidade e com o desejo de serem atendidos de uma forma rápida.

A forma de se relacionar encontra-se também nas melhorias da dinâmica e na interacção no sentido de estabelecer uma relação de ajuda que permita atingir um elevado grau de qualidade.

Pensamos que para ser possível obter ganhos em saúde deve existir um sistema articulado, estruturado em processos interrelacionados de acordo com o ideal de que existe um objectivo comum a todos os agentes de saúde, ou seja, a promoção da qualidade de vida dos cidadãos (Nunes e Rego, 2002).

Boykin e Schoenhofer (2001) relatam alguns estudos que levaram os enfermeiros que exerciam funções em unidades diferenciadas como Bloco Operatório, Cuidados Intensivos e Serviços de Emergência a desenvolverem as suas capacidades de relação interpessoal sem deixar de dar importância à componente técnica tão necessária a estes serviços. No início, os enfermeiros demonstravam temores quando mudavam para unidades menos tecnicistas e em que os doentes permaneciam mais tempo internados (medicina interna, dermatologia, neurologia e pneumologia). Apontavam dificuldades na comunicação e em demonstrarem comportamentos assertivos na relação diária.

Na perspectiva dos utilizadores, Peneff (2003) diz-nos que os doentes estabelecem prioridades no atendimento em termos de urgência. A primeira prioridade é salvar a vida ou resolver a crise aguda que o levou ao serviço de urgência. Num segundo momento, os

doentes ou seus familiares lembram-se da forma como foram recebidos no momento da situação de emergência. Não valorizam nesse momento pois estabelecem as necessárias prioridades mas em situação de restabelecimento do equilíbrio fazem comentários sobre o primeiro contacto com o serviço.

Este mesmo autor revela-nos que existe a necessidade de re-inventar uma gestão de recursos humanos para os serviços de urgência. Não fala em falta de recursos mas sim em gestão inadequada. Como uma das especificidades é a de não ter doentes programados, o serviço pode estar vazio e ter uma equipa sobrevalorizada ou ter a mesma equipa a funcionar em situações de surto epidémico. A estes extremos os utentes não são alheios visto que conseguem apontar aspectos de vida interna do serviço que é por eles observado: *“andam de um lado para o outro”*; *“passam a vida a conversar”*; *“tomam café todos ao mesmo tempo e nós ficamos para aqui sozinhos”*.

A disponibilidade que Hesbeen (2001) nos fala, está relacionada com a capacidade que os enfermeiros devem ter para ajuizar (Avaliar/Monitorizar) o seu utente ou familiar, para saber se este se está a sentir satisfeito com o atendimento que lhe está a ser proporcionado a todos os níveis. Para que o utente ou família sinta esta disponibilidade, o enfermeiro terá de ter alguns cuidados – isto não quer dizer que deixe de ser uma pessoa com as suas necessidades individuais até mesmo quando se encontra de serviço, mas tem de ter em atenção que o utente ou familiar se sente desprotegido, abalado, triste, emocionalmente instável por decorrência de uma afecção física.

De acordo com Sá-Chaves (2000:91) *“Quando pensamos que os profissionais de saúde têm de saber de tudo, pensamos bem. A competência é multidimensional e complexa para poder equivaler à própria complexidade das situações que constituem o normal exercício destas profissões”*. No que foi referido na nossa pesquisa conceptual, não há nenhuma intervenção na área da saúde, ou que sobre ela se teça algumas considerações, que não se tenha em atenção as preocupações dos nossos utentes sobre a qualidade da assistência, seja esta numa perspectiva global e genérica, seja nos seus diferentes atributos.

Apesar de sabermos que existe preocupação por parte dos profissionais, na informação a prestar aos utentes, a disparidade é preocupante. Lazure afirma que: *“Toda a relação de ajuda é comunicação mas nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda. No âmbito dos cuidados de saúde, o enfermeiro deve ter a responsabilidade de através de actos e palavras fazer com que a relação do cuidar seja uma relação de ajuda.*

Ao fornecer informação, o enfermeiro reconhece ao utente o direito de ser esclarecido sobre diversos assuntos para que ele possa fazer a sua escolha.” (Lazure, 1994 in Vilaça, 2004:15).

Este deve entender também, que os seus comportamentos podem afectar negativamente a forma como o utente, ou seu convivente significativo, vê o percurso do atendimento.

As problemáticas identificadas a nível da estrutura, apontam para a falta de médicos e em especial de médicos com a valência de pediatria e falta de administrativos. Também na análise que realizámos dum conjunto de 65 reclamações, estas sugerem a colocação de mais profissionais (médicos e enfermeiros) sendo as restantes relacionadas com a substituição de certos profissionais, cuja forma de actuar no serviço de urgência está aquém do que lhes é exigido, nomeadamente na componente do relacionamento humano.

Já em relação ao ambiente apenas se referem ao barulho na sala de espera e no interior do serviço. É importante recordar que a estrutura física é muito recente pelo que o espaço é arejado e onde se privilegia a luminosidade natural sempre que possível. Na análise das reclamações há a referência ao espaço físico desadequado.

Para esta preocupação salientam: *“a sala de espera é muito pequena, devia ser maior por causa da humidade”; “Sente-se a falta de ar condicionado porque há doentes que cheiram mal”; “o sistema de som devia ter um pouco de música porque ajudava a passar o tempo”; deviam tornar as instalações físicas mais adequadas ao atendimento de urgência”.*

Em outro momento os utentes expressam: *“...mas deveria existir uma placa no interior das urgências que as pessoas ao atenderem seu telemóvel deverão sair para fora das urgências visto que é um local (uma sala) de dor e sofrimento dos doentes e não estamos dispostos a ouvir conversa de passatempo, porque não têm respeito pelos que sofrem, por isso é que recorrem às urgências do hospital.”.*

Estes pequenos pormenores dão ênfase a que apesar de existir uma estrutura recente, há ainda condicionantes problemáticas que devem ser tidas em consideração para a melhoria do espaço físico.

Também a acessibilidade ao hospital e serviço de urgência é fundamental. Os nossos utentes referem que os transportes que servem esta unidade hospitalar são inexistentes. Somos conhecedores desta realidade e de facto não existe no momento deste estudo, qualquer tipo de transporte público que sirva o hospital, apesar das *demarches*

apresentadas ao Conselho de Administração que as fez seguir para os serviços municipalizados da cidade de Anadia.

Outra preocupação estrutural é a do transporte dos doentes após o atendimento e que estes referem, que os profissionais não demonstram interesse. Aceita-se, que pelo de facto de se estar encerrado dentro de paredes, muitas vezes não sabem como é que o seu doente vai para casa. No entanto, sempre que o doente expressa a necessidade de ser apoiado em termos de transporte, táxi, ambulância ou outro, é proporcionado o contacto com estas entidades para ajudar o utente a regressar à sua residência. Compreende-se que por vezes, dado o excesso de doentes a serem atendidos, esta actividade, que não consideramos complementar mas sim integrante do atendimento, fica revelada para uma segunda posição.

Sabemos através de Chalifour (1992), Kaplan *et al* (1997) e Traversat *et al* (2003) que o ambiente condiciona e é condicionado pelas pessoas que o ocupam – utentes, familiares e ou pessoas significativas; profissionais de saúde. Daí os nossos respondentes terem apontado para o facto de o ambiente em sala de espera criar um pouco de ansiedade para quem necessita de cuidados de saúde urgentes ou mesmo para quem está à espera dos seus familiares ou de qualquer informação por parte dos profissionais de saúde.

A informação escrita existente na sala de espera é segundo eles escassa. Já a informação oral a dar aos utentes, familiares ou conviventes significativos satisfaz os interesses destes.

No entanto este ultimo dado vai contra o que explicaram nas reclamações efectuadas já que dizem que: *“Informação clínica aos familiares ou utentes é insuficiente ou inexistente”*. Se existe um elevado tempo de espera é natural que os nossos utentes utilizem a informação escrita para ajudar a preencher o tempo.

Benner (1984) já nos referia que existem actividades a que não é dada muita visibilidade ou expressão, quer por parte dos profissionais quer por parte dos utilizadores. Acrescenta ainda que no exercício da enfermagem, os ensinamentos dirigidos são fundamentais para a alteração de comportamentos e atitudes com adopção de estilos de vida mais saudáveis. Apesar de os utentes, em situações de urgência não valorizarem inicialmente esta actividade, toda e qualquer informação que seja dada num determinado caudal e que vá de encontro às verdadeiras necessidades deles, é assumida e lembrada.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) acrescenta que **a informação é uma acção de enfermagem** que se constitui na sua base como actividade independente e por tal deve ser

valorizada e dada a real visibilidade. Como actividade autónoma ela pressupõe um diagnóstico inicial, um planeamento de acções, a sua execução e monitorização posterior – perceber do *feedback*.

Nos quadros 27 e 28 apresentamos esquemas simplificados das problemáticas identificadas pelos nossos utentes, conviventes significativos ou familiares a nível das três dimensões de A. Donabedian (1988): estrutura, processo e resultado, quer nas relações interpessoais, quer no desenvolvimentos dos cuidados técnicos.

A falta de informação durante o atendimento pode ser apenas um caso potencializado pelo excesso de utilização dos serviços de urgência que detém escassos recursos humanos. No entanto os enfermeiros têm descrito nas suas normas de actuação internas que devem prestar informações em permanência, porque sabem que o facto de um doente ou familiar se encontrar informado, sente-se com apoio e diminui grandemente o nível de ansiedade e a labilidade emocional sempre presente nestes serviços hospitalares.

Quadro 27 – Esquematização por níveis das problemáticas identificadas pelos utentes nas relações interpessoais

Problemáticas identificadas nas relações interpessoais	
A nível da estrutura	Falta de administrativos Falta de informação na sala de espera
A nível do processo	Demora no atendimento Falta de informação durante o atendimento
A nível dos resultados	Demora no atendimento Os comportamentos dos intervenientes influenciam e são influenciáveis O ambiente influencia o comportamento dos utentes Falta de disponibilidade dos profissionais para a relação de ajuda

Phaneuf (1995) descreve a necessidade de se efectuar um acompanhamento sistemático dos clientes dos serviços de saúde. Este acompanhamento, segundo a autora, provoca

reações dos utilizadores no sentido de aderirem com mais facilidade ao processo de cuidar, participam no planeamento conjunto dos cuidados em matéria de saúde e declaram a continuidade de cuidados em termos de proximidade. Para além destas dimensões refere também a questão de segurança e confiança em quem cuida, que fica como elo de referência para posteriores situações.

Preocupa-nos o que os utentes pensam em termos do relacionamento que é estabelecido entre os profissionais e doentes, familiares ou conviventes significativos. Na análise das reclamações já tinham identificado áreas como: “*Falta de cortesia/ desrespeito no trato interpessoal*”. Maioritariamente responderam no questionário que os profissionais que os atenderam não foram prestáveis, o atendimento foi fraco e com indiferença (Quadro 22) e não tiveram calma, demonstraram agressividade e indiferença (Quadro 21). No entanto as dimensões respeito, educação, privacidade e dignidade foram defendidas pelos profissionais no dizer dos utentes (Quadro 19). Estes dados negativos contrapõem-se com alguns outros que são expressos na análise da questão aberta (Anexo 6) e que referem por exemplo: “*...óptimos profissionais e muito humanos*”; “*...caloroso e simpático*”; “*...hospital equipado com bom pessoal...*”.

Outras expressões apontam para comportamentos menos próprios por parte dos profissionais de saúde: “*...ela não tem educação nenhuma*”; “*...podiam às vezes ter mais compreensão...*”; “*...e ela não me deu grande atenção e carinho*”; “*Limitou-se antipaticamente a dizer que esperasse*”.

Esta falta de disponibilidade dos profissionais para a relação de ajuda, que é uma dimensão estruturante dos cuidados em matéria de assistência de saúde num serviço de urgência é muito preocupante.

Para Lazure, viver a relação de ajuda implica estabelecer e manter essa relação com uma disponibilidade congruente com: o respeito, a empatia, a clarificação e a ajuda. Os nossos utentes referem que foram tratados de igual para igual.

Esta disponibilidade salientada por Lazure (1994), deve estar interligada com os aspectos da comunicação que estabelecemos com o utente, familiar ou pessoa significativa. No quadro 24 apresentaram-se alguns dados referentes ao facto de não terem percebido as informações que foram dadas e acrescentam que o motivo foi, entre outros, o facto de usarem muitos termos técnicos, falarem ao mesmo tempo para outros e ao telefone.

Neto *et al* (2002), num estudo sobre o grau de satisfação do utente relativamente ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência de um hospital do norte de Portugal, revela que a opinião dos utentes é por vezes contraditória: tanto aponta para situações de relacionamento ineficaz através de comunicações impróprias e inconsequentes, como identifica áreas em que os enfermeiros são profissionais de elevado desenvolvimento da componente relacional com impacto positivo em matéria de assistência em saúde.

Tanto no quadro 27 como no quadro 28, a demora no atendimento é uma problemática identificada a nível do processo que influencia as dinâmicas relacionais no atendimento e os cuidados técnicos que são prestados ao utente do serviço de urgência.

Assim é de realçar que todos estes resultados vão de encontro com as pesquisas efectuadas sobre a demora no atendimento hospitalar que apontam para a grande falha do sistema de saúde.

Quadro 28 – Esquematização por níveis das problemáticas identificadas pelos utentes nos cuidados técnicos

Problemáticas identificadas nos cuidados técnicos	
A nível da estrutura	Falta de médicos Falta de transportes públicos Ambiente da sala de espera Cuidados diferenciados Falta de triagem Disponibilidade da imagiologia
A nível do processo	Demora no atendimento Cuidados diferenciados
A nível dos resultados	As questões da qualidade são visualizadas de forma diferente nos vários sectores profissionais

Em estudos desde 1996, o Grupo Português de Triagem (1997), refere que os serviços de urgência hospitalares em muitas partes do mundo se confrontam com um elevado número de doentes que apresentam uma vasta e diversificada gama de problemas. Sendo um direito

que lhes assiste, todos devem ser atendidos. A sobrecarga de trabalho destes serviços tão específicos varia de hora a hora pelo que não é possível determinar com precisão a necessidade de recursos humanos em permanência.

Este grupo de trabalho refere ainda que é o tempo de espera que determina um outro conjunto de factores que podem influenciar a forma como os doentes são atendidos que vai desde a recusa ao atendimento à adopção de comportamentos agressivos, quer por parte dos doentes, maioritariamente, quer por parte dos profissionais, em casos algo isolados.

Em primeiro lugar podemos dizer que a nossa população está na vida activa – no quadro 11 verificámos que a média de idades vai desde os 18 aos 45 anos. A situação do emprego pode ser susceptível de criar preocupações e o que é demonstrado pelo senso comum de “*não perder tempo*”, tem aqui mais ênfase.

Apesar de não ter sido estudado o dado clínico mais profundo sobre se era uma situação de verdadeira urgência ou não, fica-nos a opinião de Nunes e Rego (2002) que referem que o utente tem o direito de ser atendido sempre, nos serviços de urgência, independentemente de ser uma situação clínica de urgência ou não. Cabe aos responsáveis institucionais o de encontrarem alternativas para orientar este utente e estabelecer a prioridade em relação a outros.

No quadro 15 apresentamos apenas o motivo expresso pelo doente sobre o que o levou a utilizar estes serviços e 192 utentes identificam situações de doença interna. Os utentes parecem estar preparados para esperar já que no quadro 17 exprimem que outro motivo que o levou a este serviço não foi o facto de atenderem rapidamente.

A distribuição do número de reclamações por nós estudadas e relacionadas com a categoria de organização e gestão na área do funcionamento e acessibilidade sugerem precisamente que é o tempo de espera que determina todo o processo de reclamação apresentado pelos utentes.

Expressões como: “*Não deviam fazer esperar tanto os doentes. Principalmente os que estão cheios de dor*”; “*O atendimento nas urgências devia ser mais rápido*”; “*O que interessa ser atenciosos se passamos cá um dia inteiro para levar uma receita*”; fazem parte de um conjunto de 98 unidades de registo identificadas na análise de conteúdo da pergunta aberta e que foi o maior número encontrado.

Existem estudos sobre o atendimento nos serviços hospitalares que destacam nomeadamente os tempos de espera dos utentes nas unidades de urgência.

Neto *et al* (2002) afirma que os utentes apesar de satisfeitos com a forma como são atendidos pelos enfermeiros, reclamam a necessidade de diminuir os tempos de espera que são inoportunos para as suas actividades de vida diária.

Já em relação a outros profissionais os nossos utentes são mais claros e atribuem o tempo de espera a uma má gestão das actividades dos profissionais, como por exemplo: “*Os médicos podiam às vezes ter mais compreensão com os utentes e vi-los atender em vez de estar a tomar café ou na conversa. Podem ter uma pausa mas não muito demorada.*”

4. A melhoria dos processos de atendimento no serviço de urgência

Os programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde assentam num conjunto de pressupostos que são definidos pelos gestores das unidades com a participação activa dos profissionais e, pelas referências encontradas junto dos utilizadores dos serviços. Através dos sistemas de informação podemos recolher um vasto leque de dados sobre o impacto da estrutura, do processo e dos resultados a nível dos ganhos em saúde para as populações.

Nunes e Rego (2002) apontam para que as políticas de prestação de cuidados de saúde de proximidade tenham por base o grau de qualidade da demanda desses mesmos cuidados. Essa demanda é sentida em especial nos serviços “de porta” das várias instituições de saúde – unidades de urgência, serviço de imagiologia e de meios complementares de diagnóstico e consulta externa.

Os nossos utilizadores *parecem* apresentar satisfação pelos serviços prestados no serviço de urgência – “*...senti-me satisfeito (a) com o atendimento a que fui submetido (a)*”; os profissionais que atenderam “*...mostraram-se compreensivos*”; “*Acho que este hospital tem melhorado significativamente em relação à evolução de outros que conheço*”.

O nível de eficácia do atendimento no serviço de urgência é de “*eficaz*” para 186 utentes (61,4%) o que não deixa de ser motivo de orgulho para quem exerce as suas funções nesta unidade.

No entanto o que nos preocupa é a vertente negativa das respostas dos nossos utentes, familiares ou pessoas significativas que consideram “*pouco eficaz*” (30,0%) e “*nada eficaz*” (3,3%), enquanto apenas 16 pessoas responderam “*muito eficaz*”.

Já anteriormente afirmámos que os resultados ou benefícios realmente obtidos são decorrentes da utilização dos serviços e da prestação de cuidados, em condições normais de desempenho (“*a capacidade de fazer*”). Esta capacidade instalada está presente, ou seja em termos de recursos humanos, materiais e de equipamentos. Por isso estes resultados do nível de eficácia podem estar muito além do desejado, quer pelos utilizadores que o expressaram, quer pelos gestores que desejam eficiência e efectividade nos resultados.

Num estudo que se encontra a decorrer no Hospital José Luciano de Castro, desde Janeiro de 2005, com vista a obter o grau de satisfação dos utentes pelo conjunto dos serviços prestados, este tem estado a nível dos 0,896 o que considerado pelos investigadores de muito bom. No entanto, em algumas variáveis, nomeadamente o atendimento (geral) é mais baixo (0,789) o que tem vindo a fazer pensar em estratégias de melhoria por parte do Conselho de Administração.

A acrescentar a estes dados podemos voltar a analisar a palavra que sublinhámos no início de um parágrafo anterior: “*parecem*”.

Apesar de não traduzir uma verdadeira aceção científica, se juntarmos as expressões condicionadas dos nossos respondentes apercebemo-nos do seu significado: “*...mas...*”; “*...no entanto...*”; “*...porém...*”; “*...deviam...*”. Ou seja, apesar de atribuírem um nível de “*Eficaz*”, apresentam ainda outras condicionantes que se trabalhadas poderiam melhorar: “*...porém quando acompanho um familiar o atendimento e a prestação de serviços tem sido eficaz*”; “*...Deviam ver se os doentes eram bem atendidos...*”; “*...Não acredito que aquilo que eu diga vá melhorar o atendimento*”.

A relação é o espaço privilegiado do encontro entre o utente, familiar ou pessoa significativa. Podemos considerar um desiderato que este encontro é precisamente o espaço criado pelo atendimento nos serviços de saúde.

A relação interpessoal no atendimento é determinante para a qualidade dos cuidados em matéria de assistência em saúde. Como refere Collière (1989:152) sobre este momento de encontro no atendimento: “*...torna o eixo dos cuidados, no sentido que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico*”.

Os recursos humanos constituem o factor de desenvolvimento por excelência dos hospitais. Com a ajuda de meios materiais e técnicos, aos recursos humanos compete o desempenho da sua missão principal – a prestação de cuidados de saúde à população servida através de um atendimento personalizado e global.

As instituições hospitalares enfrentam inúmeras dificuldades no que diz respeito à optimização do seu pessoal, em muitos casos com reflexos na prestação de cuidados e com perdas de qualidade relevantes (Rodrigues, M.; Pereira, A. M. S. E Barroso, T. 2005).

Assim, MISSÃO, VISÃO, VALORES/COMPORTAMENTOS são preceitos que surgem reflectindo sobre o exercício e a prática dos profissionais de saúde.

Os Serviços de Urgência adoptam os seguintes princípios orientadores: prestação de cuidados de saúde na área da urgência/emergência a todos os utentes do SNS, sub-sistemas e particulares provenientes maioritariamente dos concelhos ou áreas de abrangência; Tornar o Serviço de Urgência numa referência regional de Qualidade Total (humana, técnica, científica e relacional), na prestação de cuidados de saúde urgentes/emergentes.

São os nossos utentes e seus familiares que apresentam possíveis soluções de melhoria para a qualidade dos cuidados prestados em ambiente de urgência. Na vertente da relação humana, colocam sempre a necessidade de mais e melhores recursos humanos.

Quando efectuámos a análise de conteúdo às reclamações – capítulo 2.1.; os utentes reclamavam e sugeriam a colocação de mais profissionais (médicos e enfermeiros).

No quadro 20 apontam para a necessidade de “...*existir mais pessoal qualificado para o atendimento em serviço de urgência*”. Outro aspecto identificado é a necessidade de existir um médico pediatra em permanência “...*para as crianças não serem atendidas pelo mesmo médico dos velhinhos*”.

Uma das vertentes mais salientada pelos nossos interlocutores foi a da relação que é estabelecida entre o profissional que atende e o utente, familiar ou convivente significativo. Apesar de nos informarem, que de uma forma generalizada e retirando alguma pontualidade de factos ocorridos, existe compreensão pelo utente, a relação é humana, interagem de forma saudável e explícita, há ainda possibilidades de melhoria, nomeadamente aquelas que vão ao encontro da Carta de Direitos e Deveres do Doente : Necessidade de dar mais informações durante a permanência do doente na unidade; explicar os procedimentos que vão ser realizados para adesão terapêutica; dedicar mais tempo à relação de ajuda e ter mais disponibilidade para o atendimento (quadro 19).

Como comenta Lazure (1994), a disponibilidade é uma estratégia de acompanhamento do cuidar do doente e do seu espaço socio-familiar envolvido. Este autor desenvolve as questões do toque, do olhar e de todas as componentes da comunicação verbal. O profissional de saúde tem de desenvolver a relação de ajuda como um pressuposto válido e visível da sua actividade profissional. Os nossos utentes referem: “...*devem ser mais humanos*”; “...*olhem mais para as pessoas*”; “...*Penso que essencialmente deve ser cada profissional a melhorar a sua forma de relacionamento com o utente, de modo que este tenha plena confiança*; “...*devem melhorar o ensino aos doentes e familiares para prevenir outras situações*”.

Quando os nossos utentes referem que “...*mas tem de ser uma pessoa com capacidades técnicas e humanas*” e “...*mas é bom que todo o funcionamento hospitalar seja feito com grande capacidade técnica mas também humana*” e atendendo ao facto de não terem apontado em qualquer momento, alguma falha ou necessidade de melhoria nas competências técnicas, fica sugerido que os desenvolvimentos de melhoria se centram nas competências relacionais.

O cuidar como paradigma encontra-se alicerçado em torno do desenvolvimento de competências de assistência, centradas nas diversas dimensões presentes na realidade humana. Para além da necessidade de formação específica, exige ainda o desenvolvimento das capacidades de ligação com o outro (Boykin e Schoenhofer, 2001). Essa ligação com o outro, que poderemos traduzir no relacionamento pessoal e interpessoal, fica um pouco aquém das nossas expectativas quando percebido enquanto área de investimento nos processos de formação.

A supervisão enquanto medida de orientação e ajuda é fundamental e como nos diz Alarcão (2001:45) “*A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, séria e envolvente...de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro...*”.

Para esta melhoria os nossos utentes e coinventes significativos sugerem as estratégias formativas (quadro 20): *deve existir mais pessoal qualificado para o atendimento em serviço de urgência (80,9%); deve existir sempre alguém mais habilitado para orientar a equipa que atende os doentes e família (65,4%); os profissionais devem fazer um curso de atendimento ao público para nos orientarem (57,1%)*.

A formação profissional não é apanágio do ambiente académico. Ela percorre toda a vida daquele que se envolve no desenvolvimento de uma determinada actividade de vida profissional. Os profissionais têm de estar conscientes que a sua formação passa por várias etapas sendo uma delas a de se auto-implicarem em processos formativos em contexto de trabalho (Canário, 1999).

Soares (2004), ao desenvolver um estudo sobre o desenvolvimento profissional dos enfermeiros em contexto de trabalho diz-nos que: *“A perspectiva de autoformação é fundamental para os processos de transformação pessoal e profissional, sendo para isso relevantes a motivação e o reconhecimento por parte da instituição. Grande parte dos contributos da organização nesta matéria podem emergir de momentos informais ou não formais: momentos de passagem de turno, reuniões de serviço (ou outras), reflexões sobre as práticas ou participação em grupos diversos de trabalho. O investimento dos líderes ou do próprio colectivo “é fundamental”, pois é necessário existir alguém que assuma o papel dinamizador.”*(*ibidem*:180).

Também Abreu (2003) nos informa sobre a recursividade da prática clínica como campo formativo por excelência. Esta é predominantemente alicerçada no desenvolvimento de uma prática reflexiva que constitui no profissional ou futuro profissional as competências necessárias para o desempenho na área da relação com o outro, neste caso, com o utente, familiar e convivente significativo.

Caberá ao líder da equipa, utilizando as estratégias supervisivas de comunicação, observação, reflexão e avaliação, prosseguir com que os elementos desta possam, num vasto leque de momentos, reflectirem sobre a sua prática no que concerne ao atendimento do utente no serviço de urgência. Esta actividade vai-se reflectir na qualidade desta relação com impacto notório em termos de ganhos em saúde.

Os processos de formação, estão articulados com os desenvolvimentos profissionais. Pode-se encarar o enfermeiro, como o elemento fundamental para os processos de autoformação dos pares, uma vez que motiva, re-dimensiona a formação colectiva e promove a mudança. Existe uma complementariedade entre a falta de pessoal técnico e o tempo de espera. Para os nossos utentes, se a capacidade instalada em termos de recursos humanos fosse aumentada, os tempos de espera no atendimento eram diminuídos.

Outra forma de melhorar os tempos de espera sugerida pelos nossos interlocutores era que os profissionais mostrassem mais disponibilidade efectiva para o atendimento sabendo

gerir adequadamente os tempos de espera: *“Os médicos podiam às vezes ter mais compreensão com os utentes e vi-los atender em vez de estar a tomar café ou na conversa. Podem ter uma pausa mas não muito demorada.”*.

Finalmente e de uma forma bem consistente, os nossos utentes apontam a estratégia da triagem como forma de não só melhorar o tempo de espera assim como estabelecer prioridades no atendimento: *“Penso que a triagem dos doentes é um aspecto essencial num serviço de urgência. Tenho conhecimento que irá ser implementada, só espero que acertem em quem colocam a fazê-la.”*; *“Na sala de espera devia haver informação electrónica do nº. de doente que está a ser atendido. Casos urgentes deviam ser assinalados noutra sistema electrónico.”*.

Como resultado do nosso trabalho existiu a necessidade de introduzir, num local de tanta afluência como é o serviço de urgência, estratégias de monitorização de tempos de espera e de estabelecimento de prioridades dado o vasto leque de doentes com diversas situações clínicas e com diferentes graus de gravidade.

Em termos gerais, um método de triagem pode fornecer ao profissional (enfermeiro e/ou médico) não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica. O Grupo Português de Triagem (1997) decidiu que o objectivo da metodologia de triagem devia ser concebida por forma a atribuir uma prioridade clínica. Esta decisão baseou-se em três grandes princípios: a “observação” de triagem num serviço de urgência é facilitar a gestão clínica de doentes e ao mesmo tempo facilitar a gestão da própria unidade. Segundo é que o termo “observação” não visa a obtenção de um diagnóstico exacto. E finalmente é que o diagnóstico não está ligado à prioridade clínica. A prioridade reflecte um número de aspectos de uma condição particular apresentada pelo doente.

Esta “**observação**” tem as características de ser utilizada como estratégia supervisiva, que vê o utente num todo e com as condicionantes de estar só num mundo que desconhece.

A tomada de decisão é a dimensão mais importante em todo o processo de triagem de doentes em urgência. Ela é parte integrante da prática clínica. Uma sólida avaliação clínica de um doente requer capacidades reflexivas de intuição, saber ouvir o doente e saber fazer com que o doente seja o mais esclarecido possível através da interpretação dos dados que vai apresentando, da discriminação dos mesmos até à tomada de decisão e atribuição de um grau de prioridade e respectivo tempo de espera alvo.

A prioridade clínica dos doentes é um dos marcadores dos variados casos que se encontram no nosso serviço. É bastante atractiva como base para contractos de qualidade e pode ser usada também como base para a contratação financeira.

A primeira abordagem ao doente é sempre feita por um técnico de saúde e deixa de ser feita pelo administrativo, que realiza a inscrição no sistema informático. O doente passa a ficar acompanhado na sala de espera por um enfermeiro. Esta imagem vai de encontro a uma necessidade expressa pelos doentes que referiram positivamente no questionário (quadro 20): *“É preferível ter sempre um enfermeiro para recorrer caso precise”*- (67,7%). Em termos gerais e muito implícito, as reclamações sobre o tempo de espera foram diminuindo gradualmente. Existe mais uniformidade de critérios levando a maior satisfação profissional. Tornou-se um processo mais transparente para os utilizadores que verificam da sua própria prioridade para serem atendidos.

Outra dimensão que os nossos utentes, conviventes significativos e famílias apontam como possíveis alvos de melhoria é o ambiente. Apesar de ser uma estrutura física recente e com equipamento técnico actualizado, existem aspectos que se apresentam como potenciais inibidores de um atendimento global e com qualidade no conforto. Nas reclamações analisadas referem que: *“...a sala de espera é muito pequena, devia ser maior por causa da humidade”*; *“Sente-se a falta de ar condicionado porque há doentes que cheiram mal”*; *“o sistema de som devia ter um pouco de música porque ajudava a passar o tempo”*. Por outro lado apontam também o excesso de barulho e que pedem contenção por parte dos profissionais. Referem ainda a necessidade de haver mais informação na sala de espera. Referem que: *“Deviam tornar as instalações físicas mais adequadas ao atendimento do serviço de urgência”*. E relacionado com o transporte manifestam a ideia de melhorar os transportes públicos para o hospital, que são até esta altura são quase inexistentes.

Neeb (1997) afirma que a adesão a qualquer cuidado de saúde também é promovida pela criação de espaços físicos que revelem não só o conforto físico como também a estabilidade da labilidade emocional.

Quadro 29 – Esquematização por níveis das expectativas dos utentes para a melhoria nas relações interpessoais

Expectativas para a melhoria nas relações interpessoais	
A nível da estrutura	Melhor ambiente Mais profissionais Maior qualificação profissional
A nível do processo	Mais rapidez no atendimento
A nível dos resultados	Maior habilidade relacional

A gestão da unidade (enfermeira chefe e director clínico) em particular e os gestores de topo (Conselho de Administração) devem ter em atenção esta mais valia que é a informação prestada pelos utentes dentro do vasto processo de atendimento.

Os nossos utentes não declaram planos de melhoria nas componentes técnicas e científicas pelo que apresentamos apenas o quadro 30 com a esquematização aos três níveis da qualidade, para a melhoria das relações interpessoais.

Pensamos que urge utilizar o discurso implementado nesta análise para fazer um processo de reflexão contínua sobre as práticas no atendimento no serviço de urgência, suas mais valias e suas dificuldades que permitam a consciencialização de todos os envolvidos para a melhoria necessária que traga os claros benefícios como a satisfação do utente e convivente significativo e do profissional que cuida.

CAPÍTULO VII - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

“A lógica profunda da ciência pressupõe não somente que a sua verdade é uma tentativa mais do que um absoluto, mas também que ela produz resultados que não podem ter outro estatuto senão o de ensaio. Não se pode jamais demonstrar a verdade absoluta de um resultado.

Pardal, L.; Correia, E. (1995:117)

Os processos investigativos, nomeadamente os que são desenvolvidos na área das ciências da saúde, quase nunca apontam respostas com elevado grau de definição, concretização ou mesmo objectividade. No entanto não retirando a sua fiabilidade, as respostas às questões objecto de reflexão, dão valiosos contributos para a compreensão dos fenómenos que lhes são inerentes e servindo de plataforma para outras intervenções investigativas.

Tratando-se de um estudo de caso, na perspectiva de Yin (1984), numa unidade muito específica e com características únicas e irrepitíveis, teve a autora um conjunto diversificado de informações que importou interrelacionar com os aspectos teóricos evidenciados.

1. Principais conclusões

Neste capítulo é nosso objectivo propor um resumo reflexivo sobre os caminhos e as nossas opções no processo investigativo. Daí a reflexão sobre a nossa fundamentação teórica, a opção metodológica, os processos de análise e as conclusões.

Nesta última parte, propomos ainda um sublinhar específico para as limitações e sugestões para próximas intervenções na área do atendimento de utentes em serviço de urgência, ou matérias similares. Evitando especular sem fundamento sobre os resultados, damos também contributos para novas investigações ou mesmo refinamentos da presente.

Pensamos ser proveitoso realizarmos uma breve alucção destes resultados, procurando realçar aspectos mais significativos, através de confronto com outras conclusões em diferentes discursos.

Concluída a análise das várias dimensões, impõe-se uma reflexão do caminho percorrido e uma visão retrospectiva das linhas orientadoras do procedimento. Também se oferecem alguns contributos para o conhecimento daqui originados (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Assim, importa reflectir sobre possíveis condicionantes do atendimento de utentes, famílias e/ou pessoas significativas em serviço de urgência hospitalar. O cuidar é uma área abrangente e transversal às necessidades dos utentes. É também uma actividade tão central e sensível a todo o ser humano, despertando um saber que permita ao cuidador dirigir o processo de atendimento para um processo de cuidar global (Hesbeen, 2001).

A principal motivação, que nos levou a desenvolver o estudo vai de encontro também às expectativas dos próprios utentes, que foram salientando a importância desta investigação incluindo que os seus resultados se tornassem públicos.

O nosso estudo em síntese

O caminho percorrido iniciou-se com um aglomerar de preocupações implícitas de quem vivencia, no contexto, a problemática actual do atendimento dos utentes que ocorrem ao serviço de urgência.

O envolvimento por nós estabelecido com o contexto e a proximidade afectiva com o mesmo, poderia ter-se tornado constrangedora. Tal não aconteceu devido ao facto da investigadora ter assumido, com coerência, o distanciamento sempre necessário em matéria de investigação.

Este contexto, Hospital José Luciano de Castro de Anadia, desde 2001 que se encontra a desenvolver um projecto de acreditação de qualidade em parceria com o Instituto da Qualidade em Saúde e recurso a auditorias do *Kings Fund Health Quality Service* do Reino Unido. Este projecto de trabalho, fixa os seus objectivos no levantamento das necessidades de melhoria e implementação de programas para desenvolver a qualidade da assistência. Coloca ênfase, quer nos aspectos estruturais – existência de procedimentos escritos e sistema de informação; no processo – referência constante ao relacionamento entre utente e profissional, e nos resultados – qualidade e segurança em matéria de assistência de saúde e satisfação dos utilizadores e profissionais envolvidos.

Após análise conceptual e tendo como referência os achados empíricos, a autora propõe-se a identificar atendimento no serviço de urgência como: “*um processo dinâmico de*

interacções e relações múltiplas que se estabelece entre o utente ou convivente significativo e o profissional de saúde com vista a satisfazer as necessidades em matéria de saúde com qualidade”.

Refinando um pouco o nosso estudo e tendo já um distanciamento necessário, conseguimos aperceber de algumas limitações que estão presentes. Apesar de existirem já alguns estudos que abordam a temática da satisfação dos utentes dos serviços de saúde e em que se enquadra todo o processo de atendimento como referência máxima, seria interessante cruzar mais informação relativa a outros contextos que não se encontram divulgados publicamente. Estamos certos da sua utilidade em termos de definição alargada de procedimentos específicos em matéria de atendimento no serviço de urgência com as necessárias adaptações às especificidades dos locais.

O estudo realizado por nós envolveu uma parte da população que utiliza o serviço de urgência. No entanto não podemos inferir para toda ela. Achemos que a dimensão temporal desta pesquisa limitou este aspecto mas estávamos condicionados academicamente. Os resultados que se apontam não deixam de ser motivo de reflexão e são já valiosos contributos para algumas mudanças na própria unidade hospitalar.

Outro aspecto que consideramos crítico é a existência de um conjunto múltiplo de dimensões que se interligam no processo de atendimento e que a limitação temporal pode ter feito com que a sua análise foi somente superficial.

As pesquisas, para além das propostas de resolução de um conjunto de problemas identificados à partida, tecem também algumas sugestões para futuras investigações neste campo. Estivemos direccionados para a perspectiva do utente, familiar ou convivente significativo sobre o atendimento que lhes é proporcionado no serviço de urgência. Com outra metodologia seria interessante saber o que pensa o profissional, que exerce as suas funções no serviço de urgência, sobre alguns aspectos da temática “*atendimento*”. A triangulação de informações poderia trazer outros achados que estamos certos dariam maior contributo às dinâmicas do atendimento com vista à qualidade global.

Na nossa proposta investigativa foram identificadas um conjunto de interrogações que gostaríamos de ver respondidas. Utilizando uma estratégia reflexiva seguem-se as respostas que foram desenvolvidas e estruturadas ao longo de toda a investigação realizada.

✂ Como é que os utentes, família ou pessoa significativa vêem o atendimento que lhes é proporcionado no serviço de urgência?

Perante esta questão somos levados a afirmar que apesar de se observar um nível de eficácia elevado, existe ainda muito trabalho a desenvolver, no sentido de melhorar os padrões de qualidade envolvidos.

O atendimento é por vezes sentido como um acto meramente mecânico, muito arreigado a processos técnicos, desprovido de conteúdos humanistas e personalização do acto de prestação de cuidados em matéria de assistência em saúde e existem momentos em que a relação de ajuda é limitada por vários factores de constrangimento dos quais destacam os processos comunicativos como ineficazes.

Mesmo assim existe um grupo de utentes que valoriza precisamente a relação de ajuda que é demonstrada pelos profissionais que trabalham no serviço de urgência e chegam a destacar precisamente os enfermeiros. Esta dicotomia ou oposto de resultados assenta na diversidade da população que é servida por esta unidade de urgência hospitalar. Consideram que os profissionais estão preocupados com a qualidade do atendimento, mostrando-se compreensivos, relacionando-se de igual para igual, estabelecendo uma relação biunívoca e equitativa em termos de valores de respeito e altruísmo.

Muitos utentes sentiram-se satisfeitos com o atendimento que lhes foi proporcionado. No entanto este grau de satisfação fica muito além do nível de excelência a que o nosso utente tem direito. Outros referem um grau de insatisfação. Se por um lado os primeiros já são motivo de reflexão, a existência destes segundos dados acresce maior preocupação. Não existe um investimento a curto prazo para melhorar todo o processo de atendimento garantindo a assistência global em saúde desde o primeiro contacto com o hospital no geral e com o serviço em particular.

✂ Quais os aspectos mais problemáticos, identificados pelos utentes, família ou pessoa significativa em matéria de atendimento no serviço de urgência?

Apesar de ser uma unidade hospitalar onde a recursividade técnica é extremamente visível, é nas competências relacionais que os nossos actores, utentes, conviventes significativos, identificam um conjunto visível de aspectos para melhorar.

Os nossos utentes reclamam aspectos fundamentais que fazem parte de um conjunto de procedimentos que se encontram estatualizados e normalizados em manuais, normas, protocolos e na própria legislação que define as actuações profissionais. O seu não cumprimento é motivo de uma análise profunda.

Referem os tempos de espera, como dimensão estruturante da ineficácia de todo o processo de atendimento. Exemplificam, que o tempo de espera é por vezes associado a uma má gestão dos tempos das actividades dos vários profissionais.

Alguns profissionais não detêm as competências técnicas e relacionais necessárias, para exercer a sua actividade num sector de saúde, com tantas especificidades como o serviço de urgência. Apontam essencialmente a falta de formação nas áreas de atendimento e de relacionamento interpessoal, que leva a falhas de comunicação em todo o processo de atendimento.

Apesar de visualizarem um serviço que teve mudanças da sua estrutura física, os nossos utentes acham que ainda existem aspectos menos bons numa perspectiva de qualidade global. Ressalvam como aspectos negativos o barulho na sala de espera e nos corredores; as salas de espera são por vezes pequenas para a quantidade de doentes e familiares e conviventes significativos que as utilizam e em determinados dias nota-se um ambiente com humidade e odores resultantes da presença muitas pessoas em espaço fechado.

Em termos de acessibilidade, referem a falta de transportes públicos e a não preocupação com o transporte individual do doente, após alta dos serviços por parte dos profissionais. Ainda salientam, que no ambiente há falta de informação desde a sinalética adequada até aos simples panfletos informativos, para possibilitar a adopção de estilos de vida saudável.

⌘ Que expectativas têm os doentes, família ou pessoa significativa em matéria de atendimento com vista à qualidade global da assistência?

Já anteriormente utilizámos a expressão “a qualidade é transversal aos nossos quotidianos”. Esta expressão tem mais sentido se fôr pensada individualmente. Todos nós procuramos a qualidade quer de bens quer de serviços. Longe vão os tempos em que o utente dos serviços de saúde era um utilizador passivo. Dadas as circunstâncias das mudanças operadas, estes tornaram-se activos e participativos em mecanismos de mudança das instituições produtoras de serviços com vista à satisfação em matéria de assistência em saúde.

Os nossos utentes têm direitos que lhes são inalienáveis. Eles esperam que os profissionais de saúde, que os atendem no serviço de urgência, tenham atitudes que demonstrem sensibilidade no acto de atender com respeito, que sejam vistos como pessoas doentes, mas não como uma situação clínica. Preferem o tratamento pelo seu nome próprio, olhando o utente, sempre que a este se dirige e que manifestem interesse pelas expressões dos utentes. É dos seus desejos também, que haja respeito pela sua dignidade e privacidade para que o acto de atendimento seja um acto de mais humanidade e com a qualidade que lhe é devida. O serviço de urgência é sem dúvida uma unidade do hospital com algumas características emblemáticas como sejam um lugar de fortes emoções, traçadas pelas situações bruscas e de sofrimento agudo que podem acontecer ao comum dos mortais. Estas emoções também se reflectem nos profissionais que lá exercem a sua actividade, que desenvolvem as suas através da visualização do sofrer do “outro” e com muitas vezes as incapacidades em poder resolver, dadas as condicionantes clínicas do doente ou dos constrangimentos da própria instituição. No entanto, estas características tão peculiares destes serviços não pode ser motivo de desculpa para não satisfazer os mais elementares direitos do utente em matéria de assistência em saúde.

Na área do atendimento, uma das expectativas dos nossos utentes é que seja feita uma triagem para o estabelecimento de prioridades pois são muitas vezes esses utentes a priorizarem o seu atendimento em relação aos outros. Neste sentido faz toda a lógica que seja a instituição em agarrar essa prerrogativa e desenvolva essa estratégia.

✂ *Quais as dimensões que são valorizadas no atendimento no serviço de urgência do utente, família ou pessoa significativa?*

Se tivermos por domínio principal a tríade de A. Donabedian, podemos referir que as introduções de melhoria no atendimento do serviço de urgência podem ser atribuídas às três dimensões da qualidade: ao nível da estrutura, ao nível do processo e ao nível dos resultados.

Os aspectos mais valorizados no atendimento no serviço de urgência são os processos comunicativos, a gestão do tempo de espera e as estruturas ambientais.

A nível da estrutura, os nossos utentes atribuem significativo relevo aos aspectos da comunicação não verbal, nomeadamente no que respeita à apresentação física do profissional – que maioritariamente consideram agradável; a forma como direccionam os olhares e a atenção que dão à pessoa que se encontra à sua frente para ser receptora de cuidados de saúde.

Este profissional, envolvido no atendimento de outro, que se encontra em sofrimento deve ter como procedimento base a comunicação, como conjunto alargado. Não só a forma da expressão oral mas também toda a componente que rodeia essa expressão: o olhar o nível do discurso e seu volume, a apresentação física os gestos que são utilizados a postura, os movimentos, a atitude, entre outros.

A informação fornecida ao nosso utente pelas palavras é muitas vezes contrariada pela sinalética não verbal. Os nossos utentes referem os comportamentos que por vezes são desajustados a quem trabalha directamente com o público. Os ganhos em saúde são assim sensíveis aos aspectos relacionados com a comunicação em todo o seu âmbito.

A gestão dos tempos de espera para o atendimento é outra situação bem delimitada pelos nossos utentes da amostra. Estes vêm a necessidade deste mesmo tempo ser diminuído ou “abafado”. Apontam por exemplo o facto de muitas vezes estarem à espera de serem atendidos e ninguém (profissional) interage com eles no sentido de aliviar as situações de *stress* decorrentes da espera. Esta espera provoca ansiedade e instabilidade no relacionamento entre as partes – utente e profissional.

A este mesmo nível de estrutura também enfatizam a questão do ambiente do serviço de urgência. A sala de espera é acolhedora embora pequena, fria e com excesso de barulho. A informação existente é pouca para as suas reais necessidades. No interior do serviço sente-

se também o excesso de barulho provocado pelos doentes em sofrimento, pelas máquinas que são utilizadas e pelos próprios profissionais. No entanto o cheiro, que no senso comum é tão característico nos hospitais, neste contexto é agradável. As instalações sanitárias correspondem à expectativas dos utentes.

Temos como pressuposto que o ambiente físico determina muitas vezes as interacções que ali ocorrem. É prioritário que nas construções destes edifícios esteja contemplada as características e adequação aos objectivos para que são projectadas, estudando com pormenor a relação entre as pessoas e os espaços.

Ao nível do processo e dos resultados, os nossos utentes da amostra atribuem novamente significado à gestão do tempo de espera, processos comunicativos e ambiente.

Os aspectos relacionais são sem dúvida os mais evidenciados e os que mais se fazem notar na nossa pesquisa. É assim fundamental aceitar este grau de importância que é atribuído pelos utilizadores como medida impulsionadora para o desenvolvimento das dinâmicas do atendimento – competências na área relacional; tendo como objectivo de alertar e sensibilizar para o impacto das atitudes e comportamentos na comunicação e relação com os utentes e conviventes significativos.

Como exemplo podemos referir que o excesso de barulho no ambiente, nesta relação (utente/profissional) dificulta os processos de comunicação. Também o excesso de tempo de espera provoca no utente alterações da sua labilidade emocional que por sua vez vai implicar no desenvolvimento da relação que se pretende empática entre os diversos profissionais e o utilizador dos serviços de urgência.

✂ Que benefícios se podem identificar projectivamente com a implementação de um manual de atendimento?

O manual de atendimento é, mais do que um documento, uma estratégia bidireccionada quer para o utente – primeiro impacto, quer para o profissional. Apontando para o utilizador que pode contar com um conjunto de argumentos válidos para solicitar a qualidade no atendimento, como introduz no dia a dia do profissional, uma ferramenta de apoio para prevenir as possíveis falhas decorrentes da ambiguidade dos contextos.

Com o manual, o utente ou convivente significativo revê-se em todo o processo do seu atendimento e localiza-se em que ponto se encontra.

Com este documento prevê-se uma gestão adequada dos tempos e das emoções decorrentes da espera no serviço de urgência. Ele ajuda a fazer bem à primeira vez e sempre. Diz o que fazem e quem faz, como faz e a quem faz.

Os benefícios que se podem identificar com a implementação e distribuição individual de um manual de atendimento são: assegurar procedimentos de qualidade e passíveis de serem medidos pelos utentes; eliminar falhas e atrasos, evitar repetições inúteis de determinadas actividades; orientar o utente ou seu convivente significativo no interior do serviço e criar laços de proximidade entre os intervenientes.

✂ Como é que as estratégias supervisivas influenciam o atendimento no serviço de urgência?

Considerámos desde o início deste estudo que as estratégias supervisivas se encontravam definidas na esfera da comunicação, da observação, da reflexão e da monitorização sobre as práticas clínicas no acompanhamento do utente em serviço de urgência.

Salientamos, neste percurso, que a comunicação é uma estratégia fundamental da relação que se estabelece entre o utente e o profissional. A unidade de urgência, pelas suas características físicas e de funcionabilidade, torna a relação na base da comunicação mais complexa, muitas vezes dificultando-a.

É necessário que os profissionais aprofundem conhecimentos na área da relação terapêutica da qual faz parte integrante a comunicação. De uma forma geral, a estratégia da comunicação é efectuada através da partilha de mensagens repletas de significados, através do que se diz, do tom de voz, das expressões físicas, dos gestos concorrentes, entre outros.

O profissional de saúde no atendimento num serviço de urgência deve estar disponível e atento para captar um conjunto de símbolos oriundos das mensagens que o utente está constantemente a transmitir. Perante isto deve ser realista na sua relação com o outro para que de uma forma empática possa satisfazer as necessidades dos utentes que a nós ocorrem.

A observação da dimensão utente, família ou convivente significativo que utiliza este serviço de urgência é crucial para o desenvolvimento de todo o processo de atendimento e

que este tenha a qualidade adequada. Cada vez mais é necessário “olhar” para esta dimensão tão completa que chega a nós e que é apresentado pelo utente. Este “olhar” tem de ter uma perspectiva holística e não por partes afectadas. Temos também de observar o utente na sua interacção com os seus mais significativos, o seu ambiente, as suas necessidades apresentadas, os seus estilos de vida para que o possamos compreender num todo mais ecológico.

Observar é sobretudo um acto inteligente e não um mero mecanismo de tomada de decisão que o profissional de saúde toma, quando se relaciona desde o primeiro momento com o utente no serviço até ao momento da sua alta clínica, com a extensa necessidade de cuidados continuados.

Também a reflexão se considera uma estratégia supervisiva por excelência. Ela traz contributos fundamentais para o desenvolvimento do atendimento. Reflectir – pensar sobre – ajuda no essencial os profissionais a melhorar o seu desempenho dando visibilidade aquilo que fazem.

Os profissionais de saúde terão de possuir, e é a opinião dos nossos utentes, conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e éticos para prestarem cuidados de saúde globalizantes, melhorando o atendimento em particular e a assistência em matéria de saúde no geral.

A prática reflexiva é um meio estruturado através do qual os intervenientes reflectem antes, durante e depois da acção proposta, promovendo mudanças centradas no utente e convivente significativo que ocorrem ao serviço de urgência e são alvos do compromisso relacional no processo de atendimento. Simultaneamente promove a capacidade de cuidar havendo recursividade da qualidade desta.

✂ Que medidas são possíveis de equacionar para melhorar a qualidade do atendimento em serviço de urgência?

Os hospitais são organizações de saúde de elevada complexidade. As mudanças a operar têm de ser definidas em circuitos padronizados e sujeitos a um sistema de informação bidireccional.

Os utentes e suas famílias não nos referiram, que fosse necessário proceder a melhorias no campo das técnicas mas sim na dimensão relacional. Devem ser desenvolvidas competências relacionais em que as intervenções supervisivas sejam uma realidade

constante nos quotidianos dos serviços de urgência e que se vejam resultados proveitosos para ambos os intervenientes no processo de atendimento.

Além de ser imprescindível existirem mais profissionais, há urgência que estes detenham a qualificação necessária e que o supervisor (formador, consultor, orientador) seja portador de características próprias de um profissional reflexivo que reconhece a forma como utilizar as estratégias supervisivas de forma a que o grupo atenda o seu doente, família e pessoa significativa de uma forma holística.

Durante o percurso proposto para a nossa investigação ficámos sensíveis à questão apontada pelos nossos inquiridos relativamente aos tempos de espera para serem atendidos. Eles identificaram esta área como uma das passíveis de serem objecto de atenção para futuros programas de melhoria do atendimento. Neste sentido, o serviço tem vindo a desenvolver o processo de Triagem de Manchester, criando um novo rumo ao funcionamento do serviço e já são notórias as implicações práticas no sentido de, não só ter diminuído o tempo de espera, como forma de (in)formar sobre estes procedimentos num contexto de serviço de urgência.

Assim todos os utentes são sujeitos a um processo de triagem em que lhes é atribuída uma prioridade clínica, facilitando a gestão dos doentes na unidade.

Outra área de intervenção é o estabelecimento de um plano de formação com ênfase em áreas sobre o atendimento num serviço de urgência. Esta formação irá ser desenvolvida com os temas da comunicação com o utente e pessoa significativa, entre os profissionais e com relevo para as características dos aspectos verbais e não verbais identificados pelos nossos utentes e conviventes significativos do nosso estudo.

Apesar de reconhecermos que a estrutura física é recente, estão propostas na mesa no sentido de melhorar os aspectos do ruído e da criação de estratégias para assegurar que os odores e a humidade sejam um elemento a evitar na sala de espera.

Apesar de pouco identificado, irão ser estimuladas em ambiente de reunião de passagem de turno outras áreas que os utentes referenciaram como problemáticas no sentido de sensibilizar os profissionais para colocar mais qualidade nos seus desempenhos.

2. As implicações do estudo

O desenvolvimento desta investigação permitiu sugerir algumas implicações práticas das quais salientamos a introdução de um manual de atendimento e a implementação de um sistema de triagem de prioridades no serviço de urgência.

Manual de atendimento: um contributo para a melhoria da qualidade em matéria de atendimento no serviço de urgência

Reflectimos sobre a frase por nós produzida no questionário e à qual os nossos utentes responderam afirmativamente com 59,1% (quadro 20):

⌘ *Deve existir mais informação num manual para os doentes e famílias.*

A existência de um manual de atendimento de utentes e pessoas significativas, insere-se numa estratégia de desenvolvimento e de melhoria da qualidade de assistência em matéria de saúde, numa unidade de urgência.

Ele visa essencialmente ser instrumento facilitador quer para o utente e família, quer para o profissional. O manual de admissão do utente propriamente dito é um documento que contem os objectivos do serviço, a distribuição de responsabilidades, a organização do serviço e sua dinâmica assistencial e, algumas informações de utilidade generalizada.

O hospital já tem nas principais zonas de acesso alguns documentos que elucidam os utentes sobre a forma como poderão utilizar os serviços, de uma forma geral, e os circuitos que poderão ter dentro desta instituição – guia de acolhimento do hospital e guia para o atendimento no gabinete de utente.

Perante isto importa pois utilizar a informação remanescente para os possíveis circuitos dentro do serviço de urgência.

Como se tem por princípio basilar um conjunto de pressupostos com vista a desenvolver a dinâmica de atendimento, optámos por atribuir ao “guia de acolhimento no serviço de urgência” o título de *“Humanizar, Cuidar, Informar”* (Anexo 7) em forma de folheto.

Trata-se de um documento simples e de fácil acesso, assim como de leitura que trás a informação mais necessária para quem se encontra a utilizar o serviço de urgência – quer na posição de doente, quer na posição de familiar ou convivente significativo.

Sistema de triagem de prioridades num serviço de urgência: Triagem de Manchester

Também decorrente do nosso estudo, ficou o serviço de urgência do Hospital José Luciano de Castro, envolvido que está no processo de acreditação de qualidade com parceria com o IQS, a iniciar o desenvolvimento da Triagem de Manchester (original, traduzida e validada pelo Grupo Português de Triagem).

Para esta actividade desenvolveu-se seguinte programação:

- ⌘ Formação em 6 de Maio e 8 de Junho de 2005.
- ⌘ Triagem iniciada em 11 de Julho de 2005 em suporte informático.
- ⌘ Informatização faseada da área clínica do Serviço.
- ⌘ Falhas frequentes do sistema informático no início.
- ⌘ Primeiros dados estatísticos credíveis são relativos aos meses de Setembro a Novembro de 2005 (Anexo 5).

Apesar de algumas dificuldades iniciais, pode-se dizer que na primeira auditoria os resultados são francamente positivos.

A realização desta pesquisa foi enriquecedora e trouxe à luz uma multiplicidade de aspectos que urge ter em consideração quando se desenvolve o processo de atendimento num serviço de urgência.

Responsáveis que somos na dinamização deste processo, detemos neste momento um conjunto de dinâmicas muito próprias, que asseguram cuidados de saúde com segurança e

qualidade. Em síntese: o desejo dos utentes e conviventes significativos e os anseios dos profissionais, que asseguram esses cuidados em matéria de assistência de saúde.

Fica-nos a reflexão de que só profissionais altamente motivados para o atendimento numa unidade de urgência se conseguem empenhar num projecto alicerçado na qualidade. O envolvimento na globalidade da assistência, pressupõe o respeito pelas competências individuais, pelas interacções e pelo incremento de valores emocionais.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, C. (2004). *Relação de ajuda*. IN Revista Sinais Vitais, nº. 53, Março. Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Colecção Cadernos Sinais Vitais, nº. 1. Coimbra: Editora Formasau.
- ADAM, E. (1979). *Ser Enfermeira*. Colecção Medicina e Saúde. 1ª. Edição. Lisboa: edição do Instituto Piaget.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª edição. Coimbra: Livraria Almedina.
- ALMEIDA, T.; PEREIRA, A.M.S.; PEDROSA, H. (2006). *Sintomas de stress e impacto na saúde no ensino clínico de enfermagem*. In I. Leal, J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Faro: Universidade do Algarve.
- AMARAL, J. & PEREIRA, A.M.S. (2004). *O stresse dos profissionais do INEM*. In Ribeiro, J. & Leal, I. (ed.) (2004). *Actas do 5 Congresso de Psicologia da Saúde*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, ISPA edições.
- ATKINSON, L. D. et al (1989). *Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- AUGER, L. (1992). *Comunicação e crescimento pessoal*. 4.ª edição. São Paulo, Loyola.
- AZEVEDO, L. (1996). *Comunicar com assertividade*. Colecção Gestão Criativa; Lisboa, Instituto do Emprego e Formação Profissional.
- BARBOSA, C. (1996). *Que cuidado de enfermagem? Contributos para a conceptualização do cuidado de enfermagem na cultura portuguesa*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- BARDIN, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BASTO, L. ; MAGÃO, T. (2001). Práticas de Enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *In Revista Investigação em Enfermagem*, Coimbra, 4 (08), 3-11.
- BASTO, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- BENJAMIN, A. (1988). *A Entrevista de Ajuda*, 4ª ed., S. Paulo, Martins Fontes.
- BENNER, P. (1984) – *From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company, California.
- BENNETT, J. , et al (2001). Implementing clinical supervision in a NHS Community trust-sharing: the vision. *In: CUTCLIFFE, et al (2001) (org.). Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- BERNARD, M.; GOODYEAR, R. (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision*. Second edition, Boston: Allyn and Bacon.
- BISHOP, V. (1998). *Clinical Supervision in Practice*. London: Palgrave.
- BOAVISTA, A. (2000). Qualidade Organizacional Hospitalar: protocolos e manuais de acreditação de hospitais com *King's Fund H.Q.S.* (documento WWW)
<http://www.iqs.pt/boletim1.html>
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOYKIN, A.; SCHOENHOFER, S. (2001). *Nursing as Caring: A model for transforming practice*. National League for Nursing. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- BOLANDER, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.

- BOND, M. ; HOLLAND, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Philadelphia: Open University Press.
- BUTTERWORTH, T. (1992). Clinical supervision as a emerging idea in nursing. *In*
- BUTTERWORTH, T.; FAUGIER, J. (eds). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman & Hall.
- CANÁRIO, R. (1999). Educação de adultos. Um campo e uma problemática. Lisboa, Educa-Formação.
- CANAVARRO, J. (1997). *Paradigmas Organizacionais: Avaliação dos principais modelos de conceptualização teórica*. Tese de doutoramento. Coimbra: edição da Universidade de Coimbra.
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª. Edição. Porto: Editora Afrontamento.
- CARPENTER, D.; STREUBERT, H. (1999). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista*. Camarate, Lusociência.
- CASSEDY, P. (2001). Clinical Supervision: visions from the classroom. *In* : CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- CERVO, A. et al ((1993). *Metodologia científica*. São Paulo: McGraw-Hill.
- CHALIFOUR, J. (1992). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique – humaniste*. Montreal; Gaëtan Morin éditeur.
- CHIAVENATO, I. (1992). *Recursos Humanos*. Edição compacta, 2ª. Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- CIPE (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

COLLIÈRE, F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COTTRELL, S.B. (2000a). *A Comparison of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. (documento WWW) URL <http://www.clinicalsupervision.com/rol%20comparison.htm>

COTTRELL, S.B. (2000). *Draft Policy for Clinical Supervision*. (documento WWW). URL <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>

COVEY, R. (1999). *The Hospital, lidership and rools*. 1st edition, London: Namara Trend Coo..

CUTCLIFFE, R., et al (2001) (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge.

CUTCLIFFE, R. (2001). An alternative training approach in clinical supervision. *In*: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

DAMÁSIO (2000) R. *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*, 13ª edição, Lisboa, Publicações Europa-América,

DANIEL, L. (1993). *Atitudes pessoais em enfermagem*. São Paulo: EPU

DE KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados*.

Fundamentos dos métodos de observação, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos. Lisboa: Instituto Piaget, Colecção Epistemologia e Sociedade.

D'ESPINEY, L. (1996). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar. *In* CANÁRIO, R. (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 169-188). Porto: Porto Editora.

DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA 2003 (2002). Porto: Porto Editora.

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DONABEDIAN, A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?* NY: Jama editions.
- DONAHUE, M. P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Mosby Company, Harcovers.
- DREVER, E. (1995). *Using Semi-Structured Interviews in Small-Scale Research: a teacher's guide*. Glasgow: The Scottish Council for Research in Education.
- EGAN, G. (2000). *Communication dans la relation d'aide*. Montreal: les editions HRW.
- ELIAS, N. (1999). *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70.
- ELHART, D., et al (1983). *Princípios Científicos de Enfermagem*. 8ª. Edição. Lisboa: editora portuguesa de livros técnicos e científicos.
- ELLIS, R.; HARTLEY, L. (1998). *Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências*. 5ª. Edição. Porto Alegre: editora Artmed.
- ERICKSON, F., (1986). Qualitative Methods in Research on Teaching. In, WITTROCK, W.C. (ed), *Handbook of research on teaching* (119-161). New York: Macmillan.
- FACHADA, M. (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais*, 3ª ed., Lisboa, Edições Rumo, Lda.
- FAZENDA, M. (1993). *Cuidar personalizado: o futuro da enfermagem em Portugal*. In Revista Nursing N°. 64, ano 6; Lisboa.
- FERREIRA, J., et al (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: MacGrawHill.
- FISH D.; TWIN G. (1997). *Quality Clinical Supervision in Health Care Professions: principal approaches to practice*. London: Butterworth-Heineman.

FODDY, William (1996). *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

FORTIN, M. (1996). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Décarie Éditeur, tradução Lusociência.

FREDERICO, M.; LEITÃO, A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª. Ed., edição Sinais Vitais. Coimbra: Coleção Complementos.

GALASSI, M. D. (2001). *Assert yourself: How to be your own person*. New York, Ald Press.

GAUTHIER, *et al* (1998). *Pesquisa em enfermagem. Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

GAUTHIER, B. *et al* (2003). *Investigação social. Da problemática à colheita de dados*. Loures, Lusociência.

GEORGE, J. *et al*, (1993). *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

GIL, C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Editora Atlas.

GILLEN, T. (2001). *Assertividade*. São Palulo, Nobel.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992). *O inquérito, teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

GLEITMAN, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GOLEMAN, Daniel (1995). *A inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Ed. Objectiva.

GONÇALVES, A. (1997). *Questões de antropologia social e cultural*. Porto: Edições Afrontamento.

GRANDE, N. (1996). *A relação dos utentes com a estrutura hospitalar*. In Liga de Amigos do HAS: Que sistema de saúde para o futuro. Lisboa: Gradiva.

- GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM (1997). *Manual do Formador*. BMJ publishing group, Lisboa.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative research. *In* DEZIN e LINCOLN, Y. *Handbook of Qualitative Research*. Sage (105-117), London.
- HADFIELD, D. (2001). Implementing Clinical Supervision. *In*: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- HALL, A. (s.d.). *Grande maratona de estatística no SPSS*. Aveiro: Departamento de Matemática da Universidade de Aveiro.
- HART, C. (1998). *Doing a literature review: releasing the social science reserach imagination*. London: Sage Publications.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa Perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência.
- HESBEEN, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- HILL, M. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- HOLLOWAY, E. (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- HUBERMAN, A. et al (1995). *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- IQS (2000). Boas práticas do atendimento. Separata técnica da revista Qualidade em Saúde, n.º2 de Janeiro de 2000. Lisboa: Instituto de Qualidade para a Saúde.

- JOHNS, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science editions.
- JUAN, L. (1991). *Interrelation del professional de enfermeria con el paciente*. Racelona: Edições Doyma.
- KAPLAN, H. *et al* (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica, 7ª Ed.*, Artes Médicas, Porto Alegre.
- KÉROVAC, S. (1994). *La pensée infirmière*. Quebec: Laval.
- KOHNER, N. (1994). *Clinical Supervision in Practice*. London: King's Fund Center.
- KOZIER, S. (1993). *Fundamentals of Nursing*. 7.ª edição. NY, Prentice Hall Nursing.
- KRIPPENDORFF, K. (1980)). *Content analysis*. London: Sage publications.
- KURCGANT, P., *et al*. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- LAIPALA, P., *et al* (2002). *Quality of care from the patients' perspective*. London: Journal of Advanced Nursing n.º 38; 1, 59-67.
- LALANDRA, P. (1995). *A interação enfermeiro doente: uma abordagem biantropológica*. In Nursing, N.º. 8, ano 8, Lisboa.
- LEININGER, M. (1995). *Transcultural Nursing: Concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill, College Custom Series.
- LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Editora Lusodidacta.
- LESSARD-HÉBERT, M. *et al*, (1994). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LEWIS, C. (1982). *Using the 'thinking-aloud' method in cognitive interface design*. Research

Report. New York: T.J. Watson Research Center

LOPES, M. (2002). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Artlântica.

LOPES, N. (2001). *Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coleção Labirintos n.º 3, Coimbra: Quarteto Editora.

MARUJO, J. (1994). A comunicação como Paradigma de Qualidade, *Revista Enfermagem em Foco*, SEP, Ano IV(15), Maio/Julho, pág. 48-53.

MEGGINSON, C. (1986). *Administração, Conceitos e Aplicações*. São Paulo: Harper e Row do Brasil.

MEYER, D. *et al* (1998). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

MELO, R. (2004). *Desenvolvimento de Competências Relacionais de Ajuda*. Tese de mestrado em Ciências de Educação. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

MERRIAN, S.B. (1988). *The Case Study Research in Education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Portugal – Decreto-Lei n.º 480/88, Diário da República, Lisboa, I Série, de 23 de Dezembro de 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal - Decreto-Lei 437/91, Diário da Republica, Lisboa, I Série (257), 8 de Novembro de 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal – Decreto-Lei n.º 104/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 21 de Abril de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal – Decreto-Lei n.º 124/98, Diário da República, Lisboa, I Série, de 12 de Agosto.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal (1998). *Saúde: um compromisso. A estratégia da saúde para o virar do século*. Lisboa: direcção Geral da Saúde.
- MORSE, J.; FIELD, P. (1995). *Qualitative Research methods*. London: Sage.
- NEEB, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem em Saúde Mental*, Lisboa: Lusociência.
- NETO, A. et al (2002). *Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência*. Braga: Hospital de São Marcos.
- NEVES, A. (1991). Gestão da Mudança Organizacional. In “*Dirigir*”, nº.21(p.19 - 24), Porto.
- NORTHCOTT, N. (2000). Clinical Supervision – Professional Development or Management. In SPOUSE, Jenny; REDFERN, Liz (2000), *Successful Supervision in Health Care Practice*. Oxford: Blackwell Sciences.
- NUNES, M. (1997). *O respeito caloroso na relação de ajuda*. In *Servir*. Vol. 45, Nº. 4 (173-180).
- NUNES, R.; REGO, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Lisboa: Editora McGraw-Hill de Portugal.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). *Divulgar*. Lisboa: Brochura do Conselho de Enfermagem.
- ORLEY, J (1994). The World Health Organization quality of life Project, In TRIMBLE, M. R.; DODSON, W.E. (org) *Epilepsy and quality of life*. New York: Raven Press, 99.
- PADRINI, F. (1995). *El lenguaje secreto del cuerpo: cómo descifrallo*. Barcelona: E. Vecchi.
- PARDAL, L.; CORREIA, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal editores.
- PENEFF, J. (2003). *Os doentes das urgências: uma forma de consumo clínico*. Coimbra: Edição Formasau.

- PEPLAU, E. (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermeria*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermeria.
- PEREIRA, A. (1999). *Guia prático de utilização: análise de dados*. Lisboa: edições Sílabo.
- PEREIRA, A M S. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*. Porto: Asa Editora.
- PEREIRA, A.M.S. (2006). *Stress e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última Década*. In Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde* Coimbra: Quarteto Editora.
- PHANEUF, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: edição da Associação de enfermeiros especialistas em enfermagem medico-cirúrgica.
- PHANEUF, M. (1999). *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas*. Coimbra: Edição da Associação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica.
- PINTO, I. (2003). *Competências Relacionais de Ajuda*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu.
- PROCTOR, A. (1994). Supervision Strategies and their Applications in the School Context. In: WILKIN & SANKEY (eds), *Collaboration and Transition in Initial Teacher Training*, (136-150). London: Kogan Page Editions.
- PROCTOR, B. (2001). Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- QUEIRÓS, A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Editora Quarteto.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1996). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RIBEIRO, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

- RICHARDSON, E.; KEMP, N. (1995). *A garantia da Qualidade no Exercício da Enfermagem*. Lisboa: ButterWorth/Heinemann.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A. M. S. E BARROSO, T. (2005). *Educação para a saúde. Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: edição Formasau.
- ROGERS, C. (1989). *Sobre o Poder Pessoal*, 3ª. Edição, S. Paulo, Martins Fontes Editora
- ROPPER, N. , *et al* (1981). *Learning to use the process of nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- ROSENBERG, R. (1987). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- RYAM, T. (1998). *Clinical Supervision In Mental Health Nursing*. London (Documento WWW). URL <http://www.clinicalsupervision.com>
- SÁ-CHAVES, I. (1994). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da Praxis*. (tese de Doutoramento). Aveiro: T.F., secção autónoma do D.T.E.: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (1997). *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- SALE, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais das equipas de saúde*. Lisboa: Edições Principia.
- SALOMÉ, J. (1995). *Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico de apoio pessoal, familiar e profissional*. 2ª. Edição. Petrópolis: Editora Vozes.
- SALOMÉ, J. (2000). *A coragem de ser autêntico*. Lisboa: Ésquilo.
- SANTOS, F.; JESUS, C. (2003). *Relação de ajuda*. IN Revista Sinais Vitais, nº. 46, Janeiro. Coimbra: Formasau.

- SEIDMAN, I. (1998). *Interviewing as Qualitative research: a guide for researchers in education and social sciences*. New York: Teachers College Press, 2nd edition, Columbia University.
- SIMÕES, A.(1993). *As Reformas da Saúde*. Lisboa: In *Gestão Hospitalar* n.º 36.
- SMITH, G.; COTTRELL, SB, (s.d.). *The development of Models of Nursing Clinical Supervision*.(documentoWWW).URL
<http://www.clinicalsupervision.com/development%20of%20clinical%supervision.htm>
- SMITH, P. (2001). Clinical Supervision: My path towards clinical excellence in mental health nursing. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.
- SPRINTHALL, N. A. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- SREUBERT. H. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- SOARES, C. (2004). *Supervisão e Desenvolvimento Profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Tese de mestrado em supervisão. Aveiro, Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- STAKE, R. (1994). Case Studies. In DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (edits), *Handbook of Qualitative research*, (p. 236-248). London: Sage Publications.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1998). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia
- TAYLOR, C. (1997). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*, 13ª Ed., Artes Médicas, Porto Alegre.
- THELAN, L. A. *et al* (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*, Lisboa, Lusodidata.

- TRAVERSAT, A. P. *et al* (2003). Cuidados de enfermagem. Fichas técnicas: fundamentos de enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa que cuida. 3.^a edição, Loures: Lusociência.
- TUCMAN, B (1994). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: serviço de educação, Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, MIDWIFERY AND HEALTH VISITING (1996). *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health Visiting*. Documento. URL www.clinical-supervision.com/clinsup.htm].
- VALA, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In SILVA, A.; PINTO, J.M. (orgs.), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- VALA, J. (1993). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- VILAÇA, I. (2004). *Relação de Ajuda no Âmbito do Cuidar em Enfermagem*. IN Revista Pensar Enfermagem, Vol. 8, n.º 1, 1.º semestre (p14 a 29). Lisboa: Unidade de investigação & Desenvolvimento em Enfermagem.
- YIN, R. (1989). *Case Study Research, design and methods; applied social research methods series*. Vol.5. London: Sage publications.
- WALDOW, V. (1995). *Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar*. Porto Alegre: Artmídia.
- WARD, N. (2002). Specialist network improves MS practice In *Nursing Times*, vol 98, n.º.30, July, London.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WEBB, Y. (2002). Nursing the nurses: why staff need support? In *Nursing Times*, vol 98, n.º.16, April, London.

WEBER, M. (1997). *Conceitos sociológicos fundamentais*. Lisboa: edições 70.

WILLIANS L.; HARVEY, G. (2001). Implementing clinical supervision in a large acute NHS trust: starting from scratch. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

WINSTANLEY, J. (2001). Developing methods for evaluating clinical supervision. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

WREN, J. et al (2001). Clinical supervision for nurse educationalists: personal perspectives from a postgraduate mental health-nursing course. In: CUTCLIFFE, et al (org.). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

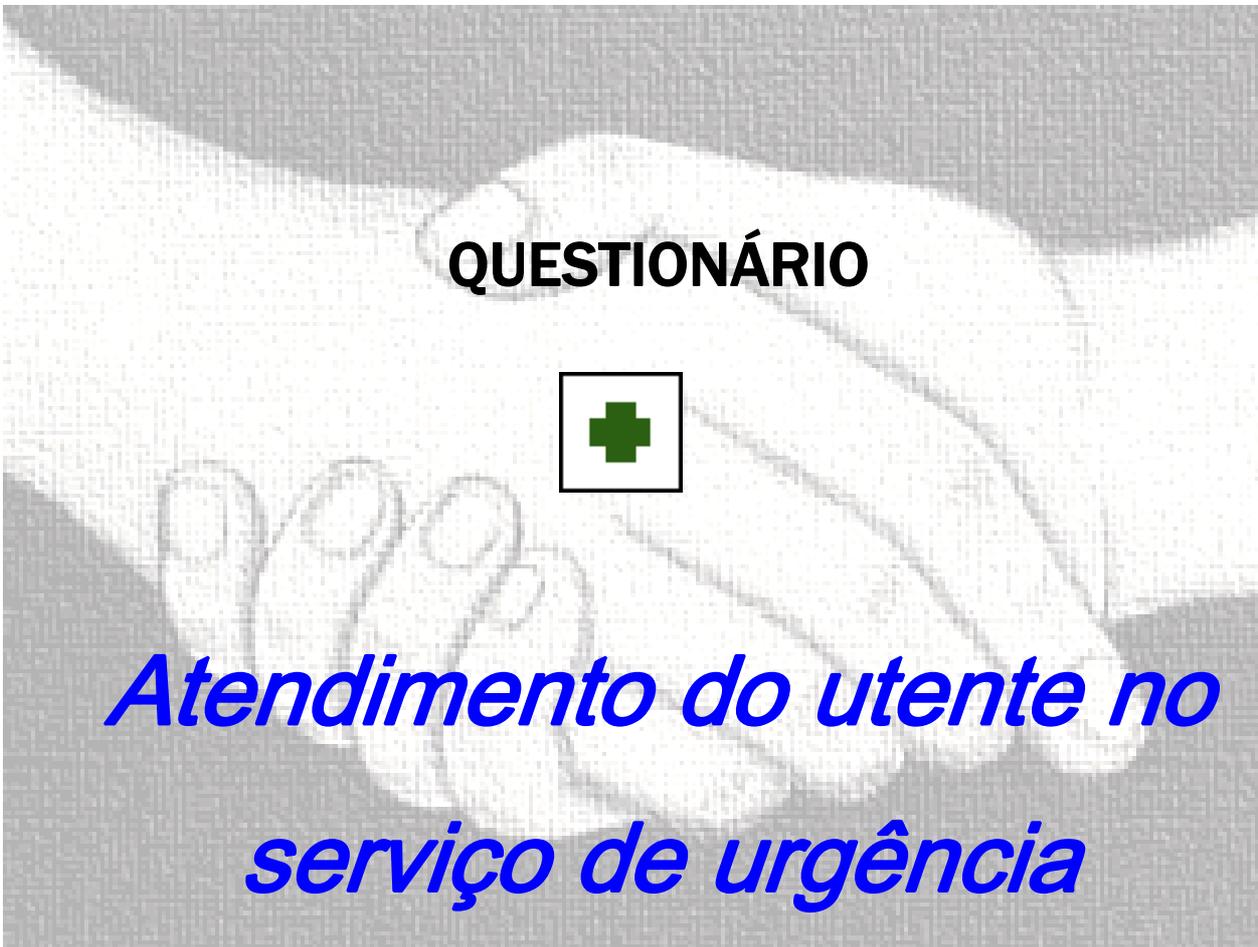
**Ao Presidente do Conselho de Administração do
Hospital José Luciano de Castro de Anadia**

Luisa Maria da Silva Pais Ferreira, enfermeira especialista do quadro de pessoal, com o número mecanográfico 281, a exercer funções no serviço de urgência, estando a desenvolver um estudo sobre o atendimento do utente no serviço de urgência no âmbito do curso de mestrado em supervisão da Universidade de Aveiro, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência se digne a autorizar a implementação de um questionário aos utentes do serviço de urgência, para a realização da referida investigação, que sofreu alterações em relação ao anterior utilizado num estudo prévio.

Segue documento em anexo.

Pede deferimento

Anadia, 12 de Janeiro de 2005



QUESTIONÁRIO



Atendimento do utente no serviço de urgência

**Estimado utente, aqui a sua opinião é preciosa
para melhorarmos o seu hospital!!!**

Luísa Maria da Silva Pais Ferreira

ANADIA, 2005

Ex.mo (a). UTENTE:

Esteve no Serviço de Urgência do Hospital José Luciano de Castro – Hospital Distrital de Anadia como doente/utente ou a acompanhar uma pessoa de família ou significativa para si.

Actualmente estamos a desenvolver um estudo para melhorar o seu atendimento. Neste sentido a sua colaboração é indispensável pelo que agradecemos o **preenchimento completo** deste questionário.

Não se esqueça que este questionário é ANÓNIMO!!! Por favor NÃO se identifique!!!

No final coloque este impresso na caixa que se encontra na sala de espera.

Muito obrigado !!!

A - 1. SEXO M F 2. IDADE _____ 3. PROFISSÃO _____

4. RESIDÊNCIA _____ 5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____

6. QUAL O MOTIVO QUE O TROUXE À URGÊNCIA? _____

7. PORQUE VEIO A ESTE SERVIÇO DE URGÊNCIA?	SIM	NÃO
7.1. Porque é mais perto da minha casa e do meu trabalho		
7.2. Por meu gosto pessoal		
7.3. Porque está aberto 24 horas		
7.4. Porque sou atendida rapidamente e sem demoras		
7.5. Porque o posto médico / centro de saúde não me dá a resposta que eu desejo		
7.6. O hospital está mais equipado, com RX, análises e especialistas, do que outros serviços		
7.7. Transmite-me mais confiança		
7.8. Porque o atendimento é mais personalizado		
7.9. Por outro motivo		
7.10. É a primeira vez que venho a este serviço de urgência		

B - Nas próximas afirmações deverá colocar uma cruz na resposta que lhe pareça mais próxima daquilo que lhe está a acontecer

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	É indiferente	Concordo	Concordo totalmente
8. Fui alvo de imediata atenção por parte de profissionais do hospital					
9. Quando se aproximaram de mim falaram comigo					
10. Quando estavam a falar comigo olharam para mim com atenção					
11. Quando eu falava interessaram-se pelo que eu disse					
12. Quando falavam comigo tratavam-me pelo meu nome					
13. Encaminharam-me para o interior do serviço					
14. Proporcionaram as condições necessárias para um atendimento com conforto					
15. O comportamento dos enfermeiros afectou-me positivamente					

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	É indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
16. Fui recebendo informações ao longo da minha permanência no serviço					
17. Explicaram-me os procedimentos que iam realizando e avaliando as suas intervenções					
18. No momento da alta preocuparam-se com o meu transporte					
19. O ambiente da sala de espera afectou-me no atendimento de forma positiva					
20. Senti-me com o apoio e ajuda necessários					
21. A apresentação física do pessoal no atendimento é agradável					
22. O tempo que demorei para o atendimento foi o que penso ser o necessário					
23. Respeitaram a minha dignidade e a minha privacidade					
24. O ambiente da sala de espera afectou-me negativamente					
25. O meu comportamento afectou a forma como fui atendido(a)					
26. Os enfermeiros preocuparam-se em perceber o que eu sentia					
27. Os acompanhantes foram informados do evoluir da situação permanentemente					
28. O tempo que demoraram a atender influenciou-me negativamente					
29. O facto de estar nervoso(a), afectou o atendimento por parte dos profissionais					
30. Os profissionais dedicam o seu tempo na relação de ajuda com o doente e família					
31. O comportamento dos enfermeiros afectou-me negativamente					
32. A informação que existe na sala de espera é suficiente para os utentes e famílias					
33. Quando vim a este serviço senti insegurança e medos					
34. Houve disponibilidade por parte dos profissionais para o meu atendimento					
35. O ensino e a informação que nos transmitiram ajuda-nos a mudar para comportamentos mais saudáveis.					

C - Nas próximas perguntas deverá colocar uma cruz em SIM ou NÃO no sentido de se melhorar o atendimento

	SIM	NÃO
36. Deve existir mais pessoal qualificado para o atendimento em serviço de urgência		
37. Devem tornar as instalações físicas mais adequadas ao atendimento do serviço de urgência		
38. Os transportes públicos que servem o hospital são suficientes		
39. É preferível ter sempre um enfermeiro para recorrer caso precise		
40. Senti-me satisfeito (a) com o atendimento a que fui submetido (a)		
41. Os profissionais parecem estar preocupados com a qualidade do atendimento		
42. O tempo que vai entre a entrada no hospital e o atendimento é aceitável		
43. O ambiente da sala de espera do serviço de urgência é acolhedor		

	SIM	NÃO
44. Senti que houve atenção e reflexão para com as preocupações dos doentes		
45. Deve existir mais informação num manual para os doentes e famílias		
46. Devem melhorar os transportes para o hospital		
47. A equipa de urgência é segura e coesa		
48. Impediram o acompanhamento do doente por um familiar ou amigo		
49. O aspecto exterior do serviço de urgência deve ser melhorado		
50. A sala de espera é pequena e o ambiente muito frio		
51. A forma como os doentes e suas famílias são atendidas demonstra preocupação com a qualidade		
52. O barulho que existe no serviço incomoda os doentes e familiares		
53. Há preocupação em informar os familiares sobre o que se passa com os seus doentes		
54. O nível de qualidade do atendimento é visto em todos os profissionais do serviço de urgência		
55. Devem melhorar o tempo que levam a atender o doente e famílias		
56. As informações que estão disponíveis na sala de espera são as suficientes		
57. Deve existir sempre alguém mais habilitado para orientar a equipa que atende os doentes e família		
58. Há muito barulho na sala de espera		
59. Devem melhorar o ensino aos doentes e familiares para prevenir outras situações		
60. Há preocupação com o transporte dos doentes e familiares quando tem alta		
61. As casas de banho são limpas e confortáveis		
62. Os profissionais devem fazer um curso de atendimento ao público para nos orientarem		
63. O cheiro no interior do serviço prejudica o atendimento e o conforto		
64. Tem de haver maior preocupação com a privacidade dos doentes e famílias		
65. Os profissionais são tão bons na técnica como na relação humana		
66. Tenho conhecimento que existe um Livro de Reclamações		
67. Se tivesse que fazer alguma participação, recorria ao Livro de Reclamações		
68. A sinalização existente é suficiente para a orientação no serviço de urgência		
69. Quem me atendeu denotou uma atitude de superioridade		
70. Senti-me abandonado(a) no serviço de urgência		
71. O(A) enfermeiro(a) que atendeu mostrou-se compreensivo(a)		
72. O (A) médico(a) que atendeu mostrou-se compreensivo		
73. A administrativa que atendeu mostrou-se compreensiva		
74. A auxiliar que colaborou mostrou-se compreensiva		

	SIM	NÃO
75. O profissional de saúde tratou-me com:		
75.1. respeito		
75.2. educação		
75.3. dignidade		
75.4. agressividade		
75.5. indiferença		
75.6. calma		
76. O relacionamento que tiveram comigo foi:		
76.1. cordial		
76.2. prestável		
76.3. caloroso		
76.4. fraco		
76.5. indiferente		
76.6. ultrapassou as expectativas		
77. Trataram-me de igual para igual		
78. Quando precisei de utilizar o telefone foi-me facilitado o acesso		
79. Compreendi todas as informações que me foram dadas		
Se respondeu NÃO foi porque:		
79.1. tom de voz elevado		
79.2. linguagem muito difícil		
79.3. usaram termos muito técnicos		
79.4. falavam para mim e para outros ao mesmo tempo		
79.5. falavam ao telefone ao mesmo tempo		
79.6. não me dedicaram atenção		
79.7. falaram muito depressa		
79.8. tinham má apresentação física		
79.9. tom de voz baixo		

80. **De uma forma geral** como considera a eficácia do atendimento neste serviço?

Nada eficaz		Pouco eficaz		Eficaz		Muito eficaz	
-------------	--	--------------	--	--------	--	--------------	--

D - QUER DEIXAR ALGUM COMENTÁRIO PESSOAL OU SUGESTÃO SOBRE O SEU ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA QUE POSSA AJUDAR A MELHORAR O SERVIÇO PARA OUTROS DOENTES E FAMÍLIAS?

O meu comentário:

Este questionário terminou. Obrigado!!!

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas.

Grelha para REFLEXÃO FALADA

Hora de início _____

		SIM	NÃO
O que se observa como comportamento <u>verbal</u>	O utente revela dúvidas em relação ao porquê do questionário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percebe as instruções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Percebe as perguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acha que é extenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Revela interesse pelo assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...e faz o seguinte comentário _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Faz sugestões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...e refere as seguintes _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O que se observa como comportamento <u>não verbal</u>	Quando o questionário é dado ao utente, este fica:	assustado	<input type="checkbox"/>
		Interessado	<input type="checkbox"/>
		Curioso	<input type="checkbox"/>
		aborrecido	<input type="checkbox"/>
Quando o utente começa a preencher o questionário demonstra:	atenção ao que lê	<input type="checkbox"/>	
	manuseia calmamente	<input type="checkbox"/>	
	está desinteressado	<input type="checkbox"/>	
	é intempestivo ao manusear	<input type="checkbox"/>	
A face do utente, ao preencher o questionário demonstra-se:	franzida	<input type="checkbox"/>	
	assustada	<input type="checkbox"/>	
	concordante	<input type="checkbox"/>	
	espantada	<input type="checkbox"/>	
	dúvida	<input type="checkbox"/>	
	aborrecida	<input type="checkbox"/>	
	interessada	<input type="checkbox"/>	
	discordante	<input type="checkbox"/>	
O utente parece ter uma participação:	indiferente	<input type="checkbox"/>	
	interessada	<input type="checkbox"/>	
	activa	<input type="checkbox"/>	
	passiva	<input type="checkbox"/>	

Hora do fim _____

Tempo total do preenchimento _____

Observações:

Transcrição das respostas à questão n.º 6: Qual o motivo que o trouxe à urgência?

N.º do Questionário	Qual o motivo que o trouxe à urgência? (Questão- 6)	Categoria a inserir
1.	Corte num dedo	D
2.	Dor de dentes	C
3.	Acompanhar a minha mãe que caiu	A
4.	Acompanhar uma tia	A
5.	Dores na coluna desde há 8 dias	C
6.	Tensão alta	C
7.	Acompanhar a minha mãe que veio à médica dela	A
8.	Mau estar geral e dores de cabeça muito fortes	B
9.	Queda em casa e dores no braço	B
10.	Dor nas costas	C
11.	Infecção e a minha médica não está	C
12.	Diarreia desde há uma semana	B
13.	Acompanhar o meu pai que caiu	A
14.	Dores nas costas até às pernas	C
15.	Acompanhar a minha mãe	A
16.	Acompanhar uma pessoa significativa para min	A
17.	Para fazer exames que o meu médico pediu e está cá hoje	E
18.	Acompanhar o meu marido	A
19.	Queda de bicicleta ontem à noite	D
20.	Infecção urinária	C
21.	Constipação e febre desde há três dias	C
22.	Acompanhar a minha filha que deu uma queda	A
23.	Queda de bicicleta	D
24.	Infecção nos rins	C
25.	Dores de cabeça	C

Esquema utilizado para a escala de triagem para definição dos tempos alvo
(Grupo Português de Triagem, 1997)

Número	Nome	Cor	Tempo alvo
1	Emergente	Vermelho	0'
2	Muito urgente	Laranja	10'
3	Urgente	Amarelo	60'
4	Pouco urgente	Verde	120'
5	Não urgente	Azul	240'

Gráfico 1 - Distribuição por Prioridades dos 8054 Utentes Triados de Setembro a Novembro de 2005 no serviço de urgência do HJLC.

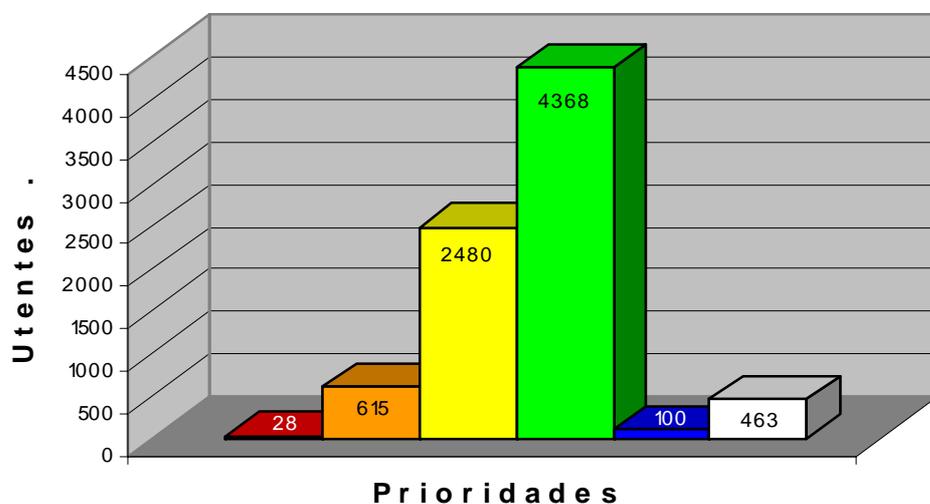
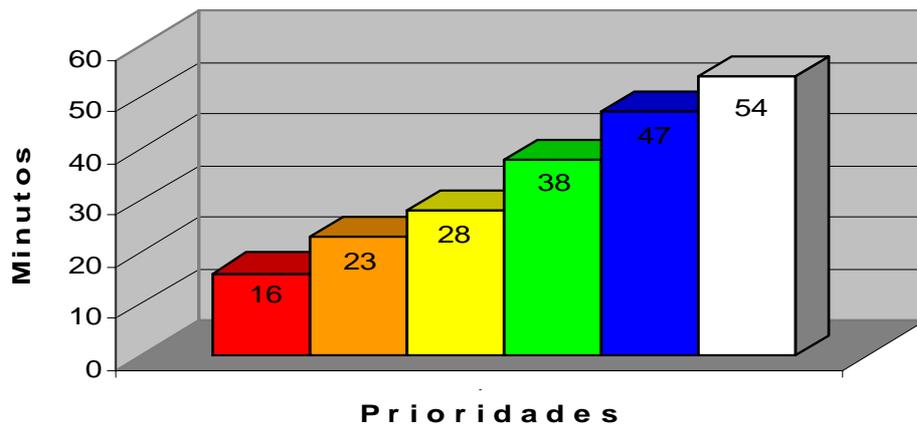


Gráfico 2 - Média dos Tempos-Alvo por Prioridade dos Utentes Triados de Setembro a Novembro de 2005 no serviço de urgência do HJLC



Questionário	Unidades de registo	categoria
1.		
2.		
3.		
4.		
5.	Deviam melhorar o tempo de espera, acho que 3 horas é muito, não acham?	A
6.	O que mais me preocupa é a demora. É muita.	A
7.	A existência de um enfermeiro ou auxiliar do médico que pudesse acompanhar os doentes na sala de espera e avaliar a necessidade de atendimento prioritário, ou seja a chamada “triagem”. Pois existem doentes que devido ao seu estado de saúde, pioram pelo seu longo período de espera e, por se encontrarem fechados no mesmo local. Claro que também depende das patologias.	A C
8.	De um modo geral fiquei bastante satisfeita com a prestação dos diferentes funcionários. São pessoas simpáticas, bastante humanas e educadas. Espero sinceramente que este hospital continue assim com a amabilidade e competência que lhe é intrínseco. Não é ao acaso que digo isto, pois já alguns anos atrás fui cá operado e convivi de perto, durante cerca de uma semana com alguns médicos e restantes funcionários.	B1 D
9.	Pessoalmente considero que este hospital é muito bom em alguns aspectos e até melhor que os HUC’s.	D
10.	O doente deve vir ao hospital com o menor número de acompanhantes possível. O doente deve ter ainda os cuidados de higiene para não perturbar os demais utentes.	C
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.	Felizmente não tenho tido necessidade em recorrer aos serviços desta instituição. Porém quando acompanho um familiar o atendimento e a prestação de serviços tem sido eficaz. Espero que o atendimento permaneça com a mesma eficácia ou melhor.	B2
17.		
18.		
19.		
20.		
21.	Olhem mais para as pessoas!	E
22.	Devem ser mais humanos.	B2
23.		
24.	Mais médicos de serviço.	B1
25.		
26.		
27.		
28.	No dia 10 de janeiro foi a primeira vez que me dirigi a este hospital e hoje venho segunda vez, gostei do atendimento, do pessoal da secretaria, de enfermagem e do atendimento médico, embora tivesse sido um dia complicado e eu tivesse esperado 7 horas e meia para ser atendida, mas isto devido ao excesso de doentes que foram vindo de ambulância.	A B2
29.		
30.	Deviam ter um segurança pessoal, pelo menos nas urgências das 7/7, 24/24.	B1
31.	O atendimento nas urgências deve ser mais rápido	A
32.	Deviam haver mais médicos na urgência, são poucos para atender os doentes todos ao mesmo tempo.	B1

33.		
34.	As poucas vezes que venho ao hospital não tenho razões de queixa embora ache que da parte médica poderia haver mais empenho. Enfermagem não tenho razão para me queixar, têm sido sempre ótimos profissionais e acima de tudo muito humanos.	B2
35.	Acho que os doentes não deviam estar tanto tempo à espera para serem atendidos. Se estão doentes não se sentem bem estando á espera.	A
36.	É um bom hospital só que na minha opinião deveria haver talvez mais um ou dois médicos para um atendimento mais rápido como por exemplo ter um deles ou mais para os casos de mais urgência. Outros para casos mais correntes com uma triagem por exemplo.	A B1
37.	Hospital com bons doutores e bons enfermeiros. Acolhedor, mas deveria existir uma placa no interior das urgências que as pessoas ao atenderem seu telemóvel deverão sair para fora das urgências visto que é um local (uma sala) de dor e sofrimento dos doentes e não estamos dispostos a ouvir conversa de passatempo, porque não têm respeito pelos que sofrem, por isso é que recorrem às urgências do hospital.	F
38.		
39.		
40.	O que interessa ter bom equipamento e bom serviço se as pessoas parecem que não querem saber dos doentes. Falam muito nas salas mas é de coisas que lhe interessam.	D
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.	Acho que temos um bom atendimento.	D
49.	Parabães	D
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.	Penso que essencialmente deve ser cada profissional, a melhorar a sua forma de relacionamento com o utente, de modo que o utente tenha uma plena confiança.	E
56.	A minha opinião em relação ao hospital de Anadia é positiva	D
57.	No serviço de Pediatria (Urgência) é necessário haver um médico permanente só naquela secção e não estar a fazer “as duas urgências”.	B1
58.		
59.		
60.	Sem comentários!	D
61.		
62.		
63.	Doutora Iva é extremamente profissional e atenciosa. Não facilitou. É bom sentir confiança nas técnicas de saúde. Parabéns.	B2
64.	Já estou à 30 minutos na sala de espera e não vi nenhum médico, nem entrou nenhuma criança para ser atendida. Se eles estão ocupados não custava informar a sala de espera de que o próximo utente terá de esperar, porque o médico está ocupado “por isto ou por aquilo”. Dá muito mau aspecto, dá impressão de que não ligam.	A D

65.		
66.		
67.	Deveriam estar mais pessoal técnico ao serviço. Exemplo: médicos e enfermeiros, porque quando estão muitos utentes para serem atendidos com certeza que seriam atendidos com mais rapidez.	B1 A
68.		
69.	Os médicos podiam às vezes ter mais compreensão com os utentes e vi-los atender em vez de estar a tomar café ou na conversa. Podem ter uma pausa mas não muito demorada.	B2
70.		
71.		
72.		
73.		
74.	Deviam dar prioridade aos casos mais urgentes e atenderem mais rápido possível visto que existe um certo número de profissionais e para além disso, Anadia ter virado cidade exige isso mesmo.	F
75.		
76.		
77.		
78.		
79.	Sem comentário!	D
80.		
81.	Deviam dar prioridade aos doentes que vieram às urgências nas últimas 24 horas com as mesmas queixas.	F
82.		
83.	Estou satisfeita com todo o apoio vosso, apenas sou nova paciente, não conheço muito neste hospital mas tenho boas informações, e bons atendimentos até aqui, em comparação a Cantanhede fico-vos muito obrigados a toda a equipa médica, enfermagem, como também secretário. Mais uma vez obrigado!!! Continuem.	D
84.		
85.		
86.	O tempo de espera devia ser melhorado e menos demorado.	A
87.		
88.	Acho que este hospital tem melhorado significativamente em relação à evolução a muitos outros que conheço.	D
89.	Fui muito bem atendida pelo enfermeiro, caloroso e simpático. O atendimento da médica foi simplesmente arrugante.	B2
90.		
91.		
92.		
93.		
94.	Acho que o serviço de urgência no Hospital de Anadia está a melhorar cada vez mais.	D
95.		
96.		
97.		
98.	Deveriam haver sempre mais médicos. O tempo de espera para sermos atendidos é muito grande.	B1 A
99.	Acho que o meu familiar demorou muito para ser atendido. Só quando caiu no chão é que se apressaram a atender.	A D

100.	Muito tempo de espera!!	A
101.	Desculpe de não dar muitas informações. Já há 9 anos que aqui não venho. As paredes são novas e pintadas mas as pessoas também precisam de melhorar	F E
102.		
103.	Anadia já merecia um serviço desta natureza. No entanto acho que deve haver mais formação do pessoal para o atendimento. O serviço de urgência é muito específico.	E
104.		
105.		
106.		
107.	Já cá estive internada e fui muito bem tratada só tenho a dizer muito bem	D
108.		
109.		
110.		
111.		
112.		
113.	Este questionário devia ser para levarmos para casa e pensarmos bem sobre o que nos aconteceu aqui no hospital. Até tenho medo de dizer que as coisas não correram muito bem. Falta muita empatia dos profissionais	D E
114.	Devia haver mais pessoal médico e auxiliar e enfermeiros são já muitos. As condições parecem ser excelentes.	B1 F
115.	Penso que a triagem dos doentes é um aspecto essencial num serviço de urgência. Tenho conhecimento que irá ser implementada, só espero que acertem em quem colocam a fazê-la. Não interessa se é enfermeira ou médica mas tem de ser uma pessoa com capacidades técnicas e humanas.	F E
116.	O tempo de espera devia ser menos.	A
117.		
118.	A existência de mais um administrativo tiraria algum stress ao doente e ao acompanhante.	B1
119.	Ter alguém mais responsável quando há muita gente à espera para tentar acalmar as pessoas porque as pessoas não são capazes de esperar. Mas é preciso uma pessoa experiente.	F E
120.	Penso que os melhoramentos executados no serviço, em termos de sitio físico (sala de espera e a própria urgência) foram muito bons. No entanto a qualidade e quantidade dos profissionais não acompanhou os melhoramentos.	F B1 B2
121.	Espera nunca mais cá voltar. Mas obrigado pelo vosso carinho.	DD
122.		
123.		
124.	Não tenho nada de desfavorável em relação ao atendimento. São todas as pessoas com quem contactei, muito humanas e sensíveis. Pena é que no centro de saúde não seja assim com pessoas com alta formação humana. Obrigada e parabéns a todos.	D
125.	Parabéns pelo serviço!	D
126.		
127.		
128.	Deve existir informação visível sobre as farmácias que estão de serviço no concelho.	F
129.		
130.		
131.	Está tudo bem mas deviam tirar a doutora ... deste serviço porque ela não tem educação nenhuma. Pensa que tem o rei na barriga.	D B2
132.		
133.		
134.	Mais pessoal médico ou substituir algum enfermeiro por um médico.	B1

135.	O que eu tenho a dizer é o tempo de espera para ser atendido, mas por outro lado eu compreendo.	A
136.	No meu entender, o doente quando faz a sua inscrição para a consulta devia constar no recibo o número de atendimento por ordem, excepto casos de maior urgência. Na sala de espera devia haver informação electrónica do nº. De doente que está a ser atendido. Casos urgentes deviam ser assinalados noutra sistema electrónico. Tudo isto para não fazer surgir tantos doentes que estão à espera de serem atendidos.	F A
137.	Acho que os enfermeiros e médicos deveriam ter mais responsabilidade, pois certo dia vim tomar uma injeção para uma alergia e uma enfermeira picou-se acidentalmente na agulha. Quando eu já estava em casa pediram-me que voltasse ao hospital para fazer análises. Eu fui, mas alguns dias depois mandaram-me uma carta para pagar essas mesmas análises.	E D
138.	Uma vez que este hospital irá adoptar o método de triagem de manchester, deveriam começar por colocar 1 elemento da equipa de saúde (médico ou enfermeiro) na recepção para poder estabelecer alguns atendimentos prioritários, por exemplo, dores abdominais severas, que deverá ser atendido no máximo de 10 minutos e não esperar 40 minutos!	F A
139.		
140.		
141.		
142.	Continua a haver coisas a melhorar, nomeadamente o tempo de espera.	A
143.		
144.		
145.	Devem deixar acompanhar um familiar dentro do serviço quando eles têm uma certa idade para se sentirem mais calmos e nós podermos dar mais informações. No outro dia pediram-me por favor para eu entrar e hoje disseram-me que já não precisavam de mim. Está mal para mim!	C
146.	O atendimento é bom. Só quando há épocas de maior afluência deviam ter medidas extraordinárias para as resolver.	D F
147.		
148.		
149.	Na minha opinião deveriam haver mais profissionais para dar resposta no serviço ao elevado número de doentes, atenciosamente.	B1
150.	Deve haver um atendimento mais rápido e menos pessoal a tomar café e a rirem-se.	A B2
151.		
152.	O hospital está equipado com bom pessoal mas em certas alturas deviam ser em maior número para que não tenhamos de esperar horas a fio.	B1 B2 A
153.	Devia ser mais rápido o atendimento. Deviam mexerem-se mais e meter o pessoal a trabalhar.	A B2
154.	Isto cada vez está mais atrasado! O que interessa as obras se o resto está na mesma?	D F
155.	Acho que deviam ter mais médicos ou enfermeiros de serviço para evitar o pânico dos doentes quando estão 2 ou 3 horas à espera. Que este questionário ajude a mudar as mentalidades de quem cá trabalha!	B1 A
156.	Podiam ser mais empáticos com os doentes e famílias!	B1
157.		
158.		
159.	Para mim está tudo muito bem.	D
160.		
161.		

162.		
163.	Falta muito espaço para o estacionamento.	F
164.		
165.		
166.	Gostava que fosse bastante diminuído o tempo de espera, em especial quando se trata de crianças. Embora efectuando “a dita” triagem, continuo a achar que as crianças deveriam ser prioritárias e considero bastante inadequado estar 3 horas nas urgências com uma criança de 4 anos com febre e tosse.	A D
167.	A sala de espera deveria ser maior porque as pessoas estão muito perto umas das outras e podem transmitir doenças. Está sempre muito abafado.	F
168.		
169.	Não deviam fazer esperar tanto os doentes. Principalmente os que estão cheios de dor. Atender em primeiro lugar as crianças pela sua fragilidade e também os idosos.	A F
170.	Está bastante melhor do que o que estava.	D
171.	Deveria haver maior número de médicos de serviço incluindo um pediatra para as crianças. Julgo que no resto as coisas funcionam menos mal. Da parte dos médicos deveria haver mais atenção e disponibilidade para ter um atendimento mais personalizado.	B1 B2
172.		
173.	O pessoal quando está quase a mudar de turno parece que deixa de trabalhar e parece que estão cansados e não atendem mais ninguém.	F B2
174.	Quando estive no hospital alguns dias atrás, ao que se refere este comentário, sentia-me no limite das minhas forças, fui comunicá-lo quase a chorar à administrativa e ela não me deu grande atenção e carinho. Limitou-se antipaticamente, a dizer que esperasse. É único além da espera aspecto que julgo ser negativo. As pessoas deviam receber formação adequada e tentarem aproximarem-se dos outros colegas administrativos. Em relação aos enfermeiros e médicos acho excelente.	D B2 E
175.	Há muita gente nos corredores e parece que há falta de organização quando alguma coisa está a correr mal.	F
176.		
177.		
178.		
179.		
180.	Este hospital é o exemplo do nosso país. N.B. com a mesma formação do que os outros hospitais, o pessoal é diferente, porquê?	D
181.		
182.		
183.	Na sala de espera devia haver um aparelho para chamar os doentes visto que muitos se queixam que não ouvem a médica a chamá-los.	F
184.		
185.		
186.		
187.		
188.	Não demorem tanto tempo para nos atenderem.	A
189.		
190.		
191.	Do que eu conheço, o atendimento é aceitável.	D
192.	Demoram muito tempo para atenderem um doente e não explicam porquê.	A
193.	Penso que deveriam ter mais profissionais de saúde nas urgências, especialmente em determinadas alturas como por exemplo neste “surto de gripe”. Isto é que deve ser uma boa	B1 F

	gestão de recursos. Não deveria acontecer eu estar já à espera há 3 horas e ainda ter umas 10 pessoas à minha frente.	A
194.		
195.	Em geral o atendimento e a rapidez é satisfatória quando não há muita afluência. Mas quando há muitos doentes deveriam colocar mais pessoal médico e administrativo.	A B1
196.	Deveriam, na minha opinião, melhorar apenas o tempo de espera que o doente tem para ser atendido. Deveriam fazer uma triagem para escalonar os doentes mais urgentes e não estarem indiferentes ao que se passa na sala de espera.	A F
197.	Em épocas de gripes deveria haver mais médicos. Os acidentes deveriam ser atendidos em outro local por outros médicos.	B1 F
198.		
199.	Sempre gostei muito deste hospital. Era bom que o de Coimbra fosse assim.	D
200.		
201.		
202.		
203.	O RX deve estar mais tempo aberto para que os doentes não tenham de ir a Coimbra.	F
204.		
205.	Apenas o atendimento deveria ser mais rápido para que os doentes não se sintam desconfortáveis na sala de espera muito cheia.	A D
206.		
207.		
208.		
209.		
210.	Espera que melhorem o tempo de espera e que o atendimento e tratamento sirva também para explicar o porquê da nossa doença e não somente e de uma forma fria, diagnosticar e medicar sem qualquer outra ajuda.	A C
211.		
212.		
213.		
214.	É inaceitável que o direito à assistência dos serviços de saúde seja um serviço "pré-pago". Parece que estão mais preocupados com as questões administrativas do que com a qualidade do atendimento e mais humanização dos serviços.	F D
215.		
216.	Gostaria de dizer que há funcionários que não deveriam trabalhar aqui trabalhar por não serem prestáveis às pessoas. Já assisti a vários casos em que as pessoas estão muito mal e não eram atendidas de imediato. Até eu tive de dar a minha vez.	B2 A
217.		
218.	Ps.: a temperatura não está muito elevada? Globalmente o serviço está bom e pode melhorar ainda mais. Não descurem este serviço e sentir-se-ão realizados e por tal não é preciso mais trabalho.	F
219.		
220.		
221.	Atendimento mais rápido.	A
222.	Não tenho qualquer reclamação a fazer até agora. Mas é bom que todo o funcionamento hospitalar seja feito com grande capacidade técnica mas também humana. Sei que é difícil mas certas pessoas são capazes, é preciso descobri-las.	F E
223.	Penso que são precisos mais médicos.	B1
224.		
225.	Não basta ser muito bom tecnicamente. É preciso saber ouvir e saber falar com determinadas	E

	peessoas.	
226.		
227.		
228.		
229.	Até ver nenhum comentário.	D
230.		
231.		
232.		
233.		
234.		
235.	Todas as vezes que aqui venho ou com os meus familiares ainda não tive nada a apontar aos doutores e enfermeiros e auxiliares. A todos dou um bem haja pelo vosso trabalho e que Deus vos ajude.	B2 D
236.	O espaço da sala de espera deveria ser maior para acolher de forma mais “saudável” todos os utentes. O atendimento deveria ser mais rápido e para isso era só colocar mais médicos no serviço.	F A B1
237.	Mais calor humano no atendimento de certas pessoas; mais seriedade no serviço, principalmente no pessoal de enfermagem que por vezes se esquecem dos doentes e conversam mais entre si; as esperas no serviço são muito longas; deveriam colocar mais médicos.	C E A B1
238.	Gostava que por vezes os doentes não fossem tão abandonados nas macas e os médicos e enfermeiros lhes dessem mais atenção, nem que fosse só para dar conforto espiritual, porque não gosto de ver médicos e enfermeiros aos montes e a gozarem com os doentes.	B2 F
239.		
240.		
241.	Mesmo a triagem, primeiro atendimento, deveria ser mais rápida.	A
242.	Bom.	D
243.	Todos os serviços públicos deveriam ser assim.	D
244.		
245.		
246.	O tempo de espera é muito o que traduz falta de pessoal ou má gestão. Mesmo vivendo em Anadia, por vezes desloco-me ao hospital de Coimbra. Por vezes quando vêm o seu turno a terminar os funcionários e médicos tornam-se antipáticos.	A B1 F
247.		
248.		
249.		
250.		
251.		
252.		
253.	Mais formação sobre atendimento aos funcionários deste serviço.	E
254.	Quando o serviço está superlotado temos dificuldade em sermos atendidos mais rapidamente.	A
255.		
256.		
257.		
258.		
259.	Acho que precisam de mais médicos porque tudo é muito lento. Em relação ao atendimento são muito prestáveis.	B1 D
260.	Eu venho muitas vezes a este serviço a acompanhar alunos da escola. Acho o serviço ótimo mas tenho uma observação a fazer: os médicos que estão a atender adultos não deveriam ser os	D F

	mesmo que atendem crianças, porque como elas têm prioridade, os adultos depois estão mais tempo à espera.	
261.	O atendimento deveria ser mais rápido para não esperarmos muito tempo, já basta o tempo que estamos à espera de uma injeção lá dentro.	A F
262.		
263.		
264.		
265.		
266.	As informações sobre os nossos familiares doentes deveriam ser mais frequentes.	C
267.	A qualidade do atendimento é prejudicada pelas horas intermináveis em que se está à espera sem ver alguém que nos pergunte o que temos.	D A C
268.	Se possível coloquem mais um médico no serviço de urgência.	B1
269.	Deve haver mais pessoal qualificado e com conhecimentos técnicos e humanos neste tipo de serviços. Não basta saber muito de urgência, é preciso também conhecer a "pessoa".	E
270.	O meu comentário é para que quando existem "surto" de gripe como o actual, o serviço disponibilize mais médicos para que o tempo de espera seja um pouco diminuído.	F B1 A
271.		
272.	Num nível geral este serviço de urgência torna-se eficaz, apenas tenho a dizer para melhorarem o tempo de atendimento do doente. Assim garantiam melhor qualidade no atendimento geral e as pessoas não ficavam tão influenciadas pelo tempo de espera.	D A
273.	As instalações são óptimas mas precisam de ter mais médicos.	D B1
274.	Podem continuar assim que estão bem mas é preciso mais um médico.	D
275.	Graças a Deus não tenho tido dificuldades por cá vir. Tanto eu como a minha família gostamos de cá vir e gostamos do atendimento de todos.	D
276.	Apenas acho que o atendimento deveria ser mais rápido. Afinal se investiram tanto em equipamentos e estrutura podiam ter mais pessoal médico. Já agora acho que deviam colocar ventilação na sala de espera: é pequena e pouco arejada quando está muita gente.	A B1 F
277.		
278.		
279.	Melhem mais em tudo!	D
280.		
281.	Há enfermeiros e médicos que passam muito tempo em conversas de casa e esquecem-se que estão no seu local de trabalho que, só por acaso até é um hospital!	B2 F
282.		
283.		
284.		
285.	Gostava que no serviço de urgência o atendimento fosse efectuado com mais eficácia e rapidez. Quanto ao resto, por ter estado internado e conhecer bem o hospital, acho que fui sempre bem atendido.	A D
286.		
287.	Deveriam ser dadas mais informações sobre o serviço por alguém um pouco habilitado para as informações sobre os doentes que muitas vezes o administrativo não tem condições para o fazer. O serviço é completo e amoroso.	C D
288.		
289.		
290.	Penso que deveria haver um médico pediatra diariamente.	B1

291.	O tempo de espera é muito demorado. Tratando-se de uma urgência o atendimento tem de ocorrer em mais curto espaço de tempo e não após 3 horas de espera que vejo um enfermeiro.	A F
292.	Este hospital já merece um pediatra permanente porque passamos aqui um dia inteiro para sermos consultados. Deviam fazer uma triagem mais eficaz.	B1 A F
293.		
294.	O meu comentário é apenas dirigido à falta de humanidade muitas vezes às pessoas velhinhas só porque são velhas, vão muitas vezes para casa em más condições. Só porque estão um pouco mais aliviadas vão embora. Daqui a algum tempo todos os novos também serão velhos.	D E
295.	Só acho que o serviço de urgência está muito demorado. Deviam ter mais médicos a fazer urgências.	A B1
296.		
297.	A primeira impressão é de certo modo a mais importante e confesso que o serviço administrativo carece de qualidade, boa disposição e boa formação. Independentemente de umas pessoas estar cansada ou não, tem de desempenhar as suas funções sempre da melhor forma possível para não incitar os pacientes a não voltarem a este hospital.	E B2
298.		
299.	A urgência deveria ter mais pessoal médico.	B1
300.	Deviam promover a formação em relações humanas a todos os funcionários do serviço de urgência para aprenderem a atender um ser humano.	E
301.		
302.		
303.		

MISSÃO

O Serviço de Urgência presta nas 24 horas, cuidados de saúde na área da urgência/emergência **a todos os utentes**, assente nos seguintes princípios: eficácia, eficiência, equidade, responsabilidade e qualidade.

VISÃO

Tornar o Serviço de Urgência do Hospital José Luciano de Castro-Anadia numa referência regional de **Qualidade Total (técnica, científica e relacional)**, na prestação de cuidados de saúde urgentes/emergentes, com a finalidade de alcançar a máxima satisfação dos seus utentes e profissionais.

PRINCÍPIOS

- **Personalização** de cuidados;
- **Respeito** pelos direitos e deveres dos doentes;
- Desenvolvimento de políticas de **qualidade**;
- Estabelecimento de **doentes prioritários**.

ADMISSÃO AO SERVIÇO

- O Hospital de José Luciano de Castro – Anadia, no Serviço de Urgência, adoptou um sistema de triagem de prioridades com base em cores: o **Sistema de Triagem de Manchester**.
- Este sistema permite aos utentes serem atendidos por critérios clínicos de gravidade e não por ordem de chegada.

SERVIÇOS DISPONÍVEIS

- Imagiologia;
- Electrocardiografia;
- Análises clínicas (dias úteis das 9H às 18H), restantes períodos o serviço dispõe de máquina para análises emergentes;
- Serviço Social;
- Serviços Religiosos;
- Serviço de Cozinha;
- Fisioterapia;
- Psicóloga.

MÉTODO DE TRABALHO

- Um técnico de cada grupo profissional é responsável pelos cuidados que prestam a cada utente. Sempre que pretender informações ou esclarecer dúvidas **deverá contactar esse profissional**;
- Todos os utentes têm direito a acompanhamento por um familiar ou pessoa significativa (dependente da situação clínica);
- É garantido o segredo profissional.

COLABORE CONNOSCO

- Diga-nos a pessoa a quem podemos dar informações sobre o seu estado de saúde, dando-nos o seu nome e contacto telefónico.
- Participe activamente em todo o processo de cuidados.
- Dê-nos as suas sugestões.

LOCALIZAÇÃO / CONTACTOS

O **Serviço de Urgência** situa-se no Piso 0 do Hospital José Luciano de Castro-Anadia.

Morada:

Rua da Misericórdia

Apartado 93

3781 – 909 Anadia Codex

Telefone: 231 510 422

Fax: 231 510 438

E-mail: urgencia@hdanadia.min-saude.pt

ÁREA DE TRABALHO

- Urgência Geral
- Urgência Pediátrica: das 8 às 23H. A partir das 23H, dado que permanece apenas um médico no serviço, as urgências passam a ser conjuntas.
- Emergência: Para situações de grande gravidade.

RECLAMAÇÕES / SUGESTÕES

A fim de melhorarmos continuamente o nosso trabalho pedimos-lhe que apresente **sempre** as suas sugestões e reclamações.

Para o efeito o serviço tem ao seu dispor:

- **Sugestões:** existe um impresso próprio. Sugerimos que seja utilizado e colocado na caixa de sugestões azul , localizado na recepção do Serviço de Urgência. É expressamente confidencial.
- **Reclamações:** Existe o **Livro Amarelo**, que pode solicitar à administrativa na recepção do serviço.

Em alternativa tem ao seu dispor o **Gabinete do Utente**, que está localizado no piso 0 deste hospital.

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO



**HUMANIZAR
CUIDAR
INFORMAR**