

LEILA CRISTINA COELHO BORRALHO

GABINETE DE APOIO AO IDOSO NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA DO CHUA: UTOPIA OU REALIDADE?



UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
Escola Superior de Educação e Comunicação  
2023

LEILA CRISTINA COELHO BORRALHO

GABINETE DE APOIO AO IDOSO NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA DO CHUA: UTOPIA OU REALIDADE?

Mestrado em **Gerontologia social**

**Dissertação** efetuada sob orientação de:

**Professora Doutora Ana Catarina Baptista de Jesus Correia**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Escola Superior de Educação e Comunicação

2023

# Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência do CHUA (Faro): Utopia ou realidade?

## Declaração de Autoria do Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(Leila Cristina Coelho Borralho)

Copyright © Leila Cristina Coelho Borralho

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

## **AGRADECIMENTOS**

**Mesmo diante de um percurso extenso e repleto de desafios, o ato inicial de avançar é o mais importante para o sucesso da jornada.**

A concretização desta dissertação só foi alcançada graças à disponibilidade e apoio de um conjunto de pessoas. Durante o meu percurso académico aprendi que o conhecimento não se constrói apenas individualmente, mas também é fruto das ligações e colaborações estabelecidas ao longo do caminho. É com um profundo reconhecimento e gratidão que expresso o meu apreço a todos aqueles que estiveram ao meu lado durante todo este percurso.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Ana Catarina Baptista, cuja orientação, apoio e dedicação foram fundamentais para a realização deste trabalho. As suas sugestões e perspetivas moldaram não só o conteúdo do trabalho, mas também a minha própria compreensão sobre a temática.

Aos meus colegas e amigos, que partilharam as suas perspetivas e experiências, e dessa forma enriqueceram o meu próprio crescimento académico, agradeço do coração.

Ao meu namorado e à minha família, que sempre foram um pilar de apoio inabalável, merecem um agradecimento especial. As suas palavras de encorajamento nos momentos difíceis foram muito importantes para me motivar a continuar.

Gostaria também de expressar o meu sincero agradecimento aos participantes do estudo, cuja contribuição e disponibilidade foram essenciais para a realização deste trabalho. A disponibilidade em partilhar a sua experiência e conhecimentos enriqueceram significativamente esta investigação. Agradeço por terem dedicado o vosso tempo e esforço.

Por fim agradeço a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade.

**A todos o meu muito obrigada!**

## RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento significativo do número de pessoas idosas, tornam evidentes as consequências nos serviços de saúde, resultando em custos crescentes e sobrecarga dos serviços. A consciencialização deste cenário é fundamental para o planeamento e adaptação das instituições de saúde às necessidades dos idosos.

O Serviço de Urgência é frequentemente um ambiente muito agitado, marcado pela carência de profissionais de saúde e dificuldades em atender a todas as situações que necessitam de apoio. No caso dos idosos, existe uma interseção entre doenças agudas e outras patologias crónicas associadas, juntamente com fragilidades sociais, o que torna a sua situação muito mais delicada e exige cuidado especializado.

O objetivo principal deste estudo é averiguar a necessidade da criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (Faro). Trata-se de uma pesquisa de metodologia mista, de natureza exploratória e descritiva, direcionada aos utentes idosos que recorrem ao serviço de urgência da instituição e seus familiares.

Através da revisão de literatura, análise estatística e entrevistas realizadas, tornou-se evidente que a implementação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência é essencial para garantir cuidados especializados e individualizados a este grupo populacional. A crescente procura pelo serviço de urgência por parte dos utentes idosos, aliada às suas necessidades específicas, torna a criação do referido Gabinete numa proposta concreta e viável, representando uma realidade que deve ser abordada pelos serviços de saúde. Neste sentido, foi elaborada uma proposta de criação de Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência. Através desta investigação, espera-se fomentar um avanço significativo na qualidade do atendimento e dos cuidados prestados à população idosa e seus familiares, com intuito de alcançar um padrão de excelência nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idoso, Serviço de Urgência, Cuidado Especializado

## ABSTRAT

The increasing aging population and the significant rise in the number of elderly individuals make it evident that there are consequences for healthcare services, resulting in escalating costs and a burden on the system. Awareness of this scenario is essential for the planning and adaptation of healthcare institutions to the needs of the elderly.

The emergency department environment often proves hectic, marked by a shortage of healthcare professionals and challenges in addressing all situations requiring support. For the elderly, a convergence of acute illness and associated chronic conditions, coupled with social vulnerabilities, renders their situation much more delicate and necessitates specialized care.

The main objective of this study is to investigate the necessity of establishing an elderly Support Office in the Emergency Department of the University Hospital Center of the Algarve (Faro). This research employs a mixed-method approach, exploratory and descriptive, targeting elderly users accessing the emergency department of the institution and their families.

Through literature review, statistical analysis and conducted interviews it has become evident that the implementation and Elderly Support Office in the Emergency Department is essential to ensure specialized and individualized care to this population group. The increasing demand for emergency services by elderly users, coupled with their specific needs, transforms the creation of the Office a concrete and viable proposal, representing a reality that should be addressed by healthcare services. In this regard, a proposal for the establishment of an Elderly Support Office in the Emergency department has been developed. Through this research, it is hoped to promote a significant improvement in the quality of care provided to the elderly population and their families, aiming to achieve a standard of excellence in healthcare services.

**Keywords:** Aging, Elderly, Emergency Department, Specialized Care

# ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRAT .....	v
ÍNDICE DE TABELAS .....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	viii
LISTA DE SIGLAS .....	ix
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	15
1. Envelhecimento, Saúde e Doença .....	15
2. Hospitalização, Declínio funcional e Fragilidade .....	18
3. Serviço de Urgência.....	22
3.1 A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência.....	26
3.2 Humanização de Cuidados no Serviço de Urgência .....	29
3.3 Comunicação no Serviço de Urgência .....	32
CAPÍTULO II – METODOLOGIA .....	36
1. Problemática e objetivos do estudo .....	36
2. Tipo de estudo .....	38
3. Contexto do estudo .....	39
4. Participantes do estudo .....	41
5. Procedimentos de recolha de dados.....	43
6. Procedimentos para análise de dados .....	44
7. Considerações éticas.....	46
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	48
Dados obtidos sobre o Serviço de Urgência .....	48
Dados obtidos através das Entrevistas .....	52
1. Desafios do serviço de Urgência.....	52
2. Necessidades e Dificuldades dos Idosos no Serviço de Urgência .....	56
3. Articulação e Comunicação no Serviço de Urgência .....	61
4. Dificuldades dos Familiares dos Utentes Idosos no Serviço de Urgência.....	64
5. Propostas de melhoria no Serviço de Urgência .....	66
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	72
1. Desafios do Serviço de Urgência.....	72

2. Necessidades e Dificuldades dos Idosos no Serviço de Urgência.....	75
3. Articulação e Comunicação no Serviço de Urgência .....	77
4. Dificuldades dos Familiares dos Utentes Idosos no Serviço de Urgência .....	79
5. Propostas de melhoria no Serviço de Urgência .....	80
<b>CAPÍTULO V – ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM GABINETE DE APOIO AO IDOSO NO SU DO CHUA.....</b>	<b>86</b>
1. Justificação e Benefícios .....	86
2. Objetivos.....	87
3. Estrutura e Funcionamento .....	89
4. Desafios e Limitações.....	92
5. Resultados Esperados .....	93
<b>CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>109</b>
Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA .....	110
Anexo 2 - Avaliação do Encarregado da Proteção de Dados da UALG .....	111
Anexo 3 - Questionário de aplicação das normas de ética nas dissertações do 2º ciclo da ESEC da UALG .....	113
Anexo 4 - Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados. ....	114
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>115</b>
Apêndice A – Guião de entrevista aos profissionais do SU do CHUA.....	116
Apêndice B – Codificação das entrevistas.....	118
Apêndice C – Transcrição das entrevistas .....	132

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 2.1 - <i>Características sociodemográficas dos participantes do estudo</i> .....	42
Tabela 3.2: <i>Número de episódios no SU por grupo etário entre 2018 e 2022</i> .....	49
Tabela 3.3: <i>Caracterização do perfil do idoso (&gt;65 anos) que recorre ao SU do CHUA de 2018 a 2022</i> .....	51

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1: <i>Número de Episódios de utentes adultos admitidos no SU do CHUA entre 2018 e 2022</i> .....	49
Figura 3.2: <i>Desafios do Serviço de Urgência: Categorias e subcategorias</i> .....	53
Figura 3.3: <i>Perceção dos entrevistados relativamente aos comentários da comunidade sobre o serviço de urgência: categorias e subcategorias</i> .....	55
Figura 3.4: <i>Perceção dos entrevistados relativamente às necessidades e dificuldades dos idosos no serviço de urgência: categorias e subcategorias</i> .....	57
Figura 3.5: <i>Perceção dos entrevistados sobre a articulação e comunicação no Serviço de Urgência: categorias e subcategorias</i> .....	62
Figura 3.6: <i>Dificuldades dos familiares no serviço de urgência: categorias</i> .....	65
Figura 3.7: <i>Propostas de melhoria para o serviço de urgência: categorias e subcategorias</i> .....	66
Figura 3.8: <i>Sistematização dos resultados: categorias e subcategorias</i> .....	70

## **LISTA DE SIGLAS**

AVD - Atividades da Vida Diária

CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve

CMR - Centro de Medicina Física e Reabilitação

DGS – Direção Geral de Saúde

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GAISU – Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOC - Seleção Otimização e Compensação

SUB – Serviços de Urgência Básicos

SU - Serviço de Urgência

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade atual que se manifesta em todos os países do mundo e figura entre as mudanças sociais mais importantes do século XXI, abrangendo diversos setores da sociedade, desde o domínio laboral e financeiro até às esferas habitacionais, de transporte, estruturas familiares e relações intergeracionais (Nações Unidas, 2021).

O envelhecimento individual é um processo gradual e dinâmico, caracterizado pela progressiva alteração das funções físicas, psicológicas e sociais ao longo do tempo. Evolve a interação entre fatores genéticos ambientais e de estilo de vida, que influenciam a forma como cada indivíduo envelhece (Organização Mundial de Saúde, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS), estabeleceu que indivíduos idosos são aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, independentemente do género (World Health Organization, 2002). No entanto, em Portugal e na maioria das sociedades europeias, consideram-se idosos os indivíduos com 65 anos ou mais (PORDATA, 2021).

O envelhecimento populacional ou demográfico é caracterizado pela gradual diminuição da proporção das gerações mais jovens em favor das gerações mais velhas. Essa transformação deriva de uma queda na taxa de natalidade, resultando na redução da base da pirâmide etária, e, conseqüentemente, no aumento da representatividade das gerações mais velhas no topo (Bandeira et al., 2014).

Analisando o cenário em Portugal, é notório o aumento significativo do índice de envelhecimento, que evoluiu de 27,5% em 1961 para 182,1% em 2021 (PORDATA, 2021). Esta mudança substancial é refletida numa percentagem de indivíduos com mais de 65 anos, que representa cerca de um quarto da população, totalizando 23,4% (PORDATA, 2021). A mesma fonte indica a queda na taxa bruta de natalidade, que passou de 24,1% na mesma data para 8,2% em 2020. De acordo com Moreira (2020), Portugal assume-se como o terceiro país da Europa com maior proporção de idosos, ficando atrás apenas a Itália e a Grécia. Esta situação inverteu-se comparativamente ao ano 1960, quando Portugal figurava como o quarto país com menor percentagem de idosos. Adicionalmente, o Instituto Nacional de Estatística (2021), divulgou que no período entre 2018 e 2020, a esperança média de vida à nascença foi estimada de 81,06

anos. Essa notável evolução é um reflexo das melhorias nas condições de vida e bem-estar, bem como do acesso mais facilitado aos cuidados de saúde (Bandeira et al., 2014).

É importante salientar que, pese embora o aumento da esperança média de vida em Portugal se situe dentro da média europeia, tal não significa que os portugueses mais velhos vivam com saúde e qualidade de vida. Pelo contrário, a tendência aponta para uma prolongada longevidade acompanhada por uma menor qualidade de vida (Moreira, 2020).

Para garantir um envelhecimento saudável entre indivíduos com mais idade, é de suma importância fomentar o desenvolvimento da capacidade funcional, tanto física quanto psicológica, e fomentar a sua interação com o meio circundante, com o objetivo de promover o bem-estar individual. Neste contexto, há um reconhecimento crescente da relevância de todos os elementos e componentes que compõem a vivência de cada idoso, dos hábitos de vida aos apoios e oportunidades oferecidos pela sociedade (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Ao tomar consciência do envelhecimento populacional e ao reconhecer o expressivo aumento da população idosa, torna-se evidente antecipar as implicações que essa realidade trará para os serviços de saúde. Um dos impactos notáveis é o crescente número de indivíduos mais velhos que procuram atendimento nas unidades hospitalares (Lee et al., 2018), o que inevitavelmente acarreta um aumento nos custos e uma sobrecarga dos recursos e serviços disponíveis (Almeida & Gomes, 2021).

A familiarização com o contexto hospitalar e a frequente confrontação com situações delicadas a nível emocional, físico e psicossocial envolvendo utentes idosos, aliadas às observações recorrentes sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que ecoam na comunidade, despoletaram a necessidade intrínseca de aprofundar conhecimentos sobre a realidade vivida pelas pessoas idosas dentro das instalações hospitalares. Foi justamente essa introspeção sobre o tema, impulsionada pela procura de coerência entre valores e interesses pessoais e profissionais, que fundamentou o pressuposto para a realização desta investigação. O foco central recai especificamente na melhoria da qualidade e humanização dos cuidados prestados aos utentes idosos.

O processo de reflexão íntima e a avaliação dos próprios valores e motivações conduziram ao compromisso de explorar, de uma forma mais abrangente e fundamentada, as dinâmicas complexas que envolvem o cuidado hospitalar direcionado aos idosos. Essa iniciativa alinhada com os princípios de qualidade e humanização dos serviços de saúde

destaca o potencial desta investigação para elaborar estratégias que promovam um atendimento mais humanizado e eficaz, ressoando com as necessidades e expectativas deste grupo etário cada vez mais significativo na sociedade.

Diariamente, um número considerável de idosos é admitido no hospital, vindo de instituições onde residem ou sendo transportados por ambulâncias, principalmente quando vivem sozinhos e não têm acompanhantes. Algumas vezes são acompanhados por familiares ou cuidadores. Contudo, a maioria dos idosos enfrentam o processo de hospitalização sem presença de uma pessoa de referência ao seu lado (Borges & Vargas, 2011).

É amplamente reconhecido, que um Serviço de Urgência (SU) é um local com um ambiente muito agitado, com escassez de profissionais de saúde, o que dificulta a abordagem de todas as situações que necessitam de cuidados (Kelley et al., 2011). Ainda que todos os utentes que recorrem ao SU necessitem de cuidados imediatos de doenças agudas, o que os deixa frágeis e desconfortáveis, no caso dos idosos existe uma união entre a doença aguda com todas as outras patologias crónicas associadas e, concomitantemente, fragilidades sociais, tornando a sua condição notavelmente mais delicada (Oliveira et al., 2017; Santo & Ferreira, 2018). Por esses motivos, os utentes com mais idade requerem um cuidado especializado, que implica uma vigilância mais intensa, mais tempo despendido e, conseqüentemente, maior necessidade de recursos (Azeredo, 2014).

Perante o exposto, torna-se imperativo encontrar respostas abrangentes e preventivas para a conjuntura atual, através da articulação entre profissionais de saúde, hospital e instituições sociais. Assim, é necessário estabelecer políticas públicas de saúde e desenvolver estratégias que enfrentem de forma eficaz esses desafios (Santo & Ferreira, 2018). Nesta perspetiva, o presente estudo é concebido com o objetivo de aprofundar a compreensão desta realidade e propor soluções pertinentes para superar estes desafios.

O presente estudo assenta no paradigma misto, com uma metodologia quantitativa e qualitativa, recorrendo ao estudo exploratório e descritivo, com foco nos utentes idosos que recorrem ao SU do Centro Hospitalar da Universitário do Algarve (CHUA), bem como nos seus familiares ou cuidadores. O contexto do estudo centra-se no SU do CHUA, mas concretamente na Unidade de Faro.

A elaboração de uma investigação exige a formulação de uma questão precisa, com a finalidade de conduzir o estudo. Como resultado, a questão de partida formulada para a problemática do estudo é: “Será utopia ou realidade a necessidade de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve?”.

A delimitação de objetivos é fundamental para obter respostas à questão principal da pesquisa. Neste contexto, o principal objetivo do estudo consiste em averiguar a necessidade da criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA (Faro). Tendo em vista a consecução do objetivo mencionado, delinearão-se os seguintes objetivos específicos: 1) caracterizar o perfil do idoso que recorre ao SU do CHUA; 2) identificar os principais desafios enfrentados pelo SU do CHUA; 3) averiguar a perceção da equipa multidisciplinar acerca das necessidades e dificuldades dos utentes idosos durante a sua permanência no SU do CHUA; 4) compreender a perceção da equipa multidisciplinar acerca da articulação e comunicação do SU do CHUA entre os diferentes interlocutores; 5) conhecer a perceção da equipa multidisciplinar acerca das dificuldades dos familiares ou cuidadores dos utentes idosos no SU do CHUA e 6) Elaborar uma proposta de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA.

Todos os objetivos deste estudo foram alcançados com sucesso. Destaca-se especialmente a elaboração de uma proposta para criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA (Faro), uma iniciativa destinada a melhorar significativamente o atendimento neste contexto. Esta proposta surge como solução eficaz de baixo impacto financeiro, alinhada com as crescentes necessidades da população idosa e com os desafios enfrentados pelo SU, garantindo uma abordagem holística e humanizada.

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e encontra-se estruturado de acordo com a evolução do processo de investigação, dividindo-se em seis capítulos.

O primeiro capítulo abrange o enquadramento teórico da problemática em estudo, onde serão introduzidos conceitos teóricos relevantes e estudos previamente realizados no âmbito desta temática. No segundo capítulo, delinea-se o percurso metodológico que orienta o desenvolvimento deste estudo, abrangendo o tipo de estudo, a caracterização do contexto e os participantes, os procedimentos para a recolha de dados e análise de dados, além das considerações éticas que sustentaram a elaboração deste estudo. O terceiro

capítulo engloba a apresentação e análise dos dados, seguido pelo quarto capítulo, no qual se procede à discussão dos resultados obtidos. No quinto capítulo, é apresentada uma proposta de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA, visando aprimorar a qualidade de atendimento e cuidado prestados aos utentes idosos e suas famílias. Por fim, no sexto capítulo são apresentadas as principais conclusões, limitações do estudo e sugestões para investigações futuras nesta área.

# CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

## 1. Envelhecimento, Saúde e Doença

O interesse pelo processo de envelhecimento tem perdurando ao longo de milhares de anos. Durante a primeira metade do século XX, foram realizados vários estudos sobre o processo de envelhecimento, não apenas do ponto de vista biomédico, mas também sob perspectivas sociais (Phillips et al., 2010).

Segundo os autores supramencionados, o envelhecimento da população consiste num processo pelo qual um grupo experiencia um aumento progressivo no número real de indivíduos com mais idade na sua população total. Estas mudanças foram desencadeadas em grande parte pelo desenvolvimento socioeconómico, pela melhoria na saúde e nos estilos de vida, contribuindo para a diminuição das taxas da mortalidade e natalidade. Como resultado, verifica-se o aumento da esperança média de vida e a redução do número de nascimentos (Phillips et al., 2010). O aumento do número de pessoas idosas tem vindo a refletir em implicações governamentais, nomeadamente o aumento de custos de saúde e assistência social (Phillips et al., 2010).

O envelhecimento individual consiste num processo pelo qual os indivíduos acumulam anos, e ocorre desde o nascimento até à morte. É um processo gradual e dinâmico, caracterizado pela progressiva alteração das funções físicas, psicológicas e sociais ao longo do tempo. Envolve a interação entre fatores genéticos ambientais e de estilo de vida, que influenciam a forma como cada indivíduo envelhece (Organização Mundial de Saúde, 2015). De acordo com Phillips et al. (2010), o envelhecimento tem quatro dimensões:

**1) Cronológica:** número de anos decorridos desde o nascimento, embora não seja reconhecida como uma medida abrangente do envelhecimento. No entanto, fornece aos indivíduos meios para distinguir papéis e relacionamentos, com base em comportamentos e expectativas associados a diferentes grupos de idades;

**2) Biológica:** denominada senescência, refere-se ao declínio de células ou organismos, constituindo eventos biológicos que ocorrem com o avançar do tempo e que prejudicam o sistema fisiológico, tornando o organismo mais propício a doenças e

aumentando a suscetibilidade à morte. Pode ser influenciado por diversos fatores, como nutrição, genética, presença de doenças e fases da vida do indivíduo;

**3) Psicológica:** envolve mudanças ao nível de personalidade, atitudes e funcionamento mental, abrangendo áreas como a memória, aprendizagem, inteligência ou raciocínio, e também afeta processos sensoriais e perceptivos;

**4) Social:** abrange mudanças de papéis e relacionamentos com outras pessoas, assim como com estruturas sociais mais amplas, à medida que os indivíduos atravessam diferentes fases da vida, advindo uma diminuição de participação social. O envelhecimento social afeta não só a percepção individual da identidade, mas também pode ser influenciado por contextos sociais e culturais nos quais o indivíduo está inserido.

Durante a década de 1970, desencadeou-se um desenvolvimento do estudo científico do envelhecimento, que posteriormente emergiu como um campo multidisciplinar (Phillips et al., 2010). Diante disto, as perspectivas psicológicas melhoraram a compreensão de como as atitudes em relação ao envelhecimento influenciam as experiências da vida adulta, e de como as pessoas mais velhas interpretam o envelhecimento e quais estratégias adotam para lidar com as alterações de saúde, funcionamento psicológico, relações sociais e circunstâncias materiais (Phillips et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, os gerontologistas ampliaram a consciencialização sobre o papel que o bem-estar pode desempenhar no aumento da dependência econômica e marginalização social na vida adulta.

Bernard e colaboradores (2000, citado em Phillips et al., 2010) sugerem que, através de perspectivas biográficas, é possível demonstrar o quão heterogênea é a experiência do envelhecimento e como isso se reflete numa vida com diversas experiências, com implicações sobre o modo como cada indivíduo encara o envelhecimento, especialmente para as mulheres.

O processo de envelhecimento implica mudanças corporais e emocionais que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos, causando fragilidade e manifestações físicas e mentais, que predispõem o indivíduo a desenvolver patologias. Como resultado, a capacidade funcional é comprometida pelo declínio físico e mental (Ortiz & Wanderley, 2011).

O envelhecimento individual pode subdividir-se em 3 tipos: o normal, o patológico e o ótimo/bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990). O envelhecimento normal ocorre quando o indivíduo não apresenta quaisquer patologias mentais ou biológicas. O envelhecimento patológico envolve a existência de patologias associadas ao próprio processo de envelhecimento. Por outro lado, o envelhecimento bem-sucedido refere-se a um processo em que existe uma baixa probabilidade de ocorrência de doença e incapacidade, permitindo que as capacidades biológicas e psicológicas se adaptem bem ao processo de envelhecimento (Baltes & Baltes, 1990).

Em 1961, Havigurst foi o primeiro autor a apresentar uma definição de envelhecimento bem-sucedido (Gonçalves, 2015). No entanto na década de 90, Rowe e Kahn (1997) propuseram a definição mais reconhecida e citada de envelhecimento bem-sucedido. Os autores distinguiram o envelhecimento normal, do envelhecimento bem-sucedido. Este modelo tem por base três critérios multidimensionais: 1) Evitar doenças e incapacidade: manter um estilo de vida saudável é essencial para minimizar o risco de desenvolvimento de doenças em idades mais avançadas; 2) Elevada funcionalidade física e cognitiva: a prática de exercício físico e atividades de lazer, bem como o apoio emocional de familiares e amigos assumem um papel fundamental. O nível de escolaridade e a percepção da autoeficácia também influenciam a manutenção das atividades cognitivas; 3) Engajamento com a vida: é necessário manter este envolvimento de modo a evitar isolamento social, uma vez que este constitui um fator de risco para a saúde. O apoio social pode ser uma ferramenta útil para obter efeitos positivos na saúde (Rowe & Kahn, 1997).

Posteriormente, e após algumas investigações, Baltes e seus colaboradores (1990), desenvolveram o modelo denominado Seleção, Otimização e Compensação (SOC), que se baseia em ganhos e perdas. Este modelo propõe estratégias para lidar com as alterações à medida que a idade avança (Baltes & Baltes, 1990; Gonçalves, 2015).

O conceito de “saúde” é expresso pela OMS como bem-estar físico, mental e social. Neste sentido, as políticas e programas de promoção de saúde mental são tão importantes quanto aquelas que melhoram o estado de saúde física (World Health Organization, 2002). O modelo formulado por Marc Lalonde (1974, citado por Scliar, 2007), analisa os fatores que influenciam o campo de saúde: 1) A biologia humana, que engloba a genética hereditária, os processos biológicos ao longo da vida e as dimensões

de envelhecimento; 2) O meio ambiente, que abrange o solo, a água, o ar e o contexto laboral; 3) O estilo de vida, no qual implica comportamentos que comprometem o estado de saúde, como hábitos tabágicos, alcoólicos ou a prática de atividade física; 4) Organização de assistência à saúde, que compreende não apenas os serviços de ambulatório, hospitalares e acesso a medicação, mas também a qualidade da água ingerida e da alimentação.

A saúde mental é definida pela OMS como “um estado de bem-estar em que o indivíduo reconhece as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade”(Conselho Nacional de Saúde, 2019 p.5). Neste sentido, confere ao adulto mais velho a possibilidade de agir, promover o seu desenvolvimento e preservar a sua identidade e autonomia, em diversos contextos.

Conforme Ribeiro (2012), é essencial compreender como os adultos mais velhos percebem o seu estado de saúde e doença, no que diz respeito à sua individualidade e estilo de vida. Neste contexto, o limite entre saúde e doença permanece por esclarecer, sofrendo mudanças ao longo da história, o que condiciona a avaliação do estado de saúde dos indivíduos idosos (Ribeiro, 2012).

No que respeita às expectativas, quer sejam positivas ou negativas, desenvolvidas e estabelecidas por este grupo etário nesta fase da vida, depreende-se que estas interferem no domínio do conforto, bem-estar, saúde e qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011). Segundo os autores supracitados, os indivíduos que manifestam expectativas positivas possuem melhor capacidade em lidar com as adversidades da vida, ao passo que aqueles que apresentam expectativas negativas estão mais propensos a alterações físicas e cognitivas, assim como uma menor adesão a tratamentos e estilos de vida saudáveis.

## **2. Hospitalização, Declínio funcional e Fragilidade**

É do conhecimento geral que a população em situação concreta de doença e/ou ameaça de vida tem necessidade de recorrer à hospitalização. No que refere à população mais idosa, o risco de hospitalização aumenta, o que pode influenciar a capacidade física e emocional (Cabete, 2005). A experiência de hospitalização para a pessoa idosa envolverá maioritariamente sentimentos negativos, uma vez que se trata de um ambiente

desconhecido, desconfortável e impessoal, no qual o utente se encontra rodeado de profissionais dos quais depende o seu bem-estar, conforto, saúde e a própria vida (Dinis, 2006). Esse ambiente pode resultar no agravamento de problemas de saúde, aumentando o risco de mortalidade e morbidade.

Estudos reconhecem que a hospitalização origina um risco elevado de declínio funcional, podendo afetar a qualidade de vida e o bem-estar, mesmo após a alta hospitalar. Em muitos casos, esse declínio não está diretamente relacionado com o motivo da hospitalização (Admi et al., 2015; Tavares et al., 2021).

O declínio funcional é definido como a perda da capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD) de forma independente, como tomar banho, vestir-se e ir à casa de banho, limpar a casa e fazer compras. Isso resulta no decréscimo do estado funcional, o desenvolvimento de síndromes geriátricas e outros eventos adversos (Hébert, 1997). É importante assinalar os fatores de risco de declínio funcional para a identificar os utentes com maior probabilidade de enfrentar essa situação. Segundo Admi e colaboradores. (2015), os fatores associados ao declínio funcional incluem a mobilidade reduzida durante a hospitalização, estado nutricional, uso excessivo de dispositivos de continência urinária, polimedicação e fatores ambientais. Em Portugal, um estudo foi conduzido para identificar os preditores de declínio funcional, e os fatores mais significativos durante a hospitalização foram: o histórico de internamento prévio, o acesso ao apoio social, o défice cognitivo, a contenção mecânica e a ausência de parceiro (Tavares et al., 2021).

Desta forma, a população mais velha requer cuidados de saúde eficazes, focados não apenas na prevenção e no tratamento de doenças, mas também em intervenções que previnam ou atrasem o declínio funcional (Hoogerduijn et al., 2014). Os autores mencionados desenvolveram um modelo de prevenção e constataram que, através de quatro perguntas simples, os utentes em risco de declínio funcional podem ser facilmente identificados no momento da admissão hospitalar. Isto permite fazer distinção entre os utentes que precisam de cuidados especializados, daqueles para os quais os cuidados hospitalares regulares serão suficientes. Para aqueles que estão em risco, podem ser implementadas etapas adicionais para adaptar as intervenções preventivas (Hoogerduijn et al., 2014).

Na literatura, idosos com problemas relacionados com a diminuição da condição física são considerados frágeis. A fragilidade pode ser definida como um estado

fisiológico de maior vulnerabilidade, que causa exaustão física e psicológica decorrente da diminuição das reservas fisiológicas e até mesmo da desregulação de vários sistemas fisiológicos (Fried et al., 2001). Indivíduos com fragilidade são mais suscetíveis a desenvolver múltiplas condições a longo termo (Parker et al., 2006) o que leva ao aumento da necessidade de apoio físico, emocional ou social (Nicholson et al., 2017).

Nicholson e seus colaboradores (2017) consideraram imprescindível adaptar e desenvolver o conhecimento teórico existente para adequar os cuidados de saúde aos diferentes contextos e grupos de utentes. Neste âmbito, foi desenvolvido um Modelo Integrado de Apoio ao Cuidado que fornece uma estrutura acessível para sustentar o desenvolvimento futuro e avaliação de intervenções focadas em idosos com fragilidade. O modelo apresenta sete princípios de apoio: (1) assegurar o cumprimento dos principais aspetos relacionados com o cuidado; (2) comunicar e estabelecer contacto com o utente; (3) envolver o cuidador e família; (4) construir uma imagem da pessoa e suas circunstâncias; (5) tomar decisões e oferecer orientações sobre os melhores cuidados para a pessoa; (6) incentivar a autoajuda e a conexão com um suporte mais abrangente e (7) apoiar os utentes durante as transições no cuidado. A nível organizacional, pode ser utilizado como auxiliar na organização do atendimento nos diferentes grupos profissionais. Os autores concluíram que o apoio nos cuidados pode ajudar a equipa hospitalar a enfrentar os desafios da complexidade da fragilidade, por meio de avaliações multidisciplinares das necessidades do utente, cuidador e família, sem se concentrar apenas ao tratamento médico (Nicholson et al., 2017).

Adicionalmente, situações de hospitalização em episódios agudos, nomeadamente ortopedia por trauma, cardiologia ou medicina aguda, existe uma elevada prevalência de problemas de saúde mental, apesar de o ambiente ser improvável para existência destes problemas (Goldberg et al., 2012). Os autores supramencionados identificaram, no seu estudo, que mais de metade dos utentes com mais de 70 anos, admitidos no hospital, apresentam problemas cognitivos. Este comprometimento cognitivo poderá ter implicações a nível comportamental, como por exemplo agressão e agitação, podendo levar a uma dependência funcional, o que dificulta a tarefa de cuidar por parte dos profissionais (Goldberg et al., 2012).

Para além disto, o ambiente hospitalar pode exercer outras consequências psicológicas negativas nos utentes mais velhos, como a sensação de desvalorização, medo e perda de controlo sobre si mesmos (Bridges et al.,2010).

Uma resposta comum perante esta problemática centra-se no desenvolvimento de cuidados sociais e de saúde integrados para pessoas idosas com necessidades complexas, focando-se em melhorar a qualidade do atendimento aos utentes e cuidadores, garantindo que os serviços sejam bem coordenados em função das suas necessidades (Wodchis et al., 2015).

Wodchis e seus colaboradores (2015) realizaram estudos de caso com base em sete programas integrados de saúde e assistência social para idosos com necessidades complexas em diferentes países. O principal objetivo era identificar exemplos relevantes desses programas aos decisores políticos e prestadores de serviços, visando garantir uma melhor conceção e implementação de cuidados integrados. Verificaram que todos os programas contavam com um responsável de atendimento que assume o papel de apoiar os utentes e cuidadores ou familiares, fornecendo informações essenciais sobre o tratamento, assegurando a presença nas consultas, garantindo o cumprimento da toma de medicação e encaminhamento para os serviços adequados. Estes profissionais são facilitadores no acesso aos cuidados de saúde e possuem formação especializada e experiência em cuidar de pessoas idosas. Todos os programas demonstraram resultados positivos em termos de satisfação dos utentes e redução na utilização de hospitais (Wodchis et al., 2015).

Importa destacar um estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (2015), no qual as autoras verificaram a necessidade de melhorar a qualidade de gestão e assistência do acolhimento geriátrico no SU, através do desenvolvimento e implementação de estratégias de organização nos fluxos de atendimento, e ainda melhorar as capacidades das equipas. Salientam ainda a importância de melhorar a rede entre os serviços de urgência, cuidados primários e outros serviços locais.

### 3. Serviço de Urgência

Segundo o Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências (2019, p.2), o despacho normativo nº 11/2002 estabeleceu o serviço de urgência hospitalar, sendo que o artigo 1º afirma:

“1 – O Serviço de Urgência é considerado serviço de ação médica hospitalar.

2- Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas das definições de urgência e emergência criação essa dirigida à progressiva diferenciação e maior disponibilidade dos profissionais neles integrados”

Os serviços de urgência podem ser classificados em Polivalentes, Médico-cirúrgicos e Básicos (SUB). Estes últimos estabelecem apenas os serviços mínimos, incluindo a sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019). No caso do CHUA, na Unidade de Faro, o SU é classificado como polivalente e médico-cirúrgico (Urgência Polivalente/Médico-cirúrgica – CH | Algarve, 2022).

Segundo o Despacho nº 18459 de 2006, “a emergência e urgência médica são entendidas como a situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais” (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019, p. 2).

A Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência define urgência como um episódio clínico que requer uma intervenção para avaliação e/ou correção num curto espaço de tempo, seja para fins curativos ou paliativos, enquanto emergência é definida como uma situação que envolve a possibilidade de vida ou função orgânica, necessitando de intervenção imediata (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019).

Os serviços de urgência encontram-se abertos 24 horas por dia, durante 365 dias por ano, e são caracterizados por serem ambientes complexos e de alta acuidade. Têm necessidade em atuar com rapidez e eficácia face ao elevado número de utentes admitidos num curto espaço de tempo, o que exige aos profissionais de saúde agilidade e capacidade de adaptação para prestar um serviço com qualidade (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019).

Um utente com necessidade de assistência médica urgente/emergente é admitido no sistema e posteriormente encaminhado para a triagem. O protocolo utilizado para a triagem de prioridades no SU do CHUA é a Triagem de Manchester, que tem como finalidade hierarquizar o atendimento de forma justa e objetiva. Para isso, é atribuída uma cor ao utente, de acordo com a sua prioridade. Essa cor representa não apenas o grau de gravidade, como também estabelece tempos-alvo para o atendimento médico (Grupo Português de Triagem, 2010).

Assim, os utentes com cor vermelha são classificados como casos emergentes, com tempo de espera atribuído de 0 minutos; os utentes com cor laranja são considerados muito urgentes, com um tempo de espera de 10 minutos; os utentes com cor amarela são classificados como urgentes, com um tempo de espera para atendimento de 60 minutos; em seguida, os utentes com cor verde e azul são categorizados como pouco urgentes e não urgentes, respetivamente com tempos de espera de 120 e 240 minutos (Grupo Português de Triagem, 2010). De acordo com a mesma fonte, este protocolo sendo objetivo, sistematizado e validado cientificamente, oferece maior segurança tanto para o utente, quanto para os profissionais de saúde, melhorando a organização dos serviços de saúde.

Conforme estabelecido no Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014, p. 20673), o artigo 20 relativo à Estrutura Física e Recursos Materiais define que: “devem ser respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente, e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar”. Além disso, “as áreas de circulação, nomeadamente os corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas”.

Adicionalmente, o Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014, p. 20677), no artigo 21º que se refere aos Recursos Humanos e à Formação, assinala que: “a articulação e integração de processos e de cuidados entre os SU e restantes serviços hospitalares, quer os que prestam apoio direto, quer os que recebem doentes internados, numa perspetiva de cuidados centrados no doente, de forma humana, célere e eficiente” e ainda que “a promoção das competências e as capacidades mínimas de Médicos, Enfermeiros e restante pessoal e definir claramente a sua formação, titulação e creditação”.

Uma das grandes dificuldades presentes no SU, é que a palavra *urgência* frequentemente não é compreendida da forma mais apropriada, levando a um entendimento desacertado por parte dos utentes de que este serviço está sempre disponível e acessível, o que por vezes leva ao uso inadequado do mesmo (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019). De acordo com a mesma fonte, esta situação acaba por sobrecarregar o SU e pode desviar a atenção dos profissionais de saúde dos casos mais graves. Além disso, a sobrecarga do serviço tem vindo a aumentar progressivamente ao longo do tempo, conduzindo ao aumento dos custos (Almeida & Gomes, 2021), do tempo de espera, mortalidade, erros de transição de doentes, atrasos na prestação de cuidados iniciais a doentes críticos, bem como uma redução na segurança dos utentes. Isso também se traduz na diminuição de macas disponíveis devido à ocupação por doentes internados a aguardar transferência (Sokolski et al., 2019; Yarmohammadian et al., 2017).

Conforme mencionado no Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgências (2019), o SU é designado para realizar admissões, triagem e encaminhamento de doentes, sendo que a alta desses utentes pode resultar em internamento ou transferência para outras unidades hospitalares ou para o exterior. No entanto, muitas vezes os utentes com indicação de internamento necessitam aguardar vaga num serviço de internamento hospitalar no próprio SU, transformando essa área numa espécie de unidade de internamento, desprovida dos recursos necessários e adequados para essa finalidade (Boyle, 2023; Pereira, 2018; Yarmohammadian et al., 2017).

A permanência inadequada dos doentes no SU conduz ao “internamento no corredor”, convertendo-se numa das complicações mais graves das instituições (*Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*, 2019). De acordo com Dawson et al. (2008), cerca de 50% a 75% dos utentes do SU, ficam internados. Apesar de os atrasos nas fases de transferências dos utentes não estarem sob o controlo dos SU e requererem intervenções em todo o sistema, é relevante perceber o impacto significativo que esta conjuntura pode ter na sobrelotação do SU (Yarmohammadian et al., 2017).

Os principais desafios de um SU centram-se na necessidade de atender todos os utentes de forma rápida e eficaz, realizar uma triagem correta, trabalhar de forma organizada, lidar com a sobrecarga de trabalho, enfrentar a carência de profissionais, entre outros (Sokolski et al., 2019).

É de salientar um estudo realizado no SU do CHUA, na Unidade de Faro, que procurou averiguar os principais problemas ou desafios deste serviço. Entre os resultados encontrados, destacam-se: profissionais sujeitos às multitarefas; stress e exaustão profissional; dificuldades na comunicação; falta de material clínico e consumíveis; falta de segurança; doentes internados no SU; referências excessivas das SUB para o SU; permanência de utentes no SU mais de 12 horas; espaço físico desajustado e número reduzido de computadores disponíveis para os profissionais (Pereira, 2018).

Por sua vez, noutra estudo realizado, concluiu-se que a problemática de escassez de recursos humanos e as suas dimensões desajustadas do SU, podem ser a causa de stress nos profissionais. Esta situação está relacionada com diversos aspetos, tais como a estrutura física inadequada, carência de recursos humanos, elevado número de utentes ou relações interpessoais e profissionais conflituosas (Souza et al., 2017). Além de stress, as condições de trabalho podem também gerar desmotivação e desânimo nos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho (Reshidi et al., 2020).

Todas as situações relativas aos desafios do SU podem comprometer todo o processo de cuidado humanizado e a relação entre as equipas (Souza et al., 2017). Avaliar os desafios do SU representa um exercício necessário para refletir sob o ponto de vista organizacional e público (Boyle, 2023). Por conseguinte, torna-se necessária a implementação de mudanças no ambiente de trabalho do SU, bem como na prática de prestação de cuidados (Reshidi et al., 2020).

Adicionalmente, a satisfação dos utentes pode ser um indicador pertinente de qualidade dos serviços de saúde (Pais et al., 2023). Desta forma, os autores anteriormente citados realizaram um estudo para avaliar a satisfação dos utentes num SU na região norte de Portugal. Os resultados mostraram que uma grande parte da amostra apresentou níveis médios e baixos de satisfação. Um dos fatores analisados neste estudo foi a privacidade e a comunicação que ressalta a necessidade de desenvolver estratégias de melhoria para este fator (Pais et al., 2023). Neste âmbito, salienta-se outro estudo realizado em Portugal, com o objetivo de identificar os principais fatores de satisfação dos utentes. Os resultados demonstraram que os principais fatores preditores de satisfação incluem a comunicação, o atendimento médico e o tempo de espera (Abidova et al., 2020).

### **3.1 A Pessoa Idosa no Serviço de Urgência**

Em todos os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), é evidente o aumento da esperança de vida, resultante da sobrevivência a doenças agudas e crónicas (Wodchis et al., 2015). Deste modo, torna-se expectável o aumento do número de admissões no SU, sendo esta afluência mais considerável ao nível dos adultos mais velhos (Martin-Khan et al., 2013; Schnitker et al., 2016a; Steinmiller et al., 2015).

Em Portugal, os utentes idosos apresentam um tempo de permanência no SU superior quando comparados com utentes mais jovens, apesar de uma triagem mais prioritária (Oliveira et al., 2017). Os autores explicam os resultados do estudo pela complexidade do diagnóstico e dos tratamentos necessários para estabilizar este grupo de utentes. Contudo, durante a permanência prolongada, podem surgir complicações no estado de saúde dos utentes idosos, assim como preocupações em relação à sua privacidade, conforto, autonomia e liberdade, independentemente de que as suas condições básicas estejam asseguradas (Almeida & Ferreira, 2021). Além disso, a permanência prolongada muitas vezes está associada à escassez de recursos e respostas sociais, bem como à falta de apoio ou ao tempo necessário para que as famílias se reorganizem diante de uma nova realidade na condição de saúde do utente idoso, aliada a problemas financeiros, os quais estão diretamente relacionados com o adiamento prolongado da alta hospitalar (Almeida & Ferreira, 2021).

De acordo com o estudo de Almeida e Gomes (2021), cujo principal objetivo era analisar os motivos da utilização frequente do SU por parte das pessoas idosas, constatou-se que a maioria dos motivos que levaram os idosos a recorrer ao SU estava relacionada com períodos de agudização de doenças crónicas, superando as razões associadas a situações de doença aguda, como acidentes ou quedas.

Já em 1992, o autor Sanders, demonstrou preocupação com os problemas de lotação e recursos inadequados do SU, bem como a necessidade de adaptar os serviços para a população envelhecida. Esta realidade conduziu ao aumento de investigações científicas focadas no cuidado do utente idoso (Bláhová et al., 2020), na medida que, considerando o volume de trabalho constante e a organização do atendimento hospitalar, o tempo disponibilizado para prestar atenção especial à pessoa mais velha é frequentemente subvalorizado (Andrade et al., 2018; Patterson et al., 2011). Segundo

Patterson et al. (2011), os utentes com idade mais avançada tendem a receber cuidados de qualidade inferior em comparação com utentes de outros grupos etários, apesar da crescente exigência de cuidados de saúde. Adicionalmente, os profissionais de saúde enfrentam maiores dificuldades no cuidado dos utentes idosos, uma vez que as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento influenciam a forma como as patologias se manifestam, sendo mais complexa a interpretação dos sinais e sintomas dessas patologias (Andrade et al., 2018).

É fundamental compreender as características e necessidades atuais da população idosa, para que seja possível estabelecer protocolos específicos de prestação de cuidados relevantes e direcionados para este grupo de utentes (Schnitker et al., 2016).

Face ao referido, os autores Kelley e colaboradores (2011), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o impacto de um episódio num SU nos utentes com mais de 75 anos, compreendendo aspetos como o ambiente físico, clima social, políticas e procedimentos hospitalares, bem como as influências do sistema de saúde no SU. No que respeita ao espaço físico, foram identificados problemas de superlotação, ruído e limitação de espaço, sem recursos adequados para o conforto e facilidade de trabalho, tais como equipamentos e instalações adaptadas especialmente para idosos. Este grupo de utentes também relatou falta de privacidade, interrupção do sono e dificuldades de mobilidade. No que toca ao ambiente social, os participantes descreveram-no como “agitado” e “caótico”, identificando falta de conforto, atenção emocional, formação e segurança familiar. Os autores acrescentam as dificuldades em satisfazer as necessidades básicas dos utentes mais velhos, nomeadamente nutrição, hidratação, idas à casa de banho, mobilidade, medicação, assim como necessidades sociais e emocionais, que abrangem a privacidade, saúde mental e a explicação do tratamento ou outras intervenções médicas. No que concerne à comunicação, os autores observaram falhas, especialmente no utente idoso e frágil que não se encontrava acompanhado pela pessoa de referência. Esta situação potenciou dificuldades em expressar necessidades e compreender explicações relativas aos diagnósticos ou tratamentos, gerando medo e insegurança. Relativamente às políticas e procedimentos hospitalares, todos os participantes destacaram a insuficiência de recursos humanos, levando à sobrecarga dos profissionais e aumento dos tempos de espera. Os utentes eram frequentemente colocados nos corredores, enquanto aguardavam Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), comprometendo o fluxo normal de trabalho. Por último, os autores

notaram a carência de educação e formação em várias áreas, incluindo problemas de saúde relacionados ao envelhecimento, comunicação entre os profissionais de saúde com os utentes e famílias, abuso de idosos e práticas de cuidados culturais e étnicos. Os profissionais de saúde reconheceram dificuldades no atendimento a utentes com demência e sintomas de confusão, agitação e agressão. Todos os participantes identificaram a necessidade de educar, tanto os utentes mais velhos, como as suas famílias acerca dos serviços hospitalares e comunitários, assim como fornecer orientações para os cuidados primários, uma vez que estes utentes muitas vezes procuram o SU como forma obter serviços comunitários ou domiciliários. Em suma, é importante salientar que o estudo acima mencionado contribuiu para uma compreensão aprofundada das necessidades dos utentes idosos, tanto da perspectiva dos próprios utentes, quanto dos profissionais de saúde e dos informantes da comunidade. Desta forma, é útil no sentido de possibilitar a identificação de áreas que podem ser alvos de mudança, visando melhorar o atendimento a este grupo de utentes. Isto tem como objetivo aumentar a satisfação dos utentes e suas famílias, bem como das equipas multidisciplinares (Kelley et al., 2011).

Com base no exposto e considerando aumento previsto do número de utentes com idade mais avançada a recorrer ao SU, Banerjee et al. (2013) e Martin-Khan et al. (2013) destacam a urgente necessidade de estabelecer uma estrutura de qualidade para o cuidado desta faixa etária no SU. Adicionalmente, tem sido demonstrado que a prestação de cuidados de elevada qualidade está associada a maiores taxas de sobrevivência e melhores resultados no estado de saúde dos utentes idosos (Higashi et al., 2005). Como tal, o desenvolvimento e seleção de indicadores de qualidade, permitem a alocação adequada de recursos financeiros, educacionais ou de gestão, de modo a potenciar a qualidade em diferentes áreas da saúde, neste caso, no contexto do SU (Martin-Khan et al., 2013). Os autores supramencionados ressaltam a importância de dividir a população idosa que recorre ao SU em três subgrupos, uma vez que, além dos problemas gerais relacionados com o envelhecimento, esta população apresenta questões adicionais e necessidades especiais que podem comprometer a qualidade dos cuidados. O primeiro subgrupo abrange os utentes com alterações cognitivas, que enfrentam dificuldades de memória, raciocínio e percepção. O segundo subgrupo engloba indivíduos mais velhos que residem em cuidados de longa duração ou Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Estes indivíduos, no geral, apresentam histórias clínicas mais complexas, maiores tempos de espera e mais tendência a falecer no hospital. Por último, o terceiro subgrupo inclui os

idosos em fim de vida, para os quais o ambiente do SU pode ser particularmente perturbador. Embora necessitem de cuidados paliativos, o SU muitas vezes não se encontra adequadamente capacitado para fornecer este tipo de assistência (Martín-Sánchez et al., 2013).

Por último, importa mencionar um projeto de intervenção geriátrica elaborado por Craswell e colaboradores (2016) na Austrália direcionado ao SU. O projeto visa melhorar o atendimento a utentes idosos, e, simultaneamente, encaminhá-los de forma adequada para os serviços comunitários existentes. Esta intervenção é liderada por uma equipa multidisciplinar, composta por um médico e enfermeiros com experiência em idosos frágeis e educação em gerontologia, que realiza uma avaliação geriátrica e coordenação de cuidados a utentes mais frágeis. A equipa está disponível sete dias por semana para receber os utentes admitidos no SU e prestar-lhes o melhor atendimento possível. Durante esse processo, recolhem informações sobre o estado de fragilidade do utente, permitindo identificar aqueles que mais podem beneficiar desde modelo de intervenção. Essas informações são cruciais para apoiar uma alta segura. Além disso, os profissionais dessa equipa possuem uma linha telefónica específica que estabelece uma ligação entre o utente idoso, sua família, cuidador, médicos e outros profissionais relevantes. A equipa também facilita a transferência para as especialidades médicas quando necessário, assegurando que os idosos permaneçam o menor tempo possível no SU, de modo a evitar o declínio funcional.

### **3.2 Humanização de Cuidados no Serviço de Urgência**

A humanização tem sido um tema amplamente discutido na área da saúde, valorizando os aspetos emocionais nas práticas de saúde (Melo et al., 2019; Meneses, 2019).

A humanização em saúde assume uma elevada importância, na medida em que aborda valores éticos e morais, contribuindo para melhorar a qualidade na saúde, uma vez que o utente não espelha apenas uma doença, mas sim um ser humano único (Antunes et al., 2018). De acordo com as autoras supracitadas, a humanização manifesta-se na forma de cuidar, abordar, compreender, perceber e respeitar o utente em situação de fragilidade. Ainda acrescentam que através da humanização é possível desenvolver modelos de

atenção e de gestão, com enfoque nas necessidades de cada utente, garantindo a dignidade humana e valorizando os profissionais e as relações sociais no contexto laboral.

De acordo com Morgado et al. (2018), em Portugal o conceito de humanização deu origem à elaboração da “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, divulgada pelo Ministério da Saúde no ano de 1997. Essa carta foi posteriormente convertida na “Carta dos Direitos do Doente Internado”, apresentada pela Direção Geral de Saúde (DGS) em 2005 e abrangida pela Constituição da República Portuguesa.

Os profissionais de saúde são apontados como elementos cruciais para a promoção da humanização em saúde, sendo responsáveis pelo acolhimento dos utentes (Valenzuela et al., 2019). Adicionalmente, as autoras identificam as relações humanas entre utente, suas famílias e um trabalho interdisciplinar em equipa como aspetos fundamentais para a prestação de cuidados de saúde.

O cuidado humanizado tem vindo a diminuir nas instituições de saúde devido a várias razões, entre as quais o avanço tecnológico e científico (Antunes et al., 2018). As condições de trabalho precárias, sobrelotação e tempo limitado no contacto com utentes também contribuem para essa diminuição (Sanjuan-Quiles et al., 2018). Por outras palavras, se por um lado os cuidados de saúde estão em constante evolução para tratar períodos de agudização da doença, por outro o cuidado emocional e humanizado tem tendência a diminuir (Antunes et al., 2018).

Valenzuela et al., (2019), referem que o cuidado humanizado abrange elementos-chave, nomeadamente: o profissional de saúde, através de comportamentos de respeito e empatia nos cuidados prestados; as relações humanas, que possibilitam cuidados de saúde contínuos e centrados no utente/família através da comunicação; e a equipa multidisciplinar, que estabelece relações entre os profissionais para promover o trabalho em equipa, no qual todos trabalham para o mesmo objetivo.

Riveros (2020) defende que a humanização de cuidados compreende a existência de cinco condições essenciais: o ser humano, relação profissional-utente, o ato de cuidar, a comunicação e a abordagem holística. Para este autor, sem a incorporação de todos estes atributos, não existe verdadeira humanização, apenas a prática de cuidado vertical e unidirecional. Além disso, Riveros (2020) destaca que a comunicação viabiliza a interação e compreensão no ato de cuidar, desencadeando benefícios mútuos entre a

equipa multidisciplinar e o utente, potenciando assim um atendimento humanizado. Quanto à abordagem holística o autor enfatiza a importância de olhar para o utente como um ser energético, individual e transcultural.

Quando se trata do idoso hospitalizado, a literatura tem demonstrado que a humanização é fundamental para atender às necessidades deste grupo etário, por meio de cuidados diferenciados e individualizados, visando promover a sua autonomia e qualidade de vida (Riviere et al., 2022; Roque et al., 2021; Wachholz & Velho, 2021).

De acordo com Roque et al., (2021), no contexto do cuidado ao idoso, é crucial demonstrar compreensão, respeito, amabilidade e carinho, bem como conversar, olhar, tocar, escutar e aconselhar. As autoras enfatizam a comunicação como um fator primordial para a humanização dos cuidados.

É igualmente relevante salientar a importância de estender o cuidado humanizado à família do idoso hospitalizado. É fundamental compreender a situação enfrentada pela família do idoso, uma vez que, durante esse momento de fragilidade, a família também pode necessitar de atenção e apoio (Gripa et al., 2018; Santos et al., 2022).

Um estudo realizado em Portugal por Melo et al., (2019) teve como objetivo descrever as experiências durante a implementação da Metodologia de Cuidado Humanizado num serviço de saúde. Os resultados revelaram que houve uma maior sensibilização por parte dos profissionais de saúde em relação aos idosos sob os seus cuidados, resultando numa melhor compreensão dos seus comportamentos e maior responsabilidade no ato de cuidar. Além disso, a satisfação profissional, a motivação e trabalho em equipa também aumentaram. Quanto aos idosos, observou-se um aumento na aceitação do cuidado, uma redução no consumo de antipsicóticos e uma diminuição do risco de declínio cognitivo. No que diz respeito aos familiares e cuidadores, o estudo constatou um maior envolvimento no processo de cuidado, o que proporcionou maior aproximação e interação, resultando na melhoria do relacionamento com os idosos. A nível institucional, foi possível contribuir para a mudança na cultura assistencial, com foco na humanização do cuidado. Os autores concluem o seu estudo com a evidência de resultados positivos após a implementação do modelo humanizado, realçando a necessidade de formação dos profissionais de saúde, com vista a melhorar o cuidado humanizado e a promover a dignidade, autonomia e liberdade do idoso e do seu familiar ou cuidador.

### **3.3 Comunicação no Serviço de Urgência**

A comunicação tem vindo a assumir um papel cada vez mais influente na área da saúde (Chermiti, 2022; Ratna, 2019; Shiavo, 2014).

Segundo Shiavo (2014), a comunicação em saúde abrange uma abordagem multifacetada em relação à informação, que se propõe a alcançar diversos públicos na área da saúde. O objetivo é influenciar, envolver e apoiar indivíduos, profissionais de saúde, comunidades e pareceres políticos, visando adotar estratégias, comportamentos e práticas que promovam melhores resultados na saúde.

A comunicação deve constituir um processo de interação entre a equipa multidisciplinar, o utente, os familiares e a comunidade, baseada numa relação intersubjetiva (Cielo et al., 2013).

A qualidade dos serviços prestados na área da saúde depende de uma comunicação e interação eficazes entre as equipas de saúde, tanto internamente como entre diferentes equipas, que são responsáveis pelo cuidado e segurança dos utentes (Santos et al., 2010), com a finalidade de recolher informações, para um planeamento de cuidado individualizado e organizado (Cielo et al., 2013). Os lapsos ou falhas na comunicação entre profissionais de saúde podem resultar na redução da qualidade dos cuidados e até mesmo em erros no tratamento, o que pode prejudicar os utentes (Santos et al., 2010). Portanto, os autores consideram crucial uma comunicação consistente, tanto na passagem de turno quanto na prática diária.

Concomitantemente a isso, a comunicação eficiente entre as equipas multidisciplinares e os utentes, resultante das interações informativas sobre as suas condições de saúde, é fundamental para aprimorar a relação profissional-utente, diminuir a ansiedade e enriquecer a experiência do utente (Blackburn et al., 2019), e influenciando positivamente a sua satisfação (Stefanini et al., 2021). A comunicação eficaz é bidirecional entre o utente e o sistema de saúde, ou seja, caso o utente ou o profissional de saúde não compreenderem claramente as informações transmitidas, a prestação de cuidados fica comprometida (Ratna, 2019).

De acordo com alguns estudos, a comunicação na área da saúde nem sempre ocorre de forma adequada e satisfatória, muitas vezes com falta empatia e sem abordar de

forma holística, ou seja, sem considerar as angústias, medos e sofrimentos dos utentes (Nairn et al., 2004; Ocak & Avsarogullari, 2019; Souza et al., 2021; Stefanini et al., 2021).

Neste contexto, é importante destacar os acompanhantes e familiares como participantes essenciais no processo de cuidado do utente, no sentido de desempenharem um papel significativo na melhoria da condição clínica e recuperação do seu familiar (Ocak & Avsarogullari, 2019; Santos et al., 2010). Assim, considera-se ser crucial integrar os acompanhantes ou familiares por meio de uma comunicação harmoniosa com a equipa multidisciplinar, promovendo a troca de informações e a tranquilização dos mesmos (Santos et al., 2020).

De acordo com Martins (2015), os familiares carecem de informações detalhadas sobre a situação clínica do utente e enfrentam dificuldades em encontrar um interlocutor que seja compreensivo e disponível, o que é fundamental para que sintam segurança de que o seu familiar está a receber cuidados de qualidade. Segundo a mesma autora, muitos familiares tendem a reagir de forma negativa em relação à forma como a informação é transmitida, uma vez que as informações são frequentemente comunicadas em áreas públicas nas salas de espera e corredores, colocando em causa a confidencialidade e privacidade da das mesmas.

Um estudo realizado por Jorge e Madureira (2020) teve como finalidade identificar as necessidades das famílias de pessoas adultas ou idosas em situações críticas admitidas no SU. Os resultados demonstraram que as necessidades consideradas mais significativas pela família estão relacionadas com a segurança e informação, seguidas pela categoria de proximidade. Embora com menor relevância, também foram assinaladas necessidades de conforto e apoio. Os autores ressaltam a importância de incentivar os profissionais a envolverem os familiares na prestação de cuidados, visando proporcionar o melhor atendimento possível.

No que diz respeito ao momento da alta, Pereira e Petronilho (2018) aferiram no seu estudo que os familiares, com regularidade, não recebem informações por parte dos profissionais acerca dos cuidados a prestar ao doente após a alta hospitalar. Isto é particularmente relevante quando os utentes experienciam alterações das suas condições de saúde, o que resulta num aumento da sua dependência nos cuidados. Por conseguinte, é essencial que os familiares sejam informados e preparados para ajudar o utente idoso a retomar as suas capacidades após a alta hospitalar. A equipa de saúde deve assumir a

responsabilidade de fornecer essa preparação e informação, facilitando o processo de alta e possibilitando que os familiares de se adaptem à nova condição clínica do utente (Gonçalves & Freire, 2010).

Na mesma linha de pensamento, é fundamental que equipa de saúde priorize e estabeleça um relacionamento positivo, baseado na confiança, colocando especial ênfase nas expectativas e necessidades dos familiares dos utentes (Ocak & Avsarogullari, 2019).

A barreira linguística representa um fator de impacto significativo na comunicação eficaz entre os profissionais e os utentes (Chermiti, 2022), bem como na qualidade e custos do sistema de saúde (Oliveira et al., 2011). As falhas na superação dessa barreira linguística podem causar erros no diagnóstico e no tratamento, levando à insatisfação tanto do utente como dos familiares (Chermiti, 2022; Oliveira et al., 2011).

Em suma, as interações de comunicação efetivas e informativas entre os profissionais de saúde e os utentes desempenham um papel essencial para uma experiência positiva dos utentes. Assim, é crucial estabelecer os componentes essenciais que englobem essas experiências, visando melhorar as relações entre profissionais de saúde e utentes (Blackburn et al., 2019).

Conforme mencionado por Teixeira (2004) obter e entender uma informação sobre saúde e doença é um direito que pertence a todos nós e aperfeiçoar a comunicação na área da saúde é uma obrigação ética para os profissionais de saúde.

Num estudo com o objetivo de compreender as necessidades dos utentes e das suas famílias relacionadas com a comunicação de informação no SU, bem como desenvolver estratégias para abordar as necessidades identificadas, foram destacadas práticas relevantes para a melhoria da comunicação contribuindo para a redução da ansiedade dos utentes. Uma delas consiste em informar os utentes sobre o tempo de espera, o que permite gerir as expectativas dos mesmos. Adicionalmente, foi reconhecido o potencial da tecnologia como ferramenta útil para aprimorar a comunicação, sendo sugerida a instalação de ecrãs nas salas de espera, através dos quais se transmitam informações relevantes, como exames e procedimentos, equipas de profissionais, tempos de espera e dados estatísticos. Por fim, foram desenvolvidos folhetos informativos abrangendo diversas especialidades do SU e do hospital, para os utentes ficarem cientes do local onde receberão tratamento (Blackburn et al., 2019).

Os investigadores Soares et al. (2020), realizaram um estudo exploratório de abordagem qualitativa com o objetivo de identificar e desenvolver estratégias para melhorar as capacidades de comunicação dos profissionais de saúde num SU de um hospital. Inicialmente, os autores constataram que a comunicação é considerada uma competência imprescindível na organização de trabalho de uma equipa de saúde. Este ponto de partida possibilitou o desenvolvimento de estratégias de comunicação, uma vez que um plano requer uma análise e diagnóstico da situação. Entre as estratégias de melhoria, salienta-se a criação de canais de comunicação entre a equipa multidisciplinar, de modo a direcionar o fluxo de informações e criar vínculos entre os trabalhadores no mesmo nível hierárquico. Adicionalmente, as reuniões e os grupos de admissão multidisciplinar podem atuar de forma positiva na observação, escuta e comunicação, fortalecendo as relações. Além disso, as tecnologias de informação e comunicação (TIC), como a aplicação *WhatsApp*, são ressaltadas, pois podem contribuir para colmatar as limitações presenciais, desde que usadas de forma profissional e adequada, considerando a natureza hospitalar da instituição. Diante do exposto, enfatiza-se a importância de as entidades empregadoras promoverem a educação e formação contínuas e permanentes, de modo a melhorar as suas atuações no ambiente hospitalar e o aperfeiçoamento das competências dos profissionais de saúde (Soares et al., 2020).

## **CAPÍTULO II – METODOLOGIA**

Finalizada a fundamentação teórica, que visou aprofundar o conhecimento da problemática e do seu impacto nos indivíduos em estudo, inicia-se o capítulo do enquadramento metodológico. Nesta parte do trabalho, são apresentados os principais elementos metodológicos que conduziram a sequência desta pesquisa. A seleção da metodologia está intrinsecamente ligada ao foco da investigação, aos objetivos, às questões abordadas e à natureza dos fenómenos em análise, sendo um passo crucial para determinar o sucesso da investigação (Fortin et al., 2009).

Este capítulo é estruturado em torno da problemática e dos objetivos da investigação, o tipo de estudo escolhido, o contexto e os participantes envolvidos, os procedimentos de recolha e análise de dados utilizados e, por último, as considerações éticas inerentes a um estudo desta natureza.

### **1. Problemática e objetivos do estudo**

De acordo com Fortin (1999, p. 62), a pesquisa científica é inerente ao problema de investigação, devendo “demonstrar, com a ajuda de argumentação cerrada, que a exploração empírica da questão é pertinente e que está suscetível de contribuir para o avanço de conhecimentos”. Portanto, um problema de investigação deve envolver a procura de uma compreensão e explicação mais aprofundada do assunto, a fim de possibilitar a formulação de propostas de modificação ou aprimoramento (Fortin et al., 2009).

Neste trabalho em específico, o tema central da pesquisa centra-se no envelhecimento da população, o que representa um desafio significativo para o nosso SNS. Com o aumento substancial da população idosa, é evidente que isso terá impactos consideráveis nos serviços de saúde, nomeadamente o crescente número de idosos a recorrer às unidades hospitalares (Lee et al., 2018) e o correspondente incremento nos custos e na pressão sobre o SNS (Almeida & Gomes, 2021). Diante desta realidade, é de suma importância adaptar a prestação de cuidados e obter uma compreensão mais aprofundada deste grupo populacional.

Diariamente, um número considerável de idosos é admitido no hospital, vindo de instituições onde residem ou sendo transportados por ambulâncias, principalmente quando vivem sozinhos e não têm acompanhantes. Algumas vezes são acompanhados por familiares ou cuidadores. Contudo, a maioria dos idosos enfrentam o processo de hospitalização sem a presença de uma pessoa de referência ao seu lado (Borges & Vargas, 2011). Esta situação é passível de gerar ou intensificar uma sensação de vulnerabilidade e abandono nos utentes mais velhos.

É amplamente reconhecido que o SU frequentemente apresenta um ambiente agitado, com escassez de profissionais de saúde. Os profissionais presentes muitas vezes enfrentam dificuldades em dar resposta a todas as situações que exigem atenção (Kelley et al., 2011). Ainda que todos os utentes que recorrem ao SU necessitem de cuidados imediatos de doenças agudas, o que os deixa frágeis e desconfortáveis, no caso dos idosos existe uma união entre a doença aguda com todas as outras patologias crónicas associadas e, concomitantemente, fragilidades sociais, tornando a sua condição muito mais delicada (Oliveira et al., 2017; Santo & Ferreira, 2018). Dado este contexto, os utentes idosos requerem um cuidado especializado, com maior vigilância, mais tempo despendido e, conseqüentemente, necessidade de mais recursos (Azeredo, 2014).

Com base numa prévia consulta de revisão de literatura, é possível perceber que existem vários estudos empíricos que destacaram as necessidades de cuidados de saúde especializados para este grupo etário (Hshieh et al., 2018), além da importância dos cuidadores informais no contexto de saúde (Bom et al., 2018). Também se verificou que muitos investigadores abordam as necessidades de apoio aos utentes no pós-alta hospitalar, visando promover a recuperação da doença e prevenir readmissões hospitalares, por meio de projetos de intervenção comunitária (Abdi et al., 2019; Linertová et al., 2011).

Com base nas razões previamente explicitadas, colocou-se a seguinte pergunta de investigação: “Será utopia ou realidade a necessidade de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência do CHUA (Faro)?”

Neste contexto, foi estabelecido como **objetivo principal**: Averiguar a necessidade de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA (Faro).

Tendo em vista a consecução do objetivo supramencionado, delinearam-se os seguintes **objetivos específicos**:

- 1) Caracterizar o perfil do idoso que recorre ao SU do CHUA (Faro);
- 2) Identificar os principais desafios do SU do CHUA de acordo com a perceção da equipa multidisciplinar que trabalha no SU do CHUA (Faro);
- 3) Averiguar a perceção da equipa multidisciplinar acerca das necessidades e dificuldades dos utentes idosos durante a permanência no SU do CHUA (Faro);
- 4) Compreender a perceção da equipa multidisciplinar acerca da articulação e comunicação do SU do CHUA entre os diferentes interlocutores no SU do CHUA (Faro);
- 5) Conhecer a perceção da equipa multidisciplinar acerca das dificuldades sentidas pelos familiares ou cuidadores dos utentes idosos no SU do CHUA (Faro);
- 6) Elaborar uma proposta de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA (Faro).

Face à problemática e aos objetivos delineados para o estudo, foi estabelecido o desenho metodológico apropriado para a sua concretização.

## **2. Tipo de estudo**

O presente trabalho de investigação trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de metodologia mista.

Considera-se um estudo exploratório, uma vez que tem como objetivo proceder ao reconhecimento de uma dada realidade, geralmente ainda pouco estudada, com a finalidade de aprofundar o conhecimento (Creswell et al., 2007). Define-se ainda como um estudo descritivo, aplicado quando é necessário descrever fenómenos ou conceitos associados a uma população, com a finalidade em obter características da população em estudo (Fortin et al., 2009).

Segundo Creswell et al. (2007), a metodologia mista engloba a combinação entre os métodos quantitativo e qualitativo. Estes investigadores analisaram esta abordagem e apresentam-na com um método inovador e dinâmico, no qual ambos os métodos podem ser complementares e, de certa forma, contribuir para uma compreensão e explicação mais aprofundada da problemática do estudo, enriquecendo a investigação.

A metodologia qualitativa proporciona uma exploração do diálogo social sobre como os indivíduos percebem e compreendem as suas experiências pessoais, sendo inspirada no paradigma interpretativo (Creswell et al., 2007; Fortin et al., 2009). Desta

forma, recorre-se a esta metodologia para uma compreensão mais aprofundada da realidade dos idosos em contexto de urgência. Os autores Bogdan e Biklen (1994, p. 50) defendem que “*O significado é de importância vital na abordagem qualitativa*”, enfatizando a relevância de priorizar as perspetivas dos participantes da investigação para uma compreensão mais detalhada do fenómeno em estudo.

Neste estudo, a abordagem qualitativa permite uma análise detalhada e singular das perspetivas e diferentes pontos de vista dos profissionais do SU em relação à realidade deste serviço e dos idosos e seus familiares admitidos neste contexto. Estes profissionais possuem uma experiência pertinente e significativa da temática em análise (Fortin et al., 2009). Em suma, a abordagem qualitativa visa a compreensão global de um determinado assunto, através da descrição de experiências, ações ou perceções dos sujeitos da investigação. Importa referir que a subjetividade dos dados deve ser interpretada e estudada de forma objetiva, sem envolvimento pessoal, para evitar distorções na interpretação da realidade (Bogdan & Biklen, 1994).

Por outro lado, a metodologia quantitativa, de acordo com Fortin et al. (2009), envolve um método sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis. Esta abordagem é fundamentada na observação de realidades objetivas, eventos e fenómenos que ocorrem independentemente da intervenção do investigador. Com base neste método, tornou-se possível realizar uma análise de estatística descritiva de dados relacionados com a caracterização geral dos episódios de urgência, bem como dos utentes com 65 anos ou mais, admitidos no SU do CHUA, na Unidade Hospitalar de Faro.

### **3. Contexto do estudo**

O contexto da investigação foca-se no SU do CHUA, mais especificamente na Unidade Hospitalar de Faro.

Atualmente, a Unidade Hospitalar de Faro integra o CHUA, E. P. E., no setor público empresarial. Em 2013, por meio do Decreto-Lei 69/2013 de 17 de maio, o Hospital de Faro, E. P. E. fundiu-se com o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio E. P. E., originando o Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E. (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

Posteriormente, o Decreto-Lei 101/2017 de 23 de agosto, efetivou a agregação do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMRSul) e reforçou a parceria com o

Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve, no âmbito do *Center for Biomedical Research*, resultando na alteração da designação para Centro Hospitalar Universitário do Algarve E. P. E. (CHUA) (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

No presente momento, o CHUA engloba as Unidades Hospitalares de Faro, Portimão e Lagos, assim como o CMRSul e os Serviços de Urgência Básica (SUB) em Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António. Esta abrangência visa fomentar a colaboração entre as diversas unidades, sendo as principais Portimão e Faro (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

O CHUA é responsável por prestar cuidados de saúde a todos os residentes no Algarve e parte do baixo Alentejo, constituindo um total de 600 mil habitantes, excluindo a época sazonal turística, durante o qual se verifica um aumento significativo da população (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

Por conseguinte, a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados, abrangendo não apenas a região do Algarve, mas também parte do Alentejo em algumas especialidades (Conselho de Administração do CHUA, 2019). Adicionalmente, o CHUA inclui na sua missão a investigação e ensino médico em saúde, consolidando-se como uma instituição de referência no SNS (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

Como visão, o CHUA tenciona promover a prestação de cuidados diferenciados de excelência, criando valor em saúde para os utilizadores e a acuidade da investigação em saúde em escala internacional (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

De acordo com a mesma fonte, no que concerne aos valores, destacam-se: 1) Universalidade da sua missão; 2) Cultura de serviço público, com foco no utente e na satisfação do atendimento; 3) Respeito pelos princípios éticos, pela dignidade humana, pelos direitos dos utentes e em elevados padrões de segurança assistencial; 4) Equidade no acesso e utilização aos cuidados que disponibiliza; 5) Trabalho em equipa multidisciplinar; 6) Orientação para a obtenção de resultados em saúde e 7) Efetividade e eficiência na utilização dos recursos disponíveis.

O SU do CHUA é composto por uma Urgência Polivalente, na Unidade Hospitalar de Faro, uma Urgência Médico-Cirúrgica na Unidade Hospitalar de Portimão, e pelos

SUB nas Unidades Hospitalares de Lagos, Loulé, Albufeira e Vila Real de Santo António (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

Para a realização deste trabalho empírico, foi eleito o SU da Unidade Hospitalar de Faro, uma vez que é a única unidade do CHUA que abrange urgência polivalente e cujo volume de atendimentos é substancialmente superior em comparação com as restantes unidades, sendo por isso a Unidade de referência na região do Algarve e parte do baixo Alentejo. A título de exemplo, de acordo com o *Relatório de Gestão e Contas de 2018*, o número total de atendimentos nos SU das várias Unidades do CHUA nesse ano, foi de 348.652. destes, a Unidade de Faro atendeu 127.966 utentes, a Unidade de Portimão atendeu 98.716 utentes e os SUB da região do Algarve atenderam 121.970 utentes (Conselho de Administração do CHUA, 2019).

#### **4. Participantes do estudo**

A seleção dos participantes desempenha um papel crucial num estudo empírico. São esses participantes, que fornecerão dados e informações para construir os fundamentos da investigação, os quais permitirão responder à pergunta de partida e atingir os objetivos inicialmente estabelecidos.

De acordo com a descrição de Fortin et al. (2009) a população consiste num conjunto de indivíduos ou elementos que partilham características comuns específicas. Segundo os mesmos autores, a população-alvo define-se como um grupo específico de interesse para o qual o investigador dirige a sua investigação, identificando características particulares relacionadas com o tema em estudo. O objetivo é generalizar os resultados obtidos a partir da amostra para essa população-alvo. Por outras palavras, as conclusões retiradas da amostra podem ser aplicadas a um âmbito mais amplo do que o próprio grupo da amostra. A amostra, por sua vez, refere-se a um subconjunto da população ou de um grupo de indivíduos que constituem essa população e que apresentam critérios de inclusão definidos com base no fenómeno em estudo (Fortin et al., 2009).

Neste estudo, a seleção dos participantes é de carácter não probabilístico e intencional. Considerando o tema desta investigação, o recurso a informantes-chave é fundamental para facilitar a obtenção de informações e fornecer os dados empíricos adequados para responder à questão de investigação. Os informantes-chave são

indivíduos com conhecimento especializado e aprofundado, bem como uma experiência ativa no contexto da pesquisa, o que os torna capazes de contribuir para a formulação, expansão e clarificação das interpretações do estudo (Bisol, 2012; Bogdan & Biklen, 1994).

Neste âmbito, foram selecionados profissionais de saúde que desempenham funções no SU do CHUA, na Unidade de Faro, e que contactam com idosos na sua rotina laboral, ao longo de vários anos de experiência na sua profissão. Foram excluídos profissionais com menos de cinco anos de experiência em contexto hospitalar. O número de participantes para o estudo foi determinado pela saturação teórica dos dados, ou seja, quando se constatou que a inclusão de novos participantes não contribuiria significativamente com informações adicionais (Fontanella et al., 2011). No total, participaram onze profissionais neste estudo, cujas características sociodemográficas e profissionais estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 2.1 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo**

<b>Código da entrevista</b>	<b>Idade</b>	<b>Género</b>	<b>Profissão</b>	<b>Anos de serviço</b>	<b>Formação Gerontologia</b>
<b>E1</b>	52	♀	Médica	27	Não
<b>E2</b>	34	♂	TSDT - Radiologia	5	Não
<b>E3</b>	48	♀	Enfermeira	27	Não
<b>E4</b>	47	♀	Administrativa	24	Não
<b>E5</b>	37	♀	TSDT - Cardiopneumologia	15	Não
<b>E6</b>	64	♂	Médico Cirurgião	33	Não
<b>E7</b>	49	♂	Assistente Operacional	25	Não
<b>E8</b>	46	♂	Enfermeiro	25	Não
<b>E9</b>	43	♂	Assistente operacional	24	Não
<b>E10</b>	42	♀	Assistente social	10	Não
<b>E11</b>	43	♀	Administradora	14	Não

Conforme é possível observar na Tabela 1, relativamente aos dados sociodemográficos, dos onze funcionários que constituem os participantes da presente

investigação, seis são do género feminino e cinco do género masculino. A faixa etária dos participantes é heterogénea, compreendida entre os 34 e 64 anos, sendo que a maioria dos participantes tem idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos.

Relativamente aos dados profissionais verifica-se que participam dois Médicos, dois Enfermeiros, dois Assistentes operacionais, dois TSDT'S, uma Administrativa, uma Assistente social e uma Administradora. O tempo de serviço varia entre os cinco e os vinte e sete anos, perfazendo uma média de 20,81 anos. Dada a natureza do estudo, considerou-se relevante perceber se os participantes possuíam alguma formação na área da gerontologia ou geriatria. Verificou-se que nenhum dos profissionais dispunha deste género de formação.

## **5. Procedimentos de recolha de dados**

Além das etapas previamente abordadas, a recolha de dados constitui uma das etapas mais importantes no decorrer de um estudo empírico. Compete ao responsável pela investigação determinar a estratégia que melhor se enquadra ao tipo de pesquisa, questões e objetivos do estudo que pretende desenvolver.

Este estudo recorrerá à triangulação, que envolve a combinação de métodos e perspetivas, para adquirir novos conhecimentos sobre um fenómeno e alcançar conclusões válidas da temática a estudar (Creswell et al., 2007; Fortin et al., 2009). Assim sendo, nesta triangulação de métodos, é incluída uma componente de análise estatística que segundo Silvestre (2007), é uma abordagem que se foca em recolher, organizar, analisar e interpretar informações numéricas de forma quantitativa. Neste caso, foram solicitados e analisados os dados do SU do CHUA e dos utentes com mais de 65 anos que foram admitidos neste serviço nos últimos cinco anos, de modo a clarificar o objetivo inicialmente proposto de caracterizar o perfil do idoso, obtendo informações sobre a idade, género, proveniência, causa de admissão, grau de triagem atribuído e destino de alta.

Quanto à segunda componente da recolha de dados, utilizou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada. Esta abordagem foi escolhida devido à sua capacidade de explorar o envolvimento dos entrevistados na temática em questão e compreender os significados que atribuem às suas experiências (Resende, 2016). Segundo Bogdan e

Biklen (1994), as entrevistas podem variar consoante os graus de estruturação, podem ser abertas, onde o entrevistador propõe um tema ao entrevistado, e permitindo que este desenvolva determinados tópicos e conteúdos. Neste caso, o entrevistador tem um papel crucial na condução dos assuntos discutidos no decorrer da entrevista. Outro tipo comumente utilizado, é a entrevista semiestruturada, como é o caso deste estudo. Neste tipo de entrevista, o entrevistador possui conhecimento dos tópicos a abordar e pretende obter as perspetivas dos entrevistados, comparando essas perceções entre os diferentes participantes do estudo.

Face ao exposto, foi desenvolvido um guião de entrevista (Apêndice A) especificamente para o efeito, dirigido aos profissionais que atuam SU do CHUA, na Unidade de Faro.

As entrevistas procuraram esclarecer a necessidade de criar de um Gabinete de Apoio ao Idoso no SU do CHUA, além de identificar as melhores estratégias para a sua implementação. As entrevistas direcionadas aos profissionais foram organizadas por oito temas principais, tais como: orientação geral da entrevista, caracterização dos profissionais de saúde, desafios enfrentados no SU, dificuldades e necessidades dos idosos, articulação/comunicação no SU do CHUA, propostas de melhoria, Gabinete de Apoio ao idoso no SU do CHUA e, por fim, a conclusão e agradecimentos (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas, após autorização da Comissão de Ética do CHUA (Anexo 1) e de prévio contacto com o Diretor e com a Enfermeira Gestora do SU, com o intuito de delinear a melhor estratégia e local para serem efetuadas. Decorreram no mês de abril de 2023, conforme as disponibilidades dos participantes. Posteriormente, as entrevistas foram gravadas a fim de facilitar a análise e tratamento de dados, desta forma, não deixar escapar nenhuma informação.

## **6. Procedimentos para análise de dados**

A análise dos dados das entrevistas foi realizada com recurso à técnica de análise de conteúdo, de acordo com as premissas de Bardin (2018). Segundo a autora a análise de conteúdo corresponde a um conjunto de métodos de análise das comunicações, fundamentado em processos sistemáticos e objetivos de representação do teor das mensagens e envolve recolha de informações. Assim, a análise de conteúdo possibilita

estudar de forma metódica as informações obtidas através da técnica de recolha de dados, como por exemplo a entrevista semiestruturada.

Bogdan e Biklen (1994, p. 205) acrescentam que, para além de trabalhar os dados, a análise compreende “a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspetos importantes, bem como a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”.

De acordo com Bardin (2018), a análise de conteúdo deve obedecer a diversas etapas, de forma a garantir a fiabilidade e validade da investigação, são elas: organização da análise; codificação; categorização e interferência.

A organização da análise está dividida em três fases: 1) Pré-análise, em que é delineado um plano inicial. Para tal, procedeu-se à preparação do material, e neste caso, foram transcritas na íntegra todas as entrevistas (Apêndice C); 2) Exploração do material, em que se implementam as decisões anteriormente, utilizando procedimentos de codificação, decomposição ou enumeração; 3) tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação, na qual a finalidade consiste em analisar os resultados em bruto, transformando-os em dados significativos e válidos para a unidade de registo e de contexto (Bardin, 2018).

A codificação implica a conversão dos dados brutos do texto, de forma a atingir uma representação do conteúdo e da sua expressão, através do recorte, agregação e enumeração, a fim de elucidar as características relevantes do conteúdo (Bardin, 2018).

Em geral, o processo de categorização engloba uma parte significativa dos procedimentos da análise de conteúdo. Este processo expressa-se pela classificação de elementos que compõem um conjunto, realizando distinções e reagrupamentos com base em semelhanças. O critério de categorização adotado foi o semântico (categorias temáticas), no qual o sistema de categorias não foi definido previamente, ocorrendo a classificação de forma analógica e progressiva dos elementos (Bardin, 2018).

A inferência representa a quarta e última etapa da análise de conteúdo. Esta fase permite a transição explícita e controlada da descrição para a interpretação. Por outras palavras, a inferência permite atribuir significado às características dos dados sintetizadas após o seu tratamento (Bardin, 2018).

Preconizados todos estes passos da análise de conteúdo, emergiram diversas áreas temáticas, categorias e subcategorias. Estas estão apresentadas de forma concisa num quadro síntese, no qual também são indicadas as unidades de registo correspondentes (Apêndice B).

## **7. Considerações éticas**

No decorrer de um processo de investigação, todas as etapas integram e preservam princípios éticos relacionados à proteção e respeito pelos direitos individuais, independentemente da abordagem epistemológica adotada (Fortin et al., 2009). Assim, é imperativo considerar questões éticas e morais, com especial atenção e análise dos procedimentos necessários, para assegurar a proteção dos direitos e liberdades dos participantes.

Conforme mencionado por Fortin (1999), os códigos de ética destacam cinco princípios fundamentais centrados nas pessoas: 1) direito à autodeterminação, onde cada indivíduo é capaz de decidir por si mesmo sobre a sua participação na investigação; 2) direito à privacidade, na qual a pessoa deve ter a liberdade de não partilhar informações privadas; 3) o direito ao anonimato e à confidencialidade, garantido que os resultados relacionados aos participantes não possam ser reconhecidos; 4) direito à proteção contra desconforto e prejuízo, que inclui proteger o participante de possíveis inconvenientes que o possam prejudicar, quer no âmbito fisiológico, psicológico, legal ou económico e 5) direito a um tratamento justo e equitativo, assegurando que os participantes sejam informados acerca da natureza, objetivos e duração da investigação, bem como a metodologia utilizada no estudo.

Considerando os princípios éticos supramencionados, o primeiro passo consistiu em submeter um pedido formal de autorização ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do CHUA. O pedido recebeu parecer favorável para sua realização (Anexo 1). Adicionalmente, foi solicitada uma avaliação ao Encarregado da Proteção de Dados da UALG a respeito do cumprimento dos requisitos de conformidade com a privacidade de dados, que emitiu um parecer positivo (Anexo 2). Ainda de forma a assegurar a conformidade com todas as normas éticas, foi preenchido um questionário sobre a aplicação das normas de ética do 2º ciclo da ESEC da UALG (Anexo 3). Esse

questionário foi enviado por email, conforme solicitado pelo Presidente do Conselho Técnico-científico da ESEC.

Além disso, os participantes foram convidados pessoalmente, e antes da sua participação, foi solicitado um consentimento informado por escrito. Durante esse processo, os participantes foram informados sobre os objetivos, a finalidade, a metodologia utilizada e todos os seus direitos e liberdades (Anexo 4). Também foram esclarecidos sobre os meios de gravação da entrevista (gravação em áudio), bem como sobre a possibilidade de revogar a sua participação a qualquer momento.

Após a fundamentação de todas as escolhas metodológicas e a descrição de todas as fases e procedimentos do processo de investigação, segue-se o capítulo onde são apresentados os resultados obtidos.

## CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na presente investigação. O capítulo encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte com dados fornecidos pela instituição sobre o SU do CHUA (Faro); e a segunda parte com os dados obtidos através das entrevistas realizadas aos participantes do estudo.

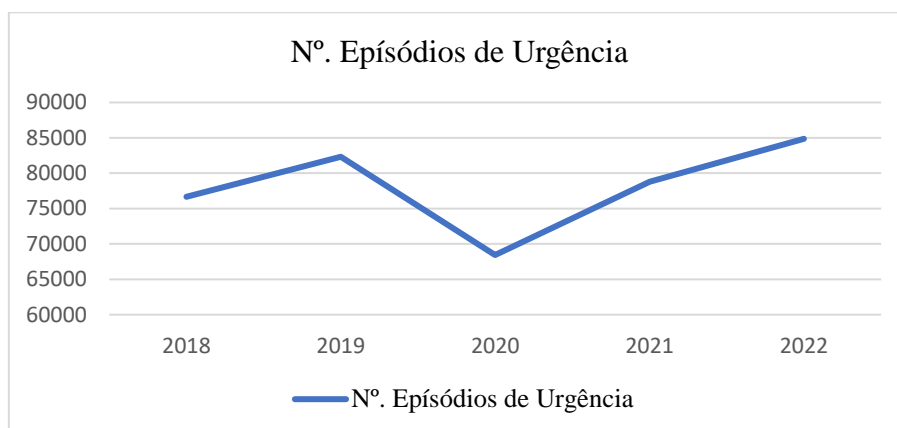
### Dados obtidos sobre o Serviço de Urgência

Os dados apresentados resultam da análise de estatística descritiva no software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 28. Todas as informações foram fornecidas pela instituição de contexto em estudo, neste caso, o CHUA (Faro).

A análise estatística descritiva permitiu obter informações cruciais para as conclusões deste trabalho, além de reforçar a relevância e confiabilidade dos resultados. Neste contexto, a descrição dos dados obtidos, proporcionou uma visão abrangente dos dados do SU CHUA, mais concretamente na Unidade Hospitalar de Faro, enriquecendo o presente trabalho.

A apresentação dos resultados obtidos inicia-se com o número de episódios dos utentes adultos (> 18anos) admitidos no SU entre 2018 e 2022, proporcionando uma visão da procura e do fluxo de utentes ao longo desse período. Verificou-se que em 2018 o total de episódios contabilizou 76 679, em 2019 foram 82 332, em 2020 foram 68 432, em 2021 registou-se 78 799 e, finalmente, em 2022 registaram-se 84 862 episódios de urgência. O gráfico abaixo (Figura 1) evidencia a diminuição do número de episódios em 2020, que poderá estar influenciada pela pandemia de covid-19, seguida de um aumento subsequente, demonstrando que em 2022 o número é superior ao ano anterior à pandemia (2019). Essa tendência ascendente indica um crescimento contínuo no fluxo de utentes admitidos no SU do CHUA.

**Figura 3.1:** *Número de Episódios de utentes adultos admitidos no SU do CHUA entre 2018 e 2022*



Seguidamente, o número de episódios foi analisado e dividido em três grupos etários de utentes para determinar qual a faixa etária com maior número de episódios de urgência. O primeiro grupo etário inclui utentes com idades entre os 18 e 39 anos, o segundo grupo abrangeu aqueles com idades entre os 40 e os 64 anos, e por fim, o terceiro grupo englobou utentes com 65 anos ou mais. Após a análise dos resultados, constatou-se que o primeiro grupo etário registou um total de 107 619 episódios, representando 27,5% do total, o segundo contabilizou 136 803 episódios, correspondendo a 35% do total de episódios, e o último grupo registou 146 554 episódios, representando 37,5%. Os dados obtidos estão apresentados na tabela a seguir (Tabela 2), onde é possível verificar que, no período entre 2018 e 2022, o grupo etário com 65 anos ou mais anos foi o que apresentou maior número de admissões no SU. Contudo, é importante realçar que, fazendo a divisão deste grupo entre os adultos com menos e mais de 65 anos, os adultos com menos de 65 anos representam a maioria dos episódios de urgência, correspondendo a 62,5% do total de episódios.

**Tabela 3.2:** *Número de episódios no SU por grupo etário entre 2018 e 2022*

Grupo Etário (Anos)	Nº Episódios (n=390 796)	Percentagem (Total = 100%)
18 - 39	107 619	27,5
40 - 64	136 803	35,0
≥ 65	146 554	37,5

No que concerne ao grupo etário dos utentes com 65 anos ou mais, foram analisados alguns dados específicos com o objetivo de caracterizar o perfil do idoso que procura atendimento no SU do CHUA nos últimos cinco anos. Os dados estão expostos na tabela abaixo (Tabela 3). Foram considerados fatores como género, diferentes faixas etárias, proveniência, causa de admissão, grau de triagem atribuído e destino de alta.

No que se refere ao género, verificou-se que 51,3% dos utentes com mais de 65 anos eram do género feminino, enquanto 48,7% pertenciam ao género masculino.

Foram analisadas as faixas etárias dos utentes com mais de 65 anos, subdividindo-os em três grupos. O primeiro grupo compreendeu os utentes com idades entre os 65 e os 74 anos, totalizando 37,4% do número total de episódios registados. O segundo grupo abrangeu os utentes com idades entre os 75 e 85 anos, representando 36,8% do total de episódios. Por fim, o terceiro grupo englobou os utentes com 85 anos ou mais, correspondendo a 25,8% do número total de episódios.

Quanto à proveniência, destaca-se o INEM como principal origem, representando 49,8% do número total episódios. Em seguida observou-se que 37,7% dos utentes admitidos provêm do exterior não referenciado, indicando que chegaram diretamente ao SU sem passar por outras instituições de saúde. Além disso, identificou-se que 4,7% foram encaminhados pelo centro de saúde e 2,5% pelo serviço de apoio da Saúde 24.

Relativamente à causa de admissão, observou-se que a grande maioria recorreu ao SU do CHUA por doença, representando 76% dos casos. Em seguida, a principal causa de admissão foi a queda, com 12,6% dos casos, seguida por suspeita de covid-19 (7,8%), acidentes (2,1%) e outros motivos (1,5%).

Quanto ao grau de triagem atribuído, 47,2% dos episódios foram classificados como urgentes, seguidamente, os casos pouco urgentes, com 23%. Em terceiro lugar, os casos classificados como muito urgentes, totalizando 20,7%. Por fim, os casos classificados como não urgentes foram apenas 2% do total.

Em relação ao destino de alta dos utentes, foram analisados os dados que indicaram as diferentes direções após o atendimento no SU. Destaca-se que 48,4% do número total de episódios, recebe alta para o exterior da instituição. Em seguida, 23,4% dos utentes são admitidos para internamento na instituição, visando tratamento mais prolongado e especializado. Além disso, 12,5% dos utentes são encaminhados para o

centro de saúde, para dar continuidade aos cuidados na sua área de residência. Por fim, salienta-se que 8,5% dos utentes têm como destino a consulta externa.

**Tabela 3.3:** Caracterização do perfil do idoso (>65 anos) que recorre ao SU do CHUA de 2018 a 2022

	<b>Nº Episódios</b> (n= 146554)	<b>Percentagem</b> (Total=100)
<b>Género</b>		
Feminino	75 147	<b>51,3</b>
Masculino	71 407	48,7
<b>Faixa etária (Anos)</b>		
65-74	54 782	<b>37,4</b>
75-84	53 960	36,8
≥ 85	37 812	25,8
<b>Proveniência</b>		
INEM	74 335	<b>49,8</b>
Exterior	56 252	37,7
Centro de saúde	6950	4,7
Encaminhado S24	3670	2,5
Outras proveniências	7983	5,3
<b>Causa de admissão</b>		
Doença	113 341	<b>76,0</b>
Queda	18 823	12,6
Suspeita Covid-19	11 583	7,8
Acidente	3192	2,1
Outros	2251	1,5
<b>Grau de triagem</b>		
Emergente	970	0,7
Muito urgente	30 938	20,7
Urgente	70 465	<b>47,2</b>
Pouco urgente	34 516	23,1
Não Urgente	2999	2,0
Outros casos	9302	6,3
<b>Destino Alta</b>		
Exterior	72 209	<b>48,4</b>
Serviço internamento	34 855	23,4
Centro de saúde	18 598	12,5
Consulta externa	12 622	8,5
Abandono	4490	3,0
Falecido	1694	1,1
Outros destinos	2086	3,1

## Dados obtidos através das Entrevistas

Na presente secção, são apresentados os dados obtidos através das entrevistas realizadas aos participantes do estudo. Foram realizadas um total de 11 entrevistas<sup>1</sup> com diversos profissionais que exercem funções ou que têm contacto diário com o SU do CHUA. O objetivo das entrevistas foi compreender as perceções dos funcionários em relação à realidade do SU do CHUA, bem como a realidade que os idosos e seus familiares enfrentam durante a sua permanência no SU.

A estrutura da entrevista semiestruturada permitiu agrupar as informações em áreas temáticas relevantes: desafios do serviço de urgência; comentários do serviço de urgência; necessidades dos idosos e dificuldades dos idosos; articulação/comunicação no serviço de urgência; dificuldades dos familiares e, por último, propostas de melhoria.

A abordagem da análise de dados baseada nas áreas temáticas, bem como nas categorias e subcategorias identificadas por meio da análise de conteúdo, permite uma apresentação estruturada e detalhada dos resultados. Esta análise possibilita uma melhor compreensão da perceção dos profissionais de saúde face à realidade atual dos idosos no SU do CHUA, na Unidade de Faro. Os dados estão apresentados em quadros, acompanhados por um texto descritivo. Além disso, são incluídos excertos representativos das entrevistas, com citações diretas dos profissionais.

### 1. Desafios do serviço de Urgência

Nesta temática, procurou-se investigar os principais desafios enfrentados pelo SU na atualidade. Através da análise de conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas, foi possível agrupar as questões em duas categorias distintas: “**Espaço físico**” (E1, E2, E4, E5, E6, E8, E9, E10 e E11) e “**Funcionamento**” (E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10). Para melhor visualização e organização dos dados obtidos, foi elaborado o quadro representada na Figura 2.

---

<sup>1</sup> E1(Médica); E2(TSDT); E3(Enfermeira); E4(Administrativa); E5(TSDT); E6(Médico); E7(Assistente Operacional); E8(Enfermeiro); E9(Assistente Operacional); E10(Assistente Social); E11(Administradora)

**Figura 3.2:** *Desafios do Serviço de Urgência: Categorias e subcategorias*

Desafios do Serviço de Urgência	
<b>Espaço físico</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Aspeto físico</li><li>•Insuficiência de equipamentos</li><li>•Falta de espaço</li><li>•Falta de privacidade</li></ul>	<b>Funcionamento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>•Resposta adequada</li><li>•Identificar os que mais necessitam</li><li>•Aumento da procura</li><li>•Diminuição do número de profissionais</li><li>•Doentes internados no SU</li></ul>

A maioria dos participantes do estudo destaca o **espaço físico** como um dos principais desafios enfrentados pelo SU. As questões relacionadas ao **aspeto físico** (E4); **insuficiência de equipamentos** (E8, E9, E11); **falta de espaço** (E1, E2, E5, E6, E10, E11) e a **falta de privacidade** (E10), emergem como pontos cruciais apontados pelos entrevistados, como podemos verificar nas seguintes afirmações:

*“(...) A superfície do serviço de urgência é pequena, não tem gabinetes individualizados e então não se vê uma organização na disposição das macas (...)”* (E1)

*“Falta de espaço físico e condições para o número de doentes que presta cuidados (...)”* (E2)

*“(...) O espaço não é nada agradável, (...), esta sala de espera é uma vergonha, as cadeiras, está tudo partido, (...)”* (E4)

*“(...) Acho que há uma tremenda falta de espaço físico, (...), está subdimensionado (...)”* (E5)

*“(...) Problemas de estruturação física, são instalações perfeitamente inadequadas, (...), os desafios são gigantes, que é a procura de, numa má localização, nós encontrarmos soluções para pôr as coisas a funcionar com um mínimo de segurança para os doentes (...)”* (E6)

*“(...) Os equipamentos também, imagine 40 macas que estão retidas com doentes internados, são 40 macas que não circulam para a comunidade (...)”* (E8)

*“(...) às vezes falta de macas, cadeiras de rodas (...)”* (E9)

*“(...) para o número de pessoas que acedem a este serviço já se torna pequeno e sem capacidade, é uma questão de espaço físico (...), temos sempre as pessoas do lado que ouvem a conversa e intervêm e é sempre constrangedor (...)” (E10)*

*“(...) não temos as condições físicas ideais, tanto a nível de estrutura de edifícios como a nível de investimentos de equipamentos (...)” (E11)*

Além do espaço físico, alguns participantes também mencionaram o próprio **funcionamento do serviço** do SU como um desafio, destacando os seguintes pontos específicos: **resposta adequada** (E3); **identificar os que mais necessitam** (E7); **aumento da procura** (E9 e E11); **diminuição do número de profissionais** (E9 e E11) e o número de **doentes internados no SU** (E8), como confirmam as seguintes afirmações:

*“Conseguir dar resposta a todos os doentes que recorrem a nós, dentro daquilo que são os tempos previstos e dando a melhor resposta possível (...), que às vezes não é exatamente aquilo que nós temos disponível para lhes dar” (E3)*

*“(...) identificar aqueles que necessitam mais, (...), falando mais propriamente do doente idoso e do apoio que eles necessitam (...)” (E7)*

*“(...) com os mesmos recursos humanos, conseguirmos ter doentes internados e doentes em observação (...) e isso obviamente que acaba por gastar recursos, (...), recursos humanos que são necessários para os cuidados para este tipo de doentes” (E8)*

*“Os problemas é cada vez termos mais doentes, (...), menos profissionais” (E9)*

*“(...) um aumento muito grande da procura dos serviços por parte da população, (...), trabalho aumentou bastante e as equipas reduziram em termos da sua constituição (...)” (E11)*

Dentro desta temática, foi solicitado aos profissionais que referissem a sua perceção sobre os principais comentários feitos pela comunidade acerca do SU. Durante as entrevistas tornou-se imediatamente evidente que todos os entrevistados têm a perceção de que **a grande maioria dos comentários da comunidade sobre o SU são negativos**. Sete dos participantes (E1, E2, E3, E4, E6, E10 e E11) particularizaram os principais motivos que impulsionam esses comentários negativos. No entanto, alguns dos participantes (E4, E8, E6 e E9) referiram que, em algumas ocasiões, também são ouvidos comentários **positivos**. De modo a proporcionar ao leitor uma melhor visualização dos

resultados, foi desenvolvido um quadro com as respectivas categorias e subcategorias (Figura 3).

**Figura 3.3:** *Percepção dos entrevistados relativamente aos comentários da comunidade sobre o serviço de urgência: categorias e subcategorias*

Comentários da comunidade sobre o Serviço de Urgência	
<b>Negativos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Desilusão e descontentamento<ul style="list-style-type: none"><li>• Tempo de espera</li><li>• Falta de comida</li></ul></li><li>• Limpeza do Serviço</li><li>• Alta sem relatório Médico<ul style="list-style-type: none"><li>• Desorganização</li><li>• Falta de informação</li></ul></li></ul>	<b>Positivos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atendimento</li><li>• Compreensão</li></ul>

De acordo com a figura 3, os principais motivos que levam a comunidade a expressar descontentamento em relação ao SU, mencionados pelos entrevistados, são: **desilusão e descontentamento** (E6, E11); **tempo de espera** (E2, E3, E4; E10); **falta de comida** (E3); **limpeza do Serviço** (E3); **alta sem relatório Médico** (E1 e E3); **desorganização** (E10) e **falta de informação** (E3), tal como se pode verificar pelas seguintes expressões:

*“Não falam bem de nós, porque para eles não estamos a dar uma boa resposta e um bom serviço” (...), é triste porque trabalhamos muito, (...) muitas vezes: “ah é que não tenho relatório”, os médicos devem dar uma carta com o relatório” (E1)*

*“(...) o tempo de espera para ser atendido e triado e o tempo de espera entre exames, (...) desorganização aqui de algumas situações (...)” (E2)*

*“Neste momento são péssimos, (...) queixam-se do tempo de espera, (...), que não damos de comer às pessoas, (...) do estado de limpeza do serviço, (...), da falta de informação, no sentido “eu queria que o meu familiar tivesse levado uma nota de alta e não levou (...)” (E3)*

*“As pessoas queixam-se muito do tempo de espera, (...)” (E4)*

*“(...) há os comentários negativos que têm a ver com uma certa desilusão (...)”*  
(E6)

*“Os comentários que se houve lá fora acabam por ser negativos, (...), às vezes de tempo de espera, a nível das condições, a nível da organização e a nível dos cuidados (...)”* (E10)

*“Sempre foram maus (...), já vêm descontentes, (...) e com um nível de irritabilidade, e depois se as coisas não acontecem de acordo com a sua vontade ou de acordo com a sua expectativa, piora muito”* (E11)

Apesar da predominância dos comentários negativos, quatro dos entrevistados referiram que também são ouvidos **comentários positivos** em relação ao SU, tais como:

*“(...) também dizem que já têm vindo cá muitas vezes e não foram mal atendidos”* (E4)

*“(...) eles percebem muito bem o esforço gigantesco que nós fazemos aqui para trabalhar (...)”* (E6)

*“(...) tenho pessoas que me dão feedbacks muito positivos em relação às experiências que tiveram (...)”* (E8)

*“(...) Há pessoas que conseguem ver que a gente não paramos durante o turno (...)”* (E9)

## **2. Necessidades e Dificuldades dos Idosos no Serviço de Urgência**

No sentido de avaliar a perceção dos participantes sobre as necessidades e dificuldades dos idosos no SU, os mesmos foram questionados se consideravam os idosos como o grupo etário que necessitava de especial atenção, e todos responderam afirmativamente, apresentando diversas justificações para esse parecer. Posteriormente, questionou-se sobre as necessidades e dificuldades neste grupo de utilizadores do SU. Com base nas respostas obtidas, foram criadas três categorias principais: **carecem de especial atenção; necessidades e dificuldades**, bem como as respetivas subcategorias que estão organizadas no quadro representado na Figura 4.

**Figura 3.4:** *Percepção dos entrevistados relativamente às necessidades e dificuldades dos idosos no serviço de urgência: categorias e subcategorias*

Idosos no Serviço de Urgência		
<p><b>Carecem de especial atenção</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Recorrem muito ao SU</li> <li>•Vulneráveis</li> <li>•Mais tempo no serviço</li> <li>•Mais dependentes</li> <li>•Mais tempo na prestação de cuidados</li> <li>•Múltiplas patologias de base</li> </ul>	<p><b>Necessidades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Acompanhamento</li> <li>•Apoio emocional</li> <li>•Apoio nas AVD's</li> <li>•Conforto</li> <li>•Companhia</li> <li>•Privacidade</li> <li>•Acolhimento</li> <li>•Mobilização</li> </ul>	<p><b>Dificuldades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Comunicação</li> <li>•Compreensão</li> <li>•Desorientação</li> <li>•Audição</li> <li>•Mobilização</li> <li>•Medo da doença</li> <li>•Autonomia</li> <li>•Solidão</li> </ul>

Relativamente aos **idosos constituírem um grupo que carece de especial atenção**, é possível verificar que os entrevistados atribuíram diversas justificações às suas respostas, nomeadamente, consideram que os idosos **recorrem muito ao SU** (E9 e E10), são um grupo **vulnerável** (E1 e E2), permanecem **mais tempo no serviço** devido às suas necessidades específicas (E11), são **mais dependentes** em relação ao cuidado e ao atendimento (E8 e E10), necessitam de **mais tempo na prestação de cuidados** (E5) e apresentam **múltiplas patologias de base** (E7 e E11), como se pode verificar pelas seguintes afirmações:

*“É um grupo de risco, porque há um termo que se chama doente fragilizado (...)”*  
(E1)

*“(...) são os mais vulneráveis (...)”* (E2)

*“Sim, principalmente se realmente não há tempo para eles, (...) ocupam aqui muito a dinâmica do serviço (...)”* (E5)

*“O problema dos idosos, é que quem aqui chega não traz só um problema de base, (...), não há nenhum idoso que venha aqui e que só tenha uma doença (...)”* (E7)

*“Sim, é completamente diferente o grau, para já com uma idade mais avançada a probabilidade de haver um nível de dependência maior é grande, e do ponto de vista*

*de tempo (...), às vezes dá-se muita importância a essas intervenções, e não se vê o doente como um todo, e os doentes idosos acabam por sofrer um pouco com isso (...)* (E8)

*“Sem dúvida, (...) cada vez temos mais pessoas idosas a vir ao serviço (...)*” (E9)

*“Sim, são pessoas que acabam por ser mais vulneráveis, porque têm mais idade, normalmente têm mais dependências, recorrem muito aos serviços (...)*” (E10)

*“Considero, (...), porque têm agudizações das suas patologias, e têm muitas comorbidades associadas às suas patologias de base (...), são aqueles que demoram mais tempo para ter alta (...)*” (E11)

No que diz respeito à categoria das **necessidades**, os profissionais salientaram como principais necessidades dos idosos as seguintes: **acompanhamento** (E5), **apoio emocional** (E1), **apoio nas AVD's** (E1, E4, E5, E7, E8, E9 e E11), **conforto** (E3, E7 e E10), **companhia** (E3 e E10), **privacidade** (E3); **acolhimento** (E6) e **mobilização** (E8). Seguem alguns dos discursos:

*“O apoio emocional é importante, (...), as necessidades básicas, tão básico como isso, como “quero ir à casa de banho”, “epá não consigo levar-te agora”, o doente é consciente, só que não consegue descer da maca para ir a pé à casa de banho (...)*” (E1)

*“Eles necessitam de companhia, (...), eu acho que a pessoa idosa tem muita necessidade de conversar com alguém, (...) um bocadinho mais de conforto e privacidade também, (...) uma coisa tão básica como uma almofada, uma coisa tão simples quanto um sítio para pousar um copo de água (...)*” (E3)

*“(...) a maior parte deles é água e ir à casa de banho (...)*” (E4)

*“Talvez um bocadinho mais de acompanhamento para lhes explicarem as coisas e se for preciso ir à casa de banho haver alguém, ou se for preciso alimentação (...)*” (E5)

*“(...) no acolhimento, (...) é uma necessidade de perceção de acolhimento que é uma necessidade que é exatamente oposta à que eles têm, que é a perceção do abandono (...)*” (E6)

*“O que tem fome é quando é que é a hora da comida, aquele que tem sede, a hora de beber água, coisas do género, (...) conforto, uma cara amiga, um sorriso, um olhar (...)” (E7)*

*“Aquilo que eu sinto é na hidratação, eles precisavam de mais atenção nesse sentido, (...) e outra coisa muito importante, é na mobilização (...)” (E8)*

*“Basicamente de ir à casa de banho, comer, beber (...), nós levantamo-nos e vamos à casa de banho e, nós levantamo-nos e comemos uma sandes, e eles não” (E9)*

*“(...) Haver mais pessoas para lhes darem mais conforto, atenção (...)” (E10)*

*“(...) Acho que se calhar a comida não é dada a horas, a fralda não é mudada tantas vezes quantas devia, a higiene se calhar não é feita atempadamente ou não é feito como devia (...)” (E11)*

Relativamente às **dificuldades dos idosos**, percecionadas pelos profissionais, destacam-se: **comunicação** (E3, E5, E6 e E10); **compreensão** (E2 e E5); **desorientação** (E1, E2, E4, E5, E6 e E9); **audição** (E1 e E3); **medo da doença** (E1); **autonomia** (E3, E6 e E8); **solidão** (E3, E4, E7, E10 e E11) e **abandono** (E6 e E8):

*“(...) Se está sentado na sala de espera, pode não ouvir que o médico está a chamar e pode ter dificuldades para chegar, porque não há boa sinalização, são muitas horas sentado na sala de espera, são muitas horas sentado num cadeirão a aguardar medição (...) e eu acho que eles têm medo da doença. É a sensação que me dá (...)” (E1)*

*“(...) a compreensão da necessidade do tratamento em si, desorientação (...), porque muitas vezes eles não sabem onde se dirigir (...)” (E2)*

*“O facto de não terem ninguém a acompanhá-los, o facto de estarem num ambiente estranho, (...) as limitações que eles têm a nível de audição, às vezes, em termos de discurso que têm, que lhes dificulta a comunicação que têm connosco (...), nós com a pressa de fazermos a todos, ignoramos por completo e passamos por cima da autonomia da pessoa (...), basta que eles estejam aqui 2 dias e não é tão raro quanto isso, e o seu grau de autonomia diminui drasticamente” (E3)*

*“Eu acho que é a solidão, muitos deles não têm visitas, (...), o idoso acaba por ser posto de parte (...) às vezes estão numa sala e não sabem se é de dia ou se é de noite, não sabem há quantos dias estão aí, não há janelas, perdem a noção do tempo, (...)”* (E4)

*“(...) Perceber exatamente até onde estão, o que lhes estão a fazer, o que é que têm, o que lhes estão a fazer, (...) não têm percepção do dia, também aumenta a confusão, depois a linguagem, a forma de comunicação, eu acredito que eles às vezes fiquem um pouco baralhados e confusos com o diagnóstico (...)”* (E5)

*“São as dificuldades de comunicação, nós não temos tempo para comunicar com os jovens, quanto mais com os idosos, (...) idosos vêm com alterações cognitivas, alterações de comportamento, nós precisamos de tempo, (...) precisamos de ajustar o discurso à realidade concreta de cada um (...) um idoso acima dos oitenta anos, mais que dez ou doze horas aqui, é certo que ele vai desorientar (...) é candidato ao agravamento da sua situação de base (...), percepção do abandono (...)”* (E6)

*“Muitas vezes acabam por estar um bocado isolados (...)”* (E7)

*“Um pouco multifatorial, no sentido em que além das limitações físicas, muitas pessoas com demência, (...), já carecem de alguma dependência nas suas atividades de vida diárias, (...), uma coisa que me incomoda pessoalmente, que é o abandono, (...), eu noto pessoas em idade avançada, e vivem um pouco à custa da solidariedade dos vizinhos, dos amigos, noto muito isso (...)”* (E8)

*“(...) Querem saber as informações e não terem, não saberem onde se dirigir (...), e depois dirigem-se ao primeiro que aparece (...)”* (E9)

*“Às vezes não falam, não conseguem falar e torna-se complicado transmitir porque é que cá vieram, às vezes vêm sozinhos, não vêm acompanhados (...)”* (E10)

*“(...) não é muito comum um doente ter ao seu lado um familiar e muito menos durante todo o episódio (...)”* (E11)

### 3. Articulação e Comunicação no Serviço de Urgência

De modo a avaliar a articulação e comunicação, os entrevistados foram questionados sobre *a forma como ocorre a comunicação e transmissão de informação no SU*, quer para o utente quanto para a sua família, bem como sobre a articulação entre as diferentes classes profissionais. Após a análise dos resultados, verificou-se que, na percepção dos entrevistados a comunicação e transmissão de informação **não estão a funcionar da forma ideal e carecia de algumas melhorias**, como se pode verificar pelos seguintes excertos:

*“Eu acho que é um dos pontos que temos de melhorar e eu estou farta já de dizer a mesma coisa (...)”* (E1)

*“Mal (...)”* (E3)

*“É um horror, é um horror (...)”* (E6)

*“Acho que na maior parte das vezes, se calhar nem decorre (...)”* (E7)

*“(...) carecia de alguma melhoria (...)”* (E8)

*“(...) a informação pode vir com algumas lacunas (...)”* (E10)

*“Eu acho que por norma não corre muito bem (...)”* (E11)

De uma forma mais aprofundada, os entrevistados identificaram diferentes problemas na comunicação, tanto para os profissionais, quanto para os utentes e suas famílias. Para fornecer uma visão mais clara e organizada dessas dificuldades, foi elaborado um quadro no qual estão apresentadas três categorias: profissionais, utentes e familiares, bem como as respetivas subcategorias (Figura 5).

**Figura 3.5:** *Percepção dos entrevistados sobre a articulação e comunicação no Serviço de Urgência: categorias e subcategorias*

Articulação e comunicação no Serviço de Urgência		
Profissionais	Utentes	Familiares
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupção constante</li> <li>• <b>Apetência do Profissional</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmissão de informação não efetiva</li> </ul> </li> <li>• Muitos envolvidos</li> <li>• Falta de tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não são informados da sua condição clínica</li> <li>• Não são informados da alta</li> <li>• Não são informados do internamento</li> <li>• Privacidade nos gabinetes médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não obtêm informação</li> <li>• Não são informados da alta</li> <li>• Não há privacidade para comunicar</li> <li>• Não conseguem ligar para o SU</li> <li>• Médicos não contactam</li> </ul>

Através do quadro representado pela figura 5, é possível observar as subcategorias identificadas na categoria dos **profissionais**, são as seguintes: **interrupção constante** (E3, E8 e E9); **apetência do profissional** (E5 e E6); **transmissão de informação não efetiva** (E6, E10 e E11); **muitos envolvidos** (E10); **falta de tempo** (E5, E8 e E10). Seguem os seguintes discursos:

*“As pessoas interrompem e chamam (...), por quem encontram, regra geral chamam sempre pelos enfermeiros, e como são os enfermeiros que estão no caso a dar medicação, a picar doentes, a posicionar, acabam por os enfermeiros se sentirem sobrecarregados uma vez mais por isso, (...) cada vez que nos interrompem (...), contribuem para que nós possamos ter erros (...)”* (E3)

*“(...) depende muito dos clínicos (...)”* (E5)

*“(...) não temos um manual de conduta na abordagem de grupos específicos de doentes, nós temos sempre esta dificuldade, (...) há profissionais que têm uma apetência muito grande para falar (...), e há outros que têm mais dificuldade em comunicar, são mais focados na queixa, mais focados na doença em concreto (...)”* nós não temos posto informativo (...)

*“(...) Nem sempre há o tempo para essa comunicação (...), são muitas solicitações, são muitas interrupções, (...) a probabilidade de erro é enorme (...)” (E8)*

*“(...) chega à procura de um familiar, apanha um funcionário, as pessoas precisam de ajuda, pronto, “ah consegue me dizer onde é que está o meu pai?” “agora não posso”, depois vai a outro. Isto é tudo tempo que a gente perde para pudermos fazer outras coisas que têm de ser feitas (...)” (E9)*

*“Sempre que são envolvidas mais do que uma pessoa a informação pode vir com algumas lacunas e isso para já, os enfermeiros, o médico, o assistente social, a família, o utente, já estamos aqui a ver cinco envolvidos, à partida pode não correr bem (...) acho que os médicos não têm tempo (...)” (E10)*

*“(...) há dificuldade de comunicação entre o médico e o enfermeiro. O médico até sabe que aquele doente é para internar e não comunica ao enfermeiro (...) ou sabe que o doente em determinada altura vai ter alta, mediante os exames que faz e também essa informação não é passada (...)” (E11)*

Foram identificadas algumas lacunas na categoria dos **utentes**, conforme mencionado pelos entrevistados, são as seguintes: **não são informados da sua condição clínica** (E5), **não são informados da alta** (E6); **não são informados do internamento** (E7) e **falta de privacidade nos gabinetes médicos** (E5 e E11) e afirmando nos seus discursos:

*“(...) eles às vezes nem sabem porque é que vêm (...) o doente corre o risco de estar a falar com o médico, e ao lado está uma pessoa que até conhece, a pessoa pode não querer que o do lado ouça queixas (...)” (E5)*

*“Há doentes que tiveram alta nem eles próprios sabem que tiveram alta (...)” (E6)*

*“Porque há pessoas que ficam cá e não sabem, não têm informação (...)” (E7)*

*“(...) Dois postos de trabalho de médicos (...), eu estou a falar ao médico (...), e está uma pessoa ao meu lado a ouvir, e isso acho que é super desconfortável (...)” (E11)*

Na categoria dos **familiares**, os entrevistados mencionaram algumas lacunas na comunicação, relatando que os familiares: **não sabem informação** (E1, E2, E3, E4 e E10), **não são informados da alta** (E1, E6 e E10); **não há privacidade para comunicar** (E6); **não conseguem ligar para o SU** (E2 e E10) e **médicos não contactam** (E10). Seguem alguns discursos:

*“Um doente que tem alta do serviço de urgência não pode sair pela porta sem uma explicação à família ou ao lar ou a quem seja responsável (...)”* (E1)

*“Às vezes temos lá familiares a andar de um lado para o outro, a entrar nas salas a perguntar as coisas (...), às vezes fartam-se de ligar e ninguém sabe ou então ninguém chega a atender sequer (...)”* (E2)

*“Não sabem e não têm acesso ao doente (...)”* (E4)

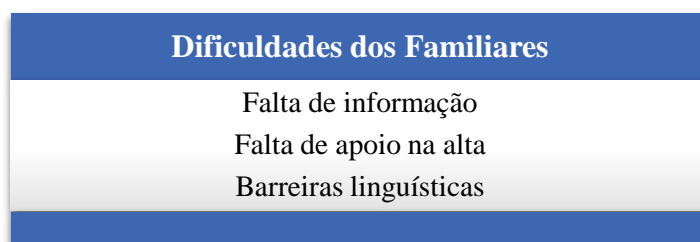
*“(...) há doentes que tiveram alta sem a família saber (...) não temos sequer um sítio reservado para falar com pessoas (...) eu se quiser falar com um familiar, ou chamo para o corredor, e posso não estar ao pé de aquele doente, mas vou estar ao pé de outros, certamente (...)”* (E6)

*“(...) não conseguem fazer ligação para aqui, não conseguem saber o ponto de situação do familiar (...), há médicos que não contactam, que não dão essa informação, deu alta, (...) não deu informação à família. Depois chega cá a família a querer saber a informação (...), não sabem qual é a situação nem como é que está a nível clínico e depois fazem uma espécie de resistência à alta porque não falam com o médico (...)”* (E10)

#### **4. Dificuldades dos Familiares dos Utentes Idosos no Serviço de Urgência**

Na temática da articulação e comunicação no serviço de urgência, os entrevistados foram questionados sobre as suas perceções em relação às **dificuldades enfrentadas pelos familiares** durante o episódio de urgência (Figura 5). Os resultados revelam que todos os participantes salientaram **a falta de informação** como principal dificuldade enfrentada pelos familiares. Além disso, três participantes (E1, E3 e E10) assinalaram **a falta de apoio na alta** e apenas um participante (E6) acrescentou a **barreira da língua**.

**Figura 3.6:** *Dificuldades dos familiares no serviço de urgência: categorias*



Relativamente à **falta de informação**, seguem alguns dos discursos dos participantes:

*“Falta de informação penso eu, (...) também estou a falar mais sobre aquilo que me é reportado por amigos ou conhecidos meus que têm cá os familiares (...)”* (E2)

*“Às vezes andam ali meio perdidos, e quem é o médico, depois é a passagem de turno, depois já é outro médico, (...), até conseguirem conversar, perceber o que é que está a acontecer. Sim, às vezes eles têm alguma dificuldade (...)”* (E5)

*“Enquanto familiares e cuidadores é a informação escassa ou inexistente. Ou seja, eles às vezes têm de trabalhar um bocado para essa informação (...)”* (E7)

*“A não total disponibilidade para o esclarecimento de alguma dúvida (...)”* (E8)

*“A falta de informação, essa parte é a número um (...)”* (E9)

*“(...) Eu penso que será a falta de informação (...)”* (E11)

A **falta de apoio na alta** é também uma dificuldade dos familiares, apontada por três dos entrevistados, como é possível verificar pelas seguintes expressões:

*“As dificuldades deles são sobretudo quando um doente tem uma quebra do estado geral e não recupera (...)”* (E1)

*“Os cuidadores propriamente ditos, eu acho que eles têm dificuldade em encontrar quem tenha disponibilidade, quem lhes possa fazer um ensino sobre a melhor forma de prestarem cuidados aos seus familiares (...)”* (E3)

*“(...) Quando a pessoa está mais dependente ou necessita de mais atenção, às vezes torna-se complicado porque os recursos da comunidade tornam-se insuficientes, (...), torna-se difícil porque as pessoas até entram aqui com alguma autonomia, mas depois perdem autonomia no tempo que estão aqui (...)”* (E10)

Por fim, um entrevistado acrescentou a **barreira linguística** como dificuldade dos familiares:

“(...) problema de língua, nós temos uma série de cidadãos estrangeiros, e a maior parte de nós consegue falar inglês, mas não consegue falar outras, mas nós temos muito estrangeiro que não consegue falar inglês (...)” (E6)

## 5. Propostas de melhoria no Serviço de Urgência

Na temática de propostas de melhoria, os entrevistados foram questionados sobre a possibilidade de melhorar o SU, e todos responderam positivamente. A partir das diversas respostas dos participantes, surgiram várias propostas de melhoria para o SU do CHUA, direcionadas para diferentes áreas-chave, incluindo a **comunicação**, o **acolhimento geriátrico**, a **infraestrutura** e os **recursos humanos** (Figura 7).

**Figura 3.7:** *Propostas de melhoria para o serviço de urgência: categorias e subcategorias*

Propostas de Melhoria para o Serviço de Urgência			
<b>Comunicação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Recuperação do projeto de transmissão de informação</li> <li>•Melhorar a comunicação</li> <li>•Criar gabinete de informação</li> </ul>	<b>Acolhimento geriátrico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Definir à área de acolhimento</li> <li>•Comunicação pós-alta</li> <li>•Referenciar doentes</li> </ul>	<b>Infraestrutura</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Melhorar espaço físico</li> <li>•Retirar doentes internados do SU</li> </ul>	<b>Recursos humanos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Contratação</li> <li>•Formação</li> </ul>

Através do quadro representado pela figura 7, é possível observar que na categoria da **comunicação** foram determinadas três subcategorias pelos participantes: **recuperação do projeto de transmissão de informação** (E3, E4, E8 e E11); **melhorar a comunicação** (E10) e **criar um gabinete de informação** (E2 e E9).

Durante as entrevistas quatro dos participantes explicaram que durante o período pandémico, foi implementado um projeto de transmissão de informação, com o objetivo de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e as famílias, especialmente

devido à restrição de acompanhamento presencial dos familiares aos utentes no SU. Os participantes salientaram que o projeto foi bem-sucedido, resultando em melhorias significativas na qualidade do atendimento no SU, além de proporcionar maior satisfação tanto para os utentes como para as suas famílias. Seguem as seguintes citações:

*“(...) Tínhamos um enfermeiro que comunicava diariamente com os familiares e transmitia alguma informação em relação ao que se passava com a pessoa (...) e isso de alguma forma era tranquilizante para os familiares e era tranquilizante para os outros profissionais (...), aliviava e libertava tempo para que as pessoas pudessem dedicar a outras atividades (...). Acho que era muito importante (...) precisávamos que ele voltasse a existir (...)” (E3)*

*“(...) A experiência que tivemos foi com um enfermeiro, nós chegávamos lá e dizíamos, “olhe está aqui este familiar, ela ia ver o que é que se passava (...), eu acho que correu bem, (...) e acho que deveríamos voltar (...)” (E4)*

*“(...) Em contexto pandémico, foi criado aqui dentro um grupo de informações, constituído por enfermeiras, (...), e eu notei pessoalmente do ponto de vista comunicacional, era extremamente satisfatório e notava-se a satisfação das famílias, na presença desses elementos (...). Eu próprio, (...), tive a possibilidade de participar nesse processo enquanto utente e saí extremamente satisfeito (...)” (E8)*

*“(...) Acho que se conseguíssemos recuperar um bocadinho as tarefas desse projeto, o contacto mais próximo com o familiar. (...) Eu enquanto profissional sabia que existia, mas tive possibilidade de experienciar isso enquanto familiar (...), e confesso que é confortável (...)” (E11)*

Outras sugestões apontadas por três participantes incluíram necessidade de **melhorar a comunicação** e a **criação um gabinete de informação**. Os entrevistados afirmaram que:

*“A criação de um gabinete ou de uma secção que faça esse acompanhamento ou esse feedback de volta para os familiares ou com o próprio doente (...) (E2)*

*“(...) No gabinete de informações as pessoas deviam ser encaminhadas diretamente ao familiar (...)” (E9)*

*“Devia de haver uma melhoria na comunicação entre a família e o idoso, devia de haver aqui um espaço em que as pessoas também pudessem recorrer quando tivessem alguma dúvida ou quisessem ser esclarecidos por alguma situação (...)” (E10)*

Dentro da categoria do **acolhimento geriátrico**, os profissionais destacaram quatro subcategorias relevantes: a necessidade de **definir uma área específica de acolhimento geriátrico** (E1, E6 e E8); a importância de implementar **consultas de follow-up** (E1 e E3) e melhorar o processo de **referenciação de doentes** (E11). Os excertos que se seguem, mostram as propostas dos entrevistados nesta categoria:

*“Há hospitais em Madrid que têm uma consulta de urgências do doente idoso, e estão geriatras e estão terapeutas da fala e estão enfermeiros só para o evento agudo (...)” (E1)*

*“(...) Comunicação após alta do serviço de urgência ao final de algum tempo nas 24h ou 48h (...)” (E3)*

*“(...) Área profissional de acolhimento das pessoas, em geral, e com diferenças para o acolhimento geriátrico (...)” (E6)*

*“(...) Ter áreas dedicadas e definidas, os doentes acabam por não estar tão dispersos e isso acaba por ser vantajoso até mesmo para o doente idoso que está numa maca e acaba por ter um enfermeiro responsável (...), mais atento às suas necessidades, riscos de queda, necessidades de hidratação, necessidades de mobilização e necessidades de comunicação (...)” (E8)*

*“(...) Um apoio desses doentes idosos com várias doenças de base por parte dos cuidados de saúde primários (...)” (E11)*

A **infraestrutura** do SU também foi uma categoria a melhorar indicada pelos entrevistados, e como subcategorias salienta-se: **melhorar espaço físico** (E5 e E10) e **retirar doentes internados do SU** (E1, E3, E6, E7 e E8). Seguidamente serão apresentados alguns discursos dos participantes:

*“Temos que tirar também doentes que estão internados na urgência (...)” (E1)*

*“Era fundamental para nós que não tivessem os doentes internados, isso permitia que nós dessemos outra atenção e outro cuidado aos nossos doentes (...)” (E3)*

*“Acho que é uma questão de espaço físico, primeiro de tudo, (...), com mais espaço organizava-se melhor (...)” (E5)*

*“(...) Um problema estrutural do hospital que não afeta apenas este, (...), que é o problema do internamento no serviço de urgência, dezenas de doentes internados que não são de todo nossos (...)” (E6)*

*“(...) Um dos problemas grandes aqui, (...), é os doentes ficam internados aqui e não havendo vagas nos pisos, o doente é doente da urgência (...)” (E7)*

*“(...) Temos mais doentes internados no SO do serviço de urgência do que qualquer piso de serviço do hospital, (...) e isso obviamente que acaba por gastar recursos, (...) que são necessários para os cuidados para este tipo de doentes, cuidados de saúde inerentes a estes doentes internados (...)” (E8)*

*“O espaço físico faz diferença, estou sempre a falar nisso (...), o espaço físico neste momento já não tem capacidades para o número de utentes que todos os dias recorrem ao serviço de urgência (...)” (E10)*

Na categoria dos **recursos humanos**, foram identificadas duas subcategorias cruciais para melhorias: a **contratação** (E5 e E7) e a **formação** (E8). Abaixo, apresentam-se as seguintes citações dos entrevistados:

*“(...) depois com mais gente, para que as pessoas sejam vistas o melhor possível (...)” (E5)*

*“(...) Mais elementos, vai ver que há muitas coisas que se fazem hoje, mas que se calhar, se poderia fazer melhor (...)” (E7)*

*“Acho que a formação é bastante importante, formação sobre atendimento ao público, sobre gestão de conflitos, acho que é uma mais-valia (...)” (E8)*

Ainda dentro desta temática, enquadra-se o principal objetivo deste trabalho, que consiste na investigação da necessidade de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso como forma de melhorar o atendimento ao idoso no SU do CHUA. Ao questionar os participantes sobre essa possibilidade, foi possível observar que todos os entrevistados **concordaram que a implementação de um Gabinete de Apoio ao Idoso seria uma medida eficaz para melhorar o atendimento prestado no SU.**

Além disso, procurou-se obter informações e aprofundar conhecimentos para alcançar o último objetivo deste trabalho, que é elaborar uma proposta de melhoria para o atendimento no SU. Todos os elementos que participaram neste estudo desempenham um papel fundamental, pois a sua experiência e conhecimento sobre a realidade do SU do CHUA são essenciais para a conclusão deste objetivo.

Em suma, após a apresentação dos resultados obtidos por temáticas, foi desenvolvido um quadro (figura 8), onde os principais resultados foram sintetizados. O quadro foi elaborado com o intuito de proporcionar ao leitor uma representação concisa e organizada dos dados recolhidos, permitindo uma compreensão mais completa e imediata das informações apresentadas.

**Figura 3.8:** Sistematização dos resultados: categorias e subcategorias

<b>Desafios do Serviço de Urgência</b>		
<p><b>Espaço físico</b>  Aspeto físico  Equipamentos insuficientes  Falta de espaço  Privacidade</p>	<p><b>Funcionamento</b>  Resposta adequada  Identificar os que mais necessitam  Aumento da procura  Diminuição do número de profissionais  Doentes internados no SU</p>	
<b>Comentários do Serviço de Urgência</b>		
<p><b>Negativos</b>  Desilusão e descontentamento  Tempo de espera  Falta de comida  Limpeza do Serviço  Alta sem relatório Médico  Desorganização  Falta de informação</p>	<p><b>Positivos</b>  Atendimento  Compreensão</p>	
<b>Idosos no Serviço de Urgência</b>		
<p><b>Carecem de especial atenção</b>  Recorrem muito ao SU  Vulneráveis  Mais tempo no serviço  Mais dependentes  Mais tempo na prestação de cuidados  Muitas patologias de base</p>	<p><b>Necessidades</b>  Acompanhamento  Apoio emocional  Apoio nas AVD's  Conforto  Companhia  Privacidade  Acolhimento  Mobilização</p>	<p><b>Dificuldades</b>  Comunicação  Compreensão  Desorientação  Audição  Mobilização  Medo da doença  Autonomia  Solidão  Abandono</p>

Articulação e comunicação no Serviço de Urgência			
<p><b>Profissionais</b></p> <p>Interrupção constante Depende do Profissional Transmissão de informação não efetiva Muitos envolvidos Falta de tempo</p>	<p><b>Utentes</b></p> <p>Não são informados da sua condição clínica Não são informados da alta Não são informados do internamento Privacidade nos gabinetes médicos</p>	<p><b>Familiares</b></p> <p>Não obtêm informação Não são informados da alta Não há privacidade para comunicar Não conseguem ligar para o SU Médicos não contactam</p>	
Dificuldades dos Familiares no Serviço de Urgência			
<p>Falta de informação Falta de apoio na alta Barreira da língua</p>			
Propostas de Melhoria no Serviço de Urgência			
<p><b>Comunicação</b></p> <p>Recuperação do projeto de transmissão de informação Melhorar a comunicação Criar gabinete de informação</p>	<p><b>Acolhimento</b></p> <p>geriátrico Definir à área de acolhimento Comunicação pós- alta Referenciar doentes</p>	<p><b>Infraestrutura</b></p> <p>Melhorar espaço físico Retirar doentes internados do SU</p>	<p><b>Recursos humanos</b></p> <p>Contratação Formação</p>

Finalizada a apresentação de resultados neste capítulo, segue-se o próximo capítulo de discussão de resultados, onde vão ser interpretados e discutidos os resultados obtidos no presente capítulo.

## **CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

A presente discussão tem como propósito analisar e discutir os dados obtidos de forma analítica, crítica e reflexiva, com a literatura científica que aborda a temática deste trabalho. Neste contexto, os objetivos iniciais do estudo foram considerados para direcionar a abordagem desta análise.

Primeiramente, procurou-se identificar os principais desafios enfrentados pelo SU do CHUA, fornecendo informações importantes para elaborar estratégias de melhoria. Adicionalmente, o estudo presente averiguou a percepção da equipa multidisciplinar acerca das necessidades e dificuldades enfrentadas pelos utentes idosos durante a sua permanência no SU. Outro objetivo do trabalho foi compreender a percepção da equipa multidisciplinar acerca da articulação e comunicação entre profissionais, bem como a troca de informações com utentes e suas famílias, identificando eventuais dificuldades e oportunidades de melhoria. Além disso, pretendeu-se conhecer a percepção da equipa multidisciplinar acerca das dificuldades enfrentadas pelos familiares ou cuidadores dos utentes idosos, contribuindo para um atendimento mais integral e humanizado.

Os dados recolhidos foram organizados de acordo com as categorias temáticas previamente definidas e são apresentados de forma sistematizada, para uma análise mais aprofundada.

### **1. Desafios do Serviço de Urgência**

No que concerne aos desafios do SU apurou-se que os principais desafios se podem agrupar em duas categorias principais: o espaço físico e o funcionamento.

Quanto ao espaço físico, foi possível identificar desafios do SU relacionados com o aspeto físico, equipamentos insuficientes, falta de espaço e privacidade. Além disso, alguns dos participantes também mencionaram o funcionamento do serviço como um desafio, particularmente em relação à resposta adequada, a identificação dos utentes que mais necessitam de atendimento prioritário, aumento da procura pelo serviço, diminuição do número de profissionais e doentes internados no SU.

Estes resultados encontram-se em conformidade com um estudo realizado no mesmo local deste estudo, o SU do CHUA (Faro). No referido estudo, também foi

constatado que os principais desafios ou problemas enfrentados pelo SU incluem: profissionais sujeitos a multitarefas; stress e exaustão profissional; dificuldade na comunicação; falta de material clínico e consumíveis; falta de segurança; doentes internados no SU; referências excessivas das SUB ao SU; permanência prolongada de utentes no SU (mais de 12 horas); espaço físico desajustado e número reduzido de computadores disponíveis para os profissionais (Pereira, 2018).

De acordo com Sokolski et al. (2019), os principais desafios de um SU centram-se na necessidade de atender todos os utentes de forma rápida e eficaz, realizar uma triagem correta, trabalhar de forma organizada, lidar com a sobrecarga de trabalho, enfrentar a carência de profissionais, entre outros. Estes resultados estão alinhados com os obtidos neste estudo, como mencionado anteriormente, a resposta adequada aos diferentes episódios, identificação dos utentes que mais necessitam, a diminuição do número de profissionais disponíveis e o aumento da procura pelo SU. O aumento da procura tem sido associado à crescente sobrecarga de trabalho ao longo do tempo, resultando no aumento dos custos, do tempo de espera, da mortalidade e de erros de transição de doentes, bem como atrasos na prestação inicial de cuidados de doentes críticos e diminuição de segurança do utente (Almeida & Gomes, 2021). Os resultados analisados a partir dos dados fornecidos pelo CHUA revelam um crescimento constante relativamente ao número de admissões no SU. Este aumento está em consonância com a perceção dos entrevistados, que identificaram o aumento da procura com um desafio significativo enfrentado pelo SU. Este aspeto sugere uma concordância entre os dados quantitativos e as perceções qualitativas.

Além do aumento da procura, este estudo também identificou uma lacuna no SU relacionada com a insuficiência de equipamentos. Os estudos realizados por Sokolski et al. (2019) e Yarmohammadian et al. (2017) destacaram que a ocupação das macas por doentes internados à espera de transferência tem levado à diminuição de macas disponíveis no SU. As macas que poderiam ser alocadas para utentes do SU são ocupadas, resultando na diminuição de equipamentos disponíveis.

O número de utentes internados no SU também são parte dos resultados deste estudo sobre os desafios que este serviço enfrenta. Segundo Boyle (2023), Pereira (2018) e Yarmohammadian et al. (2017), os utentes com indicação de internamento, na grande maioria das vezes, necessitam permanecer no SU a aguardar vaga num serviço de

internamento hospitalar, o que transforma o SU numa área de internamento, sem recursos necessários e adequados para essa finalidade. De acordo com Dawson et al. (2008), cerca de 50% a 75% dos doentes do SU acabam por ficar internados. Embora os atrasos nas transferências dos utentes não estejam sob o controle do SU e exijam intervenções em todo o sistema, é importante perceber o impacto significativo que essa situação pode causar na sobrelotação deste serviço (Yarmohammadian et al., 2017).

No que diz respeito aos desafios relacionados com o espaço físico e à diminuição do número de profissionais, importa ressaltar um estudo realizado por Souza et al. (2017), no qual a problemática de escassez de recursos humanos e as suas dimensões desajustadas, pode ser a causa de stress nos profissionais. Esta situação está relacionada com diversos aspetos, como a estrutura física desaproprada, carência de recursos humanos, elevado número de utentes ou relações interpessoais e profissionais conflituosas (Souza et al., 2017). Além de stress, as condições de trabalho podem também gerar desmotivação e desânimo nos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho (Reshidi et al., 2020).

Num outro estudo dentro da temática, foi destacada a insuficiência de recursos humanos, levando à sobrecarga dos profissionais e aumento dos tempos de espera. Os utentes encontravam-se nos corredores, enquanto aguardavam a realização MCDT, comprometendo o fluxo normal de trabalho (Kelley et al., 2011). Este problema é identificado, igualmente, pelos profissionais participantes deste estudo.

Todas as situações relativas aos desafios do SU podem comprometer todo o processo de cuidado humanizado e a relação entre equipas (Souza et al., 2017).

No decorrer das entrevistas, os participantes foram questionados sobre a sua perceção relativamente aos comentários da comunidade acerca do SU. Os resultados mostraram que, maioritariamente os comentários são negativos, referindo: desilusão e descontentamento; tempo de espera; falta de comida; limpeza do Serviço; alta sem relatório médico; desorganização e falta de informação. Esses resultados indicam um nível de insatisfação por parte dos utentes e familiares, o que corrobora com um estudo realizado em Portugal (Pais et al., 2023), o qual apurou que a maioria da amostra mostrou um nível médio e baixo de satisfação. Um dos fatores analisados foi a privacidade e a comunicação, o que sugere a necessidade de desenvolver estratégias de melhoria, que serão apresentadas em maior detalhe mais à frente. Ainda dentro deste âmbito, outro

estudo realizado em Portugal demonstrou que os principais fatores preditores de satisfação compreendem a comunicação, o atendimento médico e o tempo de espera (Abidova et al., 2020). Estes fatores vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, e podem ser explicados pela falta de profissionais no SU e pela necessidade de formação dos profissionais na área da relação interpessoal.

## **2. Necessidades e Dificuldades dos Idosos no Serviço de Urgência**

Nesta temática, os participantes identificaram os idosos como um grupo etário que carece de especial atenção. Os participantes justificaram essa necessidade com diversos motivos, como o facto de recorrerem muito ao SU, apresentarem muitas patologias de base, permanecerem mais tempo no serviço, serem mais dependentes e carecerem de mais tempo na prestação de cuidados, além de serem mais vulneráveis.

Uma análise abrangente do estado de arte revelou consistentemente um aumento do número de admissões no SU, especialmente entre os utentes idosos. Autores como Martin-Khan et al. (2013), Schnitker et al. (2016a) e Steinmiller et al. (2015) indicam que este número é superior entre indivíduos com idade mais avançada. Estes resultados estão em linha com os dados obtidos nas entrevistas onde os participantes referiram que os idosos recorrem muito ao SU. Além disso, os dados obtidos através do CHUA revelaram que o grupo etário com maior número de admissões nos últimos cinco anos é constituído por utentes com idade superior a 65 anos, se forem consideradas as três faixas etárias definidas neste estudo.

Os participantes deste estudo identificaram a presença de múltiplas patologias de base em idosos. Este resultado está em linha com os resultados obtidos pelo CHUA para caracterização do perfil do idoso, onde a grande maioria das razões que leva os idosos a recorrer ao SU está associada a condições de doença. Além disso, os dados fornecidos pelo CHUA revelaram que os idosos são maioritariamente triados com prioridades urgentes ou muito urgentes. Esta relação reforça a complexidade das condições de saúde que a população com mais idade enfrenta.

Os participantes do estudo salientaram que os idosos permanecem mais tempo no SU comparativamente com os adultos mais jovens. Da mesma forma, num estudo realizado em Portugal por Oliveira et al. (2017), os utentes idosos também apresentam

um tempo de permanência no SU superior, quando comparados com utentes adultos mais jovens, apesar de uma triagem mais prioritária. No panorama internacional, um estudo realizado na Austrália evidenciou que os idosos provenientes de ERPI's requerem estadias mais prolongadas no SU e têm maior probabilidade de internamento em comparação com outros grupos populacionais, além de lhes ser atribuída uma triagem mais prioritária (Street et al., 2012). Esses factos são explicados pela complexidade de diagnóstico e tratamentos necessários para estabilizar este grupo de utentes (Oliveira et al., 2017). A permanência prolongada no SU pode acarretar complicações no estado de saúde dos utentes idosos (Almeida & Ferreira, 2021), tornando-os mais dependentes e a carecer de mais tempo para prestação de cuidados, o que representa um desafio para os profissionais de saúde (Andrade et al., 2018). Esses dados estão em consonância com os resultados obtidos neste estudo, no qual os participantes referiram que os idosos permanecem mais tempo no SU, são mais dependentes e requerem mais tempo para a prestação de cuidados.

Por último, outro resultado obtido através das entrevistas, foi a classificação dos idosos como vulneráveis, o que sugere uma compreensão implícita da sua possível fragilidade. Este resultado está em consonância com a literatura que associa a vulnerabilidade à fragilidade da população idosa. A fragilidade pode ser definida como um estado fisiológico de maior vulnerabilidade, causando exaustão física e psicológica resultante da diminuição das reservas fisiológicas e até mesmo da desregulação de vários sistemas fisiológicos (Fried et al., 2001). Para além disso, indivíduos com fragilidade são mais susceptíveis a desenvolver múltiplas condições a longo prazo (Parker et al., 2006).

Relativamente às necessidades dos idosos, os profissionais salientaram o acompanhamento, apoio emocional, apoio nas AVD's, conforto, companhia, privacidade, acolhimento e mobilização.

Face às dificuldades percecionadas pelos profissionais em relação aos idosos, destacam-se a comunicação, compreensão, desorientação, medo da doença, autonomia, solidão e abandono.

As necessidades e dificuldades destacadas pelos participantes deste estudo, encontram suporte nos resultados do estudo realizado por Kelley et al. (2011), que também identificaram as necessidades de conforto, privacidade, apoio emocional e apoio

nas AVD'S, além das dificuldades relacionadas à mobilidade, compreensão e comunicação. Contudo, é importante salientar outros resultados obtidos pelos investigadores que não foram encontradas no presente estudo, nomeadamente necessidades de recursos adaptados aos idosos, ambiente com ruído, interrupção do sono, falta de segurança e apoio na saúde mental.

De acordo com Bridges et al. (2010), o ambiente hospitalar pode exercer outras consequências psicológicas negativas nos utentes mais velhos, como a sensação de desvalorização, medo e perda de controlo sobre si mesmos. Os resultados do presente estudo corroboram as evidências científicas acima referidas, como a solidão, medo da doença e o abandono.

O acolhimento foi identificado como uma necessidade dos utentes mais velhos. Este resultado está em consonância com as perspetivas apresentadas por Valenzuela et al. (2019), que apontam os profissionais de saúde como elementos cruciais para a humanização em saúde e responsáveis pelo acolhimento do utente. Este resultado sublinha a necessidade de implementar abordagens que enfatizem o acolhimento centrado no utente idoso, assegurando que os profissionais estejam preparados para lidar com as necessidades deste grupo populacional.

### **3. Articulação e Comunicação no Serviço de Urgência**

Neste estudo, foi possível constatar que, segundo os entrevistados, a articulação e comunicação não funcionam de forma adequada, provendo de algumas lacunas nesse sentido. Diversos estudos evidenciam que a comunicação no âmbito da saúde nem sempre ocorre de forma eficaz e satisfatória, carecendo de empatia e sem abordar de forma holística as angústias, medos e sofrimentos dos utentes (Nairn et al., 2004; Ocak & Avsarogullari, 2019; Souza et al., 2021; Stefanini et al., 2021).

Adicionalmente, foi possível encontrar falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, agrupando em subcategorias: interrupção constante, depende do profissional, transmissão de informação não efetiva, muitos envolvidos e falta de tempo. A literatura demonstra que a qualidade em saúde está inerente a uma boa comunicação e interação entre e intra equipas de saúde, que são responsáveis pelo cuidado e segurança do utente (Santos et al., 2010), com a finalidade de recolher informações, para um

planeamento de cuidado de forma individualizada e organizada (Cielo et al., 2013). Os lapsos ou falhas na comunicação entre profissionais de saúde podem resultar na diminuição da qualidade dos cuidados, bem como em potenciais erros no tratamento e danos para os utentes (Santos et al., 2010).

Foram identificadas algumas lacunas de comunicação relacionadas com os utentes, onde os entrevistados referiram que os utentes não são informados sobre a sua condição clínica, alta ou internamento, além de não terem privacidade. A comunicação eficaz entre as equipas multidisciplinares e os utentes, resultante das interações informativas sobre as suas condições de saúde, é essencial para melhorar a relação entre o profissional e o utente, reduzindo a sua ansiedade e aprimorando a sua experiência em contexto hospitalar (Blackburn et al., 2019), influenciando positivamente a sua satisfação (Stefanini et al., 2021). A comunicação eficaz é bidirecional entre o utente e o profissional de saúde, ou seja, caso o utente ou o profissional de saúde não compreendam de forma clara as informações transmitidas, a prestação de cuidados fica comprometida (Ratna, 2019).

Relativamente aos familiares, comprovou-se que os mesmos não possuem informação sobre os utentes e não são informados sobre a alta hospitalar. Estes resultados coincidem com alguns algumas investigações realizadas dentro da temática, nas quais a falta de informação é uma das principais lacunas na comunicação entre equipas de saúde e familiares (Jorge & Madureira, 2020; Martins, 2015; Pereira & Petronilho, 2018).

Adicionalmente, os resultados evidenciaram a inexistência de privacidade para comunicar com os familiares. Este resultado está em consonância com o descrito por Martins (2015), que aponta que muitos familiares reagem de forma negativa em relação à forma como a informação é transmitida, uma vez que as informações são regularmente comunicadas nas salas de espera e corredores, sujeitando a confidencialidade e privacidade da das mesmas.

Em suma, realça-se a importância dos acompanhantes e familiares como participantes essenciais no processo de cuidado dos utentes, contribuindo de forma significativa para a melhoria da condição clínica e recuperação dos mesmos (Ocak & Avsarogullari, 2019; Santos et al., 2010). Neste sentido, é crucial integrar os cuidadores ou familiares por meio de uma comunicação harmoniosa com a equipa multidisciplinar, promovendo a troca de informações e tranquilização dos mesmos (Santos et al., 2020).

#### **4. Dificuldades dos Familiares dos Utentes Idosos no Serviço de Urgência**

Dentro desta temática, procurou-se identificar a perceção dos entrevistados sobre as dificuldades dos familiares durante o episódio de urgência. Conforme já foi mencionado no tema anterior, a principal dificuldade encontrada pelos familiares relaciona-se com a falta de informação.

Os resultados obtidos referentes à falta de informação estão de acordo com Martins (2015), que também destacou a carência transmissão de informações sobre a situação clínica do utente aos familiares. Adicionalmente, o estudo de Martins (2015) apontou também dificuldades dos familiares para encontrar um interlocutor que seja compreensivo e disponível, de forma a sentirem segurança na qualidade dos cuidados prestados ao seu familiar.

Além da informação, os autores Jorge e Madureira (2020), acrescentam a segurança, a proximidade com os profissionais e familiares, o conforto e o apoio como necessidades importantes para a família do utente idoso. Ressalta-se que a proximidade, a segurança e o conforto não foram mencionados pelos participantes do presente estudo, o que pode ser explicado pelo facto de o estudo de Jorge e Madureira (2020) se tratar de uma revisão sistemática da literatura, na qual os artigos analisados pelos autores abordam a perspetiva dos familiares, ao contrário do presente estudo que se centra na perspetiva dos profissionais de saúde. Estes resultados apontam para a importância de serem considerados as perceções de diferentes intervenientes nestes estudos.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados foi a falta de apoio na alta. Este aspeto também foi identificado por Pereira e Petronilho (2018), que no seu estudo constataram que, geralmente, os familiares não recebem informações por parte dos profissionais sobre os cuidados a prestar aos seus familiares no momento da alta, especialmente em casos de alterações nas condições de saúde dos utentes, resultando no aumento da dependência nos cuidados. Por conseguinte, é fundamental que os familiares sejam informados e preparados para capacitar o utente idoso no desempenho de capacidades no momento da alta. A equipa de saúde deve ser responsável por essa preparação e transmissão de informação, facilitando o processo de alta e permitindo que

os familiares se adaptem a esta nova condição clínica do utente (Gonçalves & Freire, 2010).

Por fim, foi identificada a barreira linguística como uma dificuldade dos familiares. Segundo Chermiti (2022), a barreira linguística é reconhecida como um fator com impacto negativo na comunicação eficaz, bem como na qualidade e custos do sistema de saúde (Oliveira et al., 2011). As falhas na superação da barreira linguística podem causar erros no diagnóstico e no tratamento, causando insatisfação tanto no utente como no familiar (Chermiti, 2022; Oliveira et al., 2011).

## **5. Propostas de melhoria no Serviço de Urgência**

O último objetivo do trabalho foca na elaboração de uma proposta de melhoria para o SU do CHUA, e para tal, foi solicitado aos participantes apresentassem sugestões indispensáveis para o seu melhoramento. A sugestão de melhorias por parte dos participantes é crucial, pois fornece opiniões valiosas diretamente dos envolvidos no SU, possibilitando uma abordagem abrangente e fundamentada na procura por soluções que atendem às necessidades reais dos utentes idosos e dos profissionais de saúde.

Através das partilhas dos participantes, obteve-se um conjunto de sugestões, nomeadamente a comunicação, acolhimento geriátrico, infraestrutura e recursos humanos.

As sugestões ao nível da comunicação, apontam para a recuperação de um projeto de transmissão de informação outrora existente no SU do CHUA, melhorar a comunicação e criar um gabinete de informação.

O acesso à informação sobre a saúde é um direito universal a todos nós e é uma obrigação ética dos profissionais de saúde aprimorarem a comunicação, sendo também uma responsabilidade coletiva (Teixeira (2004).

Os participantes identificaram a comunicação como um ponto de melhoria para o SU. Esses resultados estão alinhados com um estudo realizado por Blackburn et al. (2019), no qual os autores identificaram algumas práticas importantes para melhorar a comunicação, e, dessa forma, reduzir a ansiedade dos utentes. Os investigadores reconheceram que informar os utentes acerca do tempo de espera, seria uma forma eficaz

de gerir as suas expectativas. Adicionalmente, a tecnologia também foi considerada uma ferramenta útil para melhorar a comunicação, através da instalação de ecrãs nas salas de espera que transmitam informações sobre exames e procedimentos, equipas de profissionais, tempos de espera e dados estatísticos importantes. Por fim, consideraram importante desenvolver folhetos informativos sobre as diferentes especialidades do SU e do hospital, para que os utentes pudessem consultar informações detalhadas sobre os tratamentos disponíveis.

De acordo com os investigadores Soares et al. (2020), a comunicação é considerada uma competência imprescindível na organização de trabalho de uma equipa de saúde. Para melhorar essa comunicação, definiram algumas estratégias, como a criação de canais de comunicação entre a equipa multidisciplinar, de modo a direcionar o fluxo de informações e criar vínculos entre os trabalhadores no mesmo nível hierárquico. Além disso, as reuniões e grupos de admissão multidisciplinar podem atuar de forma positiva na relação, observação, escuta e comunicação. Outro recurso importante são as TIC, como a aplicação *WhatsApp*, que pode contribuir para colmatar as impossibilidades presenciais, desde que usada de forma profissional e adequada, tendo em conta que se trata de uma instituição hospitalar. Diante do exposto, enfatiza-se a que as entidades empregadoras devem promover a educação e formação contínua e permanente dos profissionais de saúde, de modo a melhorar as suas atuações no ambiente hospitalar, e promover as suas competências (Soares et al., 2020).

A grande maioria dos participantes destacam o acolhimento geriátrico, como sugestão de melhoria, mais concretamente definir uma área específica de acolhimento geriátrico, realizar consulta de follow-up e facilitar a referência de doentes.

Os resultados obtidos nesta investigação corroboram a literatura, especialmente com o estudo realizado por Hoogerduijn e seus colaboradores (2014), que enfatiza a importância de cuidados de saúde eficazes para a população idosa. Além da prevenção e tratamento de doenças, é crucial implementar intervenções que visem retardar ou evitar um declínio funcional nesta faixa etária. Hoogerduijn e seus colaboradores (2014) desenvolveram um modelo de prevenção que utiliza quatro perguntas simples para identificar os utentes idosos em risco de declínio funcional no momento da admissão hospitalar. Este modelo permite fazer distinção entre os utentes que requerem cuidados especializados e aqueles para os quais os cuidados hospitalares regulares serão

suficientes. Para os que estão em risco, podem ser implementadas intervenções preventivas adaptadas às suas necessidades. Este modelo enquadra-se no ponto de melhoria mencionado pelos participantes, que propuseram a criação de uma área específica de acolhimento geriátrico. A implementação de um modelo como o proposto por Hoogerduijn e seus colaboradores (2014) nessa área de acolhimento poderia contribuir significativamente para o cuidado especializado e individualizado dos utentes idosos no SU.

Os resultados obtidos neste estudo, são reforçados pelo estudo de Nicholson et al. (2017), que consideram imprescindível adaptar e desenvolver o conhecimento teórico existente para melhor adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas de diferentes contextos e grupos de utentes, incluindo os idosos com fragilidade. Os autores desenvolveram um Modelo Integrado de Apoio ao Cuidado<sup>2</sup>, que oferece uma estrutura acessível para orientar o desenvolvimento e avaliação de intervenções focadas em idosos com fragilidade.

Importa destacar um estudo realizado por Gonçalves et al. (2015), no qual as autoras verificaram a necessidade de melhorar a qualidade na gestão e assistência do acolhimento geriátrico no SU, através do desenvolvimento e implementação de estratégias de organização nos fluxos de atendimento, e ainda melhorar as capacidades das equipas. Salientam ainda a importância de melhorar a rede entre os serviços de urgência, cuidados primários e outros serviços locais. As conclusões das autoras coincidem com os resultados da presente investigação sobre a referenciação de doentes.

Da mesma forma, os autores Wodchis et al. (2015), sugerem o desenvolvimento de cuidados sociais e de saúde integrados para pessoas idosas com necessidades complexas, focados em melhorar a qualidade do atendimento aos utentes e cuidadores, garantindo que os serviços sejam bem coordenados em torno das suas necessidades. Os autores supracitados realizaram estudos de caso baseados em sete programas integrados de saúde e assistência social para idosos com necessidades complexas em diferentes países. Verificaram que todos os programas contavam com um responsável de atendimento que assumia o papel de apoiar os utentes e cuidadores ou familiares, provendo informações importantes sobre o tratamento, garantindo a presença nas

---

<sup>2</sup> Para mais informações sobre o Modelo integrado de Apoio ao Cuidado, consultar página 20 deste trabalho ou Nicholson et al. (2017).

consultas, e assegurando o cumprimento da toma de medicação e o encaminhamento para os serviços adequados. Estes profissionais são facilitadores no acesso aos cuidados de saúde e possuem formação especializada e experiência em cuidar de pessoas idosas. Todos os programas mostram resultados positivos no que refere à satisfação dos utentes e redução na utilização de hospitais (Wodchis et al., 2015).

Por fim, importa mencionar um projeto de intervenção geriátrico elaborado por Craswell et al. (2016) na Austrália para o SU. O projeto visa melhorar o atendimento a utentes idosos, liderado por uma equipa multidisciplinar, com experiência em idosos frágeis e educação em gerontologia, que fornece uma avaliação geriátrica e coordenação de cuidados a utentes mais frágeis. A equipa está disponível sete dias por semana, para receber os utentes admitidos no SU e prestar-lhes o melhor atendimento, recolhendo informações acerca do estado de fragilidade. Além disso, os profissionais que fazem parte desta equipa, têm uma linha telefónica específica, a qual permite criar uma ligação entre o utente idoso e a sua família, cuidador, médicos e outros profissionais relevantes. A equipa também facilita a transferência para as especialidades médicas quando necessário, evitando a permanência prolongada no SU e o declínio funcional.

É importante destacar que embora o estado de arte revele diversas necessidades de melhoria direcionadas ao acolhimento do idoso no SU, não foram encontrados estudos que mencionem especificamente consultas de follow-up como uma das estratégias de melhoria. Isto ressalta a relevância de futuras investigações nesta área, com a finalidade de identificar e avaliar abordagens inovadoras que possam otimizar o cuidado e o acompanhamento ao utente idoso após o episódio de urgência.

Relativamente às infraestruturas do SU, os participantes deste estudo destacaram a importância de melhorar espaço físico e retirar doentes internados do SU. Estas sugestões vão ao encontro das necessidades de proporcionar um ambiente mais adequado e funcional para o atendimento aos utentes, garantindo maior conforto e privacidade durante o episódio de urgência.

No Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde (2014, p. 20673), o artigo 20 referente à Estrutura Física e Recursos Materiais enfatiza a importância de respeitar a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada. Além disso, destaca a necessidade de proporcionar as condições adequadas de visualização e fácil acesso ao doente, bem como facilitar o acompanhamento por parte do

familiar. Outro aspeto relevante é a manutenção de áreas de circulação, nomeadamente os corredores livres de estacionamento de doentes ou macas, garantido a fluidez e a acessibilidade dentro do SU.

De facto, os resultados obtidos estão em consonância com outras investigações que também apontam a importância de melhorar o espaço físico e adaptar os recursos dos serviços de saúde, especialmente no contexto de urgência (Pais et al., 2023; Pereira, 2018; Reshidi et al., 2020; Souza et al., 2017).

No que diz respeito a retirar doentes internados do SU, alguns estudos indicam que, frequentemente, os doentes internados necessitam de permanecer no SU enquanto aguardam vaga para o internamento hospitalar, sem condições adequadas para essa finalidade, e, conseqüentemente afeta a sobrelotação do SU (Boyle, 2023; Dawson et al., 2008; A. S. S. Pereira, 2018; Yarmohammadian et al., 2017). No entanto, esta adversidade não se encontra sob o controle do SU e requer intervenções gerais em todo o sistema (Yarmohammadian et al., 2017).

Por último, na categoria dos recursos humanos distingue-se a contratação e a formação. Estes fatores são cruciais para garantir um atendimento eficiente e de qualidade aos utentes.

São diversos os estudos que apontam para escassez de recursos humanos, e conseqüentemente a necessidade de reforçar equipas, devido à procura crescente de atendimentos e à complexidade das necessidades dos utentes (Pereira, 2018; Reshidi et al., 2020; Sokolski et al., 2019; Souza et al., 2017).

O Despacho n.º 10319/2014 Do Ministério da Saúde (2014, p. 20677) o artigo 21º relativo aos Recursos Humanos e à Formação, destaca a importância da articulação e integração de processos e cuidados entre os SU e os restantes serviços hospitalares. Essa integração visa proporcionar cuidados centrados no doente, de forma humana rápida e eficiente. Além disso, o despacho também enfatiza a necessidade de promover as competências e as capacidades dos profissionais e definir claramente a sua formação, titulação e creditação, para que estejam devidamente capacitados para prestar os cuidados necessários aos utentes.

Assim, as diretrizes apresentadas no despacho nº10319/2014 são relevantes para assegurar a otimização dos recursos humanos, melhorar a coordenação entre serviços

hospitalares e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados aos utentes em Portugal. Autores como Kelley et al. (2011), Roque et al. (2021), Soares et al. (2020) e Sokolski et al. (2019) apontam para a importância dessa formação para a melhoria dos serviços de saúde. A formação contínua permite que os profissionais atualizem os seus conhecimentos e competências e possam adquirir novas técnicas e abordagens de atendimento e cuidado. Isto é particularmente relevante no SU, onde a rapidez e a complexidade dos casos exigem que os profissionais estejam constantemente atualizados.

O estudo realizado por Melo et al. (2019), no território nacional, demonstra a importância da formação em cuidados humanizados para profissionais que lidam com idosos. Os resultados mostraram que essa formação proporcionou diversos benefícios tanto para os profissionais, os idosos e os seus familiares. Para os profissionais resultou em maior sensibilização e compreensão em relação aos idosos que estão sob os seus cuidados. Isso levou a uma maior responsabilidade e dedicação no ato de cuidar, além de aumentar a satisfação profissional, motivação e trabalho em equipa. Para os idosos, os benefícios foram igualmente significativos. Verificou-se uma maior aceitação do cuidado por parte dos idosos, reduzindo o consumo de antipsicóticos e diminuição do risco de declínio cognitivo. Isto evidencia como a abordagem humanizada pode ter um impacto positivo na saúde e bem-estar dos idosos. Quanto aos familiares e cuidadores, observou-se um maior envolvimento no cuidado, fortalecendo a aproximação e interação com os idosos. Assim, resultou numa melhoria no relacionamento entre familiares e os idosos, proporcionando um ambiente com mais apoio. Além disso, a formação em cuidados humanizados também teve um impacto a nível institucional, contribuindo para a mudança na cultura assistencial, com foco na humanização do cuidado. Em suma, o estudo reforça a importância da formação dos profissionais em cuidados humanizados, com vista a melhorar o cuidado humanizado e a promover a dignidade, autonomia e liberdade do idoso e do seu cuidador ou familiar.

## **CAPÍTULO V – ELABORAÇÃO DE UMA PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM GABINETE DE APOIO AO IDOSO NO SU DO CHUA**

Neste capítulo do estudo, apresenta-se uma proposta de criação de um Gabinete de Apoio ao Idoso no Serviço de Urgência (GAISU), com a principal finalidade de aprimorar o atendimento e os cuidados prestados aos idosos que recorrem aos serviços de urgência.

Esta proposta foi elaborada com base nos resultados e na literatura recrutada para a fundamentação deste estudo. Está dividida em diferentes temáticas: i) justificção e benefícios, ii) objetivos, iii) estrutura e funcionamento, iv) desafios e limitaões, e v) resultados esperados.

### **1. Justificção e Benefícios**

A criaão de um GAISU foi considerada por todos os participantes da amostra deste estudo como uma iniciativa importante e necessria. Tal como j foi referido ao longo do trabalho, o envelhecimento populacional implica uma maior necessidade dos servios e cuidados de sade especialmente preparada para lidar com esta populao mais vulnervel. Os idosos constituem uma faixa etria com exigncias especficas e vulnerabilidades relacionadas com a sade, sendo que requerem uma ateno diferenciada. Este grupo populacional pode apresentar condies de doenas crnicas, fragilidade fsica, psicolgica e social, bem como limitaões motoras, cognitivas ou de comunicaão. Entre essas limitaões, destacam-se a presbiacusia, que é a perda auditiva relacionada à idade, dificultando a audição das orientaões mdicas e informaões importantes (Torres et al., 2023). Alm disso, a baixa escolaridade pode afetar a compreensao de informaões complexas, como procedimentos mdicos e medicaões prescritas (Kretschmer & Loch, 2023). As dificuldades visuais tambm se apresentam como um fator limitante, pois podem representar obstculos na leitura de materiais informativos ou instrues escritas (Swenor et al., 2020). Adicionalmente, o surgimento de dfices cognitivos pode tornar desafiadora a compreensao e retenao de informaões relevantes acerca do seu diagnstico e tratamentos, prejudicando a capacidade de tomar decises informadas sobre a sua sade. Diante destes desafios, a criaão do GAISU torna-se ainda mais crucial, visando proporcionar um atendimento mais adaptado e inclusivo

para este grupo vulnerável. Em situações de urgência, tempo limitado para atendimento e a necessidade de agir de forma rápida podem tornar esses desafios ainda mais evidentes, uma vez que o ambiente agitado e stressante do SU pode agravar as suas condições de saúde e, conseqüentemente, dificultar o seu diagnóstico e tratamento.

Ao oferecer um espaço dedicado a estes utentes, podemos garantir um atendimento mais adequado, personalizado e eficaz, com recurso a profissionais especializados e experientes na prestação de cuidados a idosos. Desta forma, visa-se promover uma experiência mais positiva tanto para os utentes idosos, como para os seus familiares.

A implementação do referido GAISU não trará apenas benefícios diretos aos utentes idosos, mas também funcionará como uma fonte de apoio para os seus familiares, promovendo também uma melhor comunicação e satisfação profissional dos profissionais de saúde que lidam com esta população. Pretende-se que este gabinete possa fornecer informações, orientações, apoio emocional, apoio na tomada de decisões informadas, além de lidar com as emoções associadas a essa experiência desafiadora, tanto para os utentes quanto para os seus familiares mais próximos.

A implementação do GAISU destaca-se como uma iniciativa fundamental para a promoção do cuidado humanizado aos idosos no SU, na medida em que proporcionará um atendimento empático e acolhedor, com foco no respeito à individualidade e necessidades específicas de cada idoso. A humanização do cuidado visa resgatar a dignidade e o bem-estar dessa população vulnerável.

## **2. Objetivos**

A delimitação de objetivos do GAISU, foi concebida com a subdivisão em metas direcionadas aos utentes idosos e aos familiares. Os objetivos focados aos utentes incluem:

- 1) Estabelecer um cuidado humanizado para os utentes idosos, garantindo uma abordagem sensível e respeitosa às suas necessidades e particularidades;
- 2) Providenciar uma interface entre a linguagem técnica e linguagem de cidadania, facilitando a comunicação com os utentes idosos e seus familiares, de forma compreensível e acessível;

- 3) Promover o acolhimento geriátrico, de modo a favorecer o bem-estar emocional e físico dos utentes idosos durante a permanência do SU;
- 4) Estabelecer uma comunicação efetiva com os familiares dos utentes idosos, mantendo-os informados sobre o seu estado de saúde e envolvendo-os no processo de tomada de decisões;
- 5) Avaliar as condições para a alta garantindo que os utentes idosos estarão em condições adequadas para retornar ao seu domicílio ou ERPI após o atendimento no SU;
- 6) Agendar uma consulta de *Follow up*, assegurando um acompanhamento médico adequado e contínuo após a alta hospitalar, para vigiar a evolução do estado de saúde dos utentes idosos;
- 7) Gerir o encaminhamento e apoio dos utentes idosos no pós-alta hospitalar fornecendo orientações e recursos necessários para facilitar a sua transição para o ambiente pós-hospitalar e garantir a continuidade do cuidado.

Relativamente aos objetivos centrados nos familiares dos utentes, destacam-se:

- 1) Informar sobre condição dos utentes idosos mantendo os familiares atualizados e informados sobre o estado de saúde e o plano de tratamento enquanto permanecerem no SU;
- 2) Promover um elo de ligação com os familiares dos idosos, para compreender suas preocupações e necessidades, e envolvê-los ativamente no processo de cuidado do idoso;
- 3) Oferecer apoio emocional nos momentos de ansiedade e preocupação com o estado de saúde do seu familiar;
- 4) Facilitar o contacto entre os familiares e o utente idoso, permitindo que possam falar ou vê-los durante o período de atendimento no SU;
- 5) Orientar sobre os cuidados domiciliares, fornecendo orientações práticas aos familiares sobre os cuidados a realizar no domicílio, a fim de promover a recuperação e o bem-estar dos idosos após a alta hospitalar;
- 6) Informar os familiares sobre os apoios que existem na comunidade orientando sobre os recursos disponíveis para o cuidado aos idosos;

### **3. Estrutura e Funcionamento**

Idealmente, o GAISU deverá dispor de um espaço físico, situado próximo à área de admissão ou junto da porta principal de entrada, de forma a ser facilmente acessível aos utentes e familiares. Este espaço deverá estar devidamente sinalizado e identificado, tornando-se visível para todos os que procuram esclarecimentos. Além disso, é essencial que o ambiente seja adaptado para atender às necessidades dos idosos e familiares, garantido a privacidade, conforto e segurança durante as interações.

A criação do GAISU não implicará uma sobrecarga significativa no orçamento do SU, uma vez que é sugerido que seja aproveitado um espaço já existente e que seja devidamente adaptado para atender às necessidades específicas do gabinete. Além disso, os recursos humanos necessários para o funcionamento do gabinete poderão ser alocados a partir dos profissionais já vinculados à instituição, realizando eventuais ajustes e realocações para assegurar o funcionamento do GAISU. A ideia é otimizar o uso dos recursos disponíveis e evitar custos excessivos, mantendo a eficiência e qualidade no atendimento e prestação de cuidados aos utentes idosos. Deste modo, garante-se uma implementação viável e consciente das limitações de recursos financeiros, assegurando que o GAISU possa cumprir a sua missão de prestar um atendimento de qualidade a este grupo populacional.

O GAISU deverá contar com uma equipa multidisciplinar, composta por diversas classes profissionais, tais como enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e assistentes sociais e todos aqueles que lidam com os idosos no SU. Eventualmente seria importante considerar a inclusão de outros profissionais, como psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, mesmo que em regime de prevenção, para atender casos mais específicos e individualizados.

Tal como foi referido, reconhece-se a importância de otimizar os recursos disponíveis e garantir um atendimento qualificado e de excelência mesmo em situações de recursos financeiros limitados. Neste sentido, propõe-se a inclusão de enfermeiros que exerçam funções neste hospital, mas que, por diversas limitações físicas, possam enfrentar dificuldades em prestar cuidados diretos. Apesar disso, esses profissionais possuem uma vasta experiência e conhecimento adquiridos ao longo dos anos de dedicação à sua profissão e à instituição. Aproveitando a experiência desses enfermeiros, poderiam ser-lhes atribuídas funções específicas e complementares no GAISU, alinhadas

às suas capacidades e aptidões, contribuindo para uma equipa multidisciplinar robusta e eficiente. A referida estratégia permite evitar a necessidade de novas contratações, promovendo uma gestão prudente dos recursos, e, ao mesmo tempo, valorizando o trabalho e o conhecimento acumulado por estes profissionais. Esta abordagem pode ser estendida para as outras classes profissionais que lidam com idosos na sua rotina laboral.

Adicionalmente, a inclusão de estudantes estagiários da Universidade que estejam a frequentar cursos na área da saúde ou na área social seria uma medida relevante, uma vez que lhes será proporcionada uma experiência prática em atendimento e cuidados com uma abordagem centrada na geriatria e gerontologia social. Essa oportunidade permitirá que adquiram conhecimentos e sensibilidade específicos das necessidades dos utentes idosos, preparando-os de uma forma mais abrangente e qualificada no que diz respeito à problemática do envelhecimento.

Quanto ao horário de funcionamento é importante considerar a disponibilidade dos recursos e afluência de utentes idosos. Embora o SU funcione ininterruptamente, compreendendo necessidades de atendimento 24 horas por dia, é compreensível que, numa fase inicial do projeto, haja limitações quanto à disponibilidade de profissionais e saúde para cumprir um horário integral. Assim, a proposta para o horário de funcionamento seria um horário alargado durante o dia e início da noite, abrangendo os períodos com maior afluência de utentes. Além disso, é sugerido designar um profissional especializado no turno da noite, que fique responsável pelo atendimento de qualidade aos idosos e seus familiares. Desta forma, é possível assegurar a disponibilidade de cuidados em diferentes momentos do dia e otimizar o uso de recursos, e, ao mesmo tempo, dispor de um atendimento e prestação de cuidados individualizados para os utentes idosos que são admitidos no SU durante a noite.

Quando os utentes idosos recorrem ao SU, são admitidos na receção principal e posteriormente encaminhados para a triagem. Idealmente, na triagem ou no decorrer da prestação dos cuidados iniciais, os profissionais de saúde devem identificar e sinalizar os utentes idosos que potencialmente irão requerer de atendimento e cuidado especializado, com base em critérios pré-definidos, como idosos frágeis e em risco de declínio funcional. Ao serem identificados, estes utentes devem ser encaminhados para a equipa multidisciplinar do gabinete, a fim de realizar uma avaliação especializada, incluindo uma anamnese detalhada do utente, avaliação do estado funcional, cognitivo e emocional, bem

como a verificação da medicação crónica e necessidades específicas, quer sejam médicas, sociais ou emocionais. Estes dados são fundamentais para orientar o diagnóstico e o plano de tratamento individualizado (Blackburn et al., 2019; Ratna 2019).

Importa salientar que a equipa do GAISU deve adotar uma abordagem proativa na identificação de utentes idosos que possam necessitar de cuidados especializados, uma vez que determinados idosos podem não ser identificados como possíveis beneficiários do gabinete na triagem inicial por diversos motivos, como falhas de comunicação no processo de triagem, falta de conhecimento ou lembrança da existência do gabinete.

Neste contexto, a equipa do GAISU deve desempenhar um papel ativo na identificação de idosos que se encontrem em estado de vulnerabilidade. Para tal, são recomendadas diversas estratégias, tais como: 1) estabelecer um contacto constante com os profissionais de saúde do SU, relembrando a disponibilidade do GAISU e as condições nas quais os utentes idosos podem beneficiar do atendimento especializado; 2) Avaliar regularmente as salas de espera, de forma a identificar utentes idosos que possam carecer de auxílio para alguma das AVD's; e 3) contactar e interagir com os familiares do utentes idosos, procurando informações adicionais sobre a condição do utente idoso, fornecendo apoio e orientação, e recolhendo informações clínicas relevantes para uma compreensão mais aprofundada do caso. Estas estratégias asseguram que todos aqueles que necessitam de especial atenção sejam identificados e encaminhados o mais rápido possível.

A comunicação integrada entre a equipa do GAISU e os restantes profissionais assume-se de extrema importância, pois é através da comunicação que é possível estabelecer a troca de informações relevantes, garantir a monitorização adequada do estado de saúde do utente, bem como a coordenação de cuidados. A comunicação estende-se também aos familiares, mantendo-os informados regularmente sobre o estado de saúde do utente idoso e envolvendo-os nas decisões acerca dos cuidados.

Seria interessante disponibilizar um contacto telefónico para que os profissionais do SU possam contactar a equipa do GAISU sempre que necessário. A existência de uma linha telefónica direta para o gabinete pode facilitar a comunicação entre equipas, uma vez que a troca de informações se torna mais rápida e eficaz. Por conseguinte, deve ser estabelecido um protocolo específico, determinando o horário mais apropriado para o contacto, quais as informações necessárias para a comunicação eficiente e quais os recursos disponíveis para o apoio aos profissionais do SU.

Quando o utente idoso tem alta hospitalar, pode ser necessário encaminhá-lo ou referenciá-lo para serviços externos, nomeadamente apoios domiciliários, reabilitação ou outros serviços de apoio comunitário. A equipa do GAISU deve facilitar esses encaminhamentos e fornecer informações e recursos aos familiares de modo a garantir um acompanhamento adequado no pós-alta. Uma forma que pode revelar-se eficaz nesse encaminhamento é a criação de parcerias e protocolos específicos com os cuidados primários de saúde, instituições de apoio social ou de cuidados paliativos. Essa parcerias e protocolos podem fortalecer a capacidade do GAISU em referenciar os que mais necessitam de cuidados especializados e, dessa forma, promover os cuidados contínuos após o episódio de urgência.

Para terminar, é fundamental ressaltar que, embora a criação do GAISU integre uma equipa com abordagem proativa e com intenções em melhorar o atendimento e cuidado prestado aos idosos, alguns destes utentes podem não pretender aceitar os serviços que este gabinete tem para oferecer. Nesse sentido, é essencial respeitar a decisão e a autonomia desses idosos e seus familiares.

#### **4. Desafios e Limitações**

No processo de elaboração do planeamento do GAISU, é essencial reconhecer que, apesar dos seus potenciais benefícios e contribuições para a comunidade, a sua implementação não estará isenta de desafios e limitações. Assim, é fundamental abordar esses aspetos para garantir que o gabinete seja concebido de forma realista e sustentável. Ao identificar as dificuldades antecipadamente, é possível elaborar estratégias eficazes de modo a enfrentá-las e mitigá-las, assegurando, dessa forma, a efetividade e a qualidade do atendimento e cuidados prestados aos idosos no SU.

Como desafios, podemos mencionar a resistência á mudança, que pode surgir entre alguns profissionais de saúde, uma vez que a implementação de um novo serviço, poderá implicar alterações nas suas rotinas laborais. Além disso, o financiamento pode representar uma dificuldade, especialmente se o orçamento do SU já estiver sobrecarregado. Embora possam ser incluídos recursos humanos já vinculados à instituição para reduzir custos, ainda será necessário fazer algum investimento. Dada a escassez de recursos humanos especializados, pode ser um desafio encontrar profissionais qualificados e com experiência em geriatria ou gerontologia social. Para tal, seria

importante apostar em formações de especialização e sensibilização aos profissionais do GAISU. Por último, é possível que ocorram problemas relacionados com a gestão do espaço físico, no sentido de encontrar um espaço adequado para implementação do GAISU. Isto poderá ocorrer porque infraestruturas do SU são limitadas e não têm dimensões ajustadas à realidade que este serviço enfrenta na atualidade.

No que diz respeito às limitações, pode-se referir a capacidade de atendimento e cuidados a todos os que necessitam, considerando a disponibilidade de recursos e de profissionais. Além disso, cada idoso ou familiar tem necessidades específicas, e a equipa do GAISU pode ter limitações em atender a todas de forma completa. Por fim, aponta-se a disponibilidade de outros serviços e recursos externos ao SU, onde pode haver limitações de resposta sempre que seja necessário requisitá-los.

## **5. Resultados Esperados**

Através da implementação do GAISU, espera-se que os utentes idosos atendidos no SU e seus familiares experienciem um nível mais elevado de satisfação com o atendimento e cuidado prestado. A satisfação pode ser avaliada posteriormente por meio de investigações de satisfação, realizadas diretamente aos utentes idosos e suas famílias.

Como resultados esperados, salienta-se a melhoria na qualidade de atendimento, através de uma abordagem especializada e adaptada às necessidades e dificuldades dos idosos. Adicionalmente, o gabinete também pode contribuir para a redução de complicações de saúde dos utentes idosos, como quedas, infeções hospitalares, declínio funcional, desidratação e agudização de doenças crónicas.

Espera-se que o GAISU promova uma melhor comunicação e envolvimento dos familiares dos utentes mais frágeis. A comunicação pode ser aprimorada através da transmissão de informações de forma efetiva e clara, com atualizações regulares acerca do estado de saúde do idoso, permitindo um envolvimento dos familiares nas decisões de cuidado e tratamento, bem como fornecendo apoio emocional durante todo o episódio.

A concretização do GAISU especta desenvolver o uso mais eficiente dos recursos hospitalares, como a redução do tempo de permanência dos utentes no SU e a diminuição das readmissões hospitalares, contribuindo para melhorar a capacidade de resposta desta instituição hospitalar.

Por fim, considera-se fundamental que seja realizada a avaliação do impacto da implementação do GAISU de forma regular, com o propósito de identificar oportunidades de melhoria contínua e aperfeiçoar os serviços prestados.

## **CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**

Ao longo dos capítulos anteriores, contextualizou-se teoricamente a temática do trabalho, sustentado o quadro de objetivos inicialmente propostos, paradigma e metodologia utilizada, os principais resultados obtidos e sua discussão. Essa abordagem visou compreender a realidade dos utentes idosos que utilizam o SU e os principais desafios enfrentados pelo sistema.

Neste capítulo pretende-se refletir sobre o percurso deste trabalho e apresentar conclusões, apontar algumas limitações e elaborar perspetivas futuras.

A pesquisa bibliográfica realizada ao longo do trabalho, permitiu compreender a importância de avaliar o atendimento e prestação de cuidados aos utentes com mais idade, considerando o envelhecimento progressivo da população e o aumento da esperança média de vida. No entanto, a longevidade não significa que os indivíduos com mais de 65 anos vivam de forma saudável e com qualidade de vida. O envelhecimento acarreta uma série de mudanças físicas e condições de saúde que afetam a população com mais idade, com a manifestação de doenças crónicas, nomeadamente doenças cardíacas, respiratórias ou diabetes. Além disso, a fragilidade, o declínio funcional e o risco de quedas aumentam a probabilidade de este grupo necessitar de recorrer aos serviços de saúde. Neste contexto, depreende-se que os mais velhos recorram mais frequentemente às Unidades Hospitalares, quando comparados com os adultos mais jovens, tornando pertinente e necessário adequar o atendimento e os cuidados a esta população mais vulnerável.

A investigação realizada evidenciou uma série de desafios enfrentados pelo SU na atualidade, que abrangem tanto a sua infraestrutura física como o seu funcionamento. No que diz respeito à infraestrutura, os resultados revelaram o espaço físico desadequado, a insuficiência de equipamentos e a limitação de espaço que influencia a privacidade dos utentes. No entanto as perceções dos entrevistados não se limitam apenas às infraestruturas. No que toca ao funcionamento do SU, emergiram questões que afetam diretamente a capacidade em fornecer uma resposta adequada aos que mais necessitam. A identificação dos utentes que mais requerem atenção e a prestação de cuidados adequados identificam-se como desafios decorrentes do aumento da procura, em contraste com a diminuição de recursos humanos e de utentes internados no SU. Esta

conjuntura coloca em destaque a necessidade de desenvolver estratégias inovadoras para otimizar a eficácia do atendimento no SU.

Também foi possível concluir que, na percepção dos entrevistados, a comunidade não tem uma boa apreciação acerca do SU, nomeadamente no que diz respeito ao tempo de espera, falta de comida, limpeza do Serviço, alta sem relatório médico, desorganização e falta de informação. Estes aspetos críticos influenciam diretamente a satisfação do utente e a confiança da comunidade nos serviços prestados pelo SU.

À medida que é aprofundada a análise deste estudo, emergiu uma imagem clara das necessidades e dificuldades enfrentadas pelos utentes idosos no contexto do SU. Na percepção dos participantes, os idosos são reconhecidos com o grupo etário que mais necessita de especial atenção. Este grupo de utentes não só representam a faixa etária que mais recorre ao SU, como também são mais suscetíveis às vulnerabilidades inerentes ao envelhecimento. A permanência prolongada dos utentes idosos, juntamente com uma maior dependência e presença de múltiplas patologias de base, sublinha a importância de uma abordagem especializada e holística para atender às suas necessidades.

A identificação das necessidades dos utentes idosos abrange uma visão ampla, desde o acompanhamento até ao apoio emocional, passando pelo apoio nas AVD's, conforto companhia, privacidade, acolhimento e mobilização. Esta visão detalhada fornece uma compreensão aprofundada no que concerne às dimensões físicas, emocionais e sociais das necessidades dos utentes mais velhos.

No entanto, à medida que se reconhecem necessidades, também surgem dificuldades consideráveis. A comunicação emerge como obstáculo crucial, juntamente com a compreensão e a desorientação, que muitas vezes acompanham as condições de saúde complexas destes utentes. O medo da doença, a preservação da autonomia e a solidão também são dificuldades que surgem com frequência.

Este estudo evidenciou a existência de lacunas significativas na articulação e comunicação dentro do SU, que afetam tanto a interação entre os profissionais de saúde quanto a relação dos mesmos com os utentes e familiares. Estes aspetos demonstram que esta área exige melhorias para otimizar a qualidade do atendimento prestado. Os resultados sublinham que a articulação eficaz entre os profissionais de saúde no SU, enfrenta desafios substanciais. A existência de lacunas na comunicação interna pode levar

a atrasos e à falta de coordenação dos cuidados, afetando negativamente o utente. Além disso, uma comunicação limitada entre os profissionais de saúde pode afetar a qualidade das informações transmitidas aos utentes e seus familiares.

Este estudo também realça as dificuldades enfrentadas pelos familiares dos utentes durante o episódio no SU. A falta de informações sobressai como a principal dificuldade, sendo seguida pela ausência de apoio aquando da alta hospitalar e pelas barreiras linguísticas. A falta de comunicação e de transmissão de informações, pode gerar ansiedade dos familiares, e isso pode prejudicá-los nos casos em que pode ser necessário tomar decisões.

Ao considerarmos estas conclusões, torna-se claro que a melhoria da articulação e comunicação no SU é uma prioridade fundamental. A criação de mecanismos que promovam a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, o reforço da comunicação com os utentes e a disponibilização de informações claras e acessíveis para os familiares são passos cruciais para impulsionar mudanças eficazes no SU.

Relembrando a questão de investigação “Será utopia ou realidade a necessidade de criação de um gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA (Faro)?” este trabalho possibilitou a obtenção de dados importantes que indicam que essa carência é, de facto, uma realidade e não uma utopia. Através da revisão de literatura, da caracterização do perfil do idoso que recorre ao SU do CHUA e das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que possuem experiência no SU, ficou evidente que o desenvolvimento de um GAISU não é apenas uma possibilidade, mas uma necessidade imperativa. Os resultados mostram claramente que as abordagens padronizadas não são suficientes para atender às necessidades complexas dos utentes idosos. A implementação de um gabinete para prestar apoio abrangente, surge como uma solução promissora para garantir cuidados especializados e individualizados a este grupo populacional. A crescente procura pelo SU por parte dos utentes mais velhos, combinada com as suas necessidades específicas, tornam a criação desse GAISU uma proposta de melhoria concreta e viável, consistindo numa realidade que deve ser abordada pelos serviços de saúde.

O último objetivo do trabalho consistia em elaborar uma proposta de melhoria no atendimento e cuidados de saúde no SU do CHUA (Faro), através da criação de um

GAISU. O objetivo foi cumprido, e foi elaborada uma proposta de criação de um GAISU, na qual contempla a justificação e benefícios, objetivos, estruturação e funcionamento, desafios e limitações, e, por último, os resultados esperados. Ao concluir esta etapa do trabalho, é possível afirmar que a proposta de criação do GAISU representa um avanço significativo na melhoria do atendimento e cuidados prestados à população idosa e seus familiares. Para além disso, o GAISU visa reduzir a sobrecarga dos profissionais de saúde, que, pela sobrelotação do SU, muitas vezes não conseguem satisfazer as necessidades e prestar o apoio que os idosos carecem.

Desta forma, espera-se que esta investigação, bem como a proposta de melhoria elaborada, constituam um contributo para a implementação de processos de mudança que permitam um padrão de excelência na qualidade em saúde.

Embora este estudo tenha alcançado os objetivos propostos e tenha contribuído de forma significativa para a compreensão da necessidade de criar um GAISU, é importante reconhecer e evidenciar algumas limitações do estudo. Uma das principais limitações deste estudo reside na ausência da perspetiva dos utentes idosos e das suas famílias. A falta de envolvimento direto desses grupos de participantes, que são os utilizadores primários do SU, impede a compreensão em profundidade das suas necessidades, dificuldades e expectativas. A inclusão destes participantes poderia ter proporcionado uma visão mais completa e enriquecedora da temática, contribuindo com um conhecimento mais abrangente sobre a pertinência do GAISU. Outra limitação relevante diz respeito à amostra de profissionais que participaram nas entrevistas. Embora os entrevistados tenham sido selecionados com base na sua experiência profissional, não foram abrangidos todos os profissionais do SU. Um estudo mais abrangente, envolvendo uma amostra mais representativa, poderia ter permitido uma perspetiva mais completa. Para isso, poderia ter sido incluída uma componente quantitativa, com recurso a questionários, fornecendo uma visão numérica que complementaria as conclusões qualitativas.

Por último, ressalta-se como limitação a restrição de tempo resultante nas obrigações profissionais da investigadora principal. A gestão de tempo necessária para conduzir esta pesquisa, inevitavelmente limitou a extensão das análises possíveis, especialmente no que diz respeito à inclusão de uma abordagem quantitativa da perspetiva dos profissionais e à inclusão das perspetivas dos utentes idosos e suas famílias.

Em suma, ao serem consideradas estas limitações, é possível reforçar a necessidade de estudos futuros que possam abordar essas lacunas e aprofundar a compreensão sobre a pertinência da temática.

Como perspectivas de investigações futuras seria importante investigar a perspectiva dos idosos e dos familiares em relação à problemática analisada, através de entrevistas semiestruturadas, a fim de complementar a visão obtida neste estudo, e, dessa forma, enriquecer sugestões futuras de melhoria. Considera-se crucial a realização de outras investigações que abordem esta problemática com recurso a diferentes métodos de recolha de dados, como, por exemplo, a observação direta para expor a realidade dos idosos e dos familiares durante um episódio de urgência, ou de questionários, abordando a metodologia quantitativa. Além disso, sugere-se a realização de outros estudos dentro da mesma temática noutros contextos de serviços de saúde, que não restrinjam apenas o SU. Poderiam ser incluídos os serviços de internamento e de ambulatório, bem como os centros de cuidados de saúde primários, uma vez que todas essas unidades prestam serviço a utentes mais velhos. Certamente, seria possível identificar pontos de melhoria para ajustar os serviços às necessidades desta população.

Em suma, aspira-se que esta investigação possa contribuir também para sensibilizar e consciencializar os profissionais de saúde acerca da problemática do envelhecimento, bem como das necessidades e dificuldades que os idosos e os seus familiares enfrentam durante a permanência no SU. Desta forma, os profissionais devem ter conhecimentos adequados e especializados para atender à população mais velha, que carece de especial atenção. Além disso, é importante que os profissionais reflitam sobre as lacunas na comunicação, que necessita de intervenção multidisciplinar, a fim de melhorar a qualidade do atendimento aos idosos e suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, *19*(1), 195. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- Abidova, A., Alcantara da Silva, P., & Moreira, S. (2020). Predictors of Patient Satisfaction and the Perceived Quality of Healthcare in an Emergency Department in Portugal. *Western Journal of Emergency Medicine*, *21*(2), 391–403. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.9.44667>
- Admi, H., Shadmi, E., Baruch, H., & Zisberg, A. (2015). From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. *Rambam Maimonides Medical Journal*, *6*(2), e0017. <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10201>
- Almeida, A. S., & Gomes, I. D. (2021). Os motivos que levam as pessoas idosas a recorrer frequentemente ao serviço de urgência. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, *34*, 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.13428>
- Almeida, J., & Ferreira, P. (2021). A intervenção do serviço social no protelamento da alta do idoso no serviço de urgência: o caso do hospital de São José. *Revista Temas Sociais*, *1*, 170–187.
- Andrade, L. A. S. de, Santos, S. de P., Corpolato, R. C., Willig, M. H., Mantovani, M. de F., & Aguilera, A. L. (2018). Elderly care in the emergency department: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *21*(2), 243–253. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170144>
- Antunes, P., Garcia, N. F. G., Oliveira, L., Rodrigues, I. V., & Alves, G. R. (2018). A importância do atendimento humanizado nos serviços de urgência. *Revista Científica FacMais*, *XII*.
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência hospitalar. *Journal of Aging and Motivation*, *2*, 20–26.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Em *Successful Aging* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Batista, M. I., & Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011 Evolução e Perspectivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Banerjee, J., Conroy, S., & Cooke, M. W. (2013). Quality care for older people with urgent and emergency care needs in UK emergency departments. Em *Emergency Medicine Journal* (Vol. 30, Número 9, pp. 699–700). <https://doi.org/10.1136/emermed-2012-202080>

- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (5ª Edição). Edições 70.
- Bisol, C. A. (2012). Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (suppl 1), 719–726. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500008>
- Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30–35. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2018.07.002>
- Bláhová, H., Bártová, A., Dostálová, V., & Holmerová, I. (2020). The needs of older patients in hospital care: a scoping review. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020 33:8, 33(8), 2113–2122. <https://doi.org/10.1007/S40520-020-01734-6>
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2018). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e629–e642. <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>
- Borges, H. A., & Vargas, D. R. M. de. (2011, Julho). As dificuldades encontradas pelo idoso hospitalizado sem acompanhante. *Revista Científica do ITPAC*.
- Boyle, A. (2023). Unprecedented? The NHS crisis in emergency care was entirely predictable. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.p46>
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89–107. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2009.09.009>
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso a Doença e o Hospital. O Impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas* (1ª). Lusociência.
- Chermiti, Y. R. (2022). *A comunicação entre o cidadão migrante e as instituições de saúde em Portugal*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Cielo, C., Camponogara, S., & Pillon, R. B. F. (2013). A comunicação no cuidado à saúde em unidade de urgência e emergência: relato de experiência. *Journal of Nursing and Health*, 3(2), 204–212.
- Conselho de Administração do CHUA. (2019). *Relatório de Gestão e Contas 2018*. [www.chalgarve.min-saude.pt](http://www.chalgarve.min-saude.pt)
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.
- Craswell, A., Marsden, E., Taylor, A., & Wallis, M. (2016). Emergency Department presentation of frail older people and interventions for management: Geriatric

- Emergency Department Intervention. *Safety in Health*, 2(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40886-016-0049-y>
- Creswell, J. W., Rocha, L. de O. da, & Silva, M. I. da C. e. (2007). *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed.
- Dawson, H., Weerasooriya, J., & Webster, G. (2008). Hospital Admissions via the Emergency Department: Implications for Planning and Patient Flow. Em *20 Healthcare Quarterly* (Vol. 11, Número 1). [www.longwoods.com](http://www.longwoods.com)
- Dinis, R. P. A. B. (2006). *A família do idoso: O parceiro esquecido? Cuidar do Idoso Hospitalizado em Parceria com a Família, Perspectiva dos enfermeiros*. <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/727>
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388–394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56(3). <https://doi.org/10.1093/GERONA/56.3.M146>
- Goldberg, S. E., Whittamore, K. H., Harwood, R. H., Bradshaw, L. E., Gladman, J. R. F., & Jones, R. G. (2012). The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. *Age and Ageing*, 41(1), 80–86. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr106>
- Gonçalves, A. V. F., Bierhals, C. C. K., & Paskulin, L. M. G. (2015). Embracement with risk classification in the emergency department from the perspective of older adults. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(3), 14–20. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- Gonçalves, M. N., & Freire, R. M. (2010). A família e a Aceitação da Alta. Em *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 102–108). Stationery Office.
- Gripa, J. G., Gehlen, M. H., Ventura, J., Ferraz De Paula, S., Scarton, J., & Stobaus, C. D. (2018). Cuidado humanizado de enfermagem à pessoa idosa com câncer. *Disciplinarum Scientia*, 19(2), 235–243.
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no Serviço de Urgência* (Grupo Português de Triage, Ed.; 2ª).

- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association*, 15(8).
- Higashi, T., Shekelle, P. G., Adams, J. L., Kamberg, C. J., Roth, C. P., Solomon, D. H., Reuben, D. B., Chiang, L., MacLean, C. H., Chang, J. T., Young, R. T., Saliba, D. M., & Wenger, N. S. (2005). Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. *Annals of internal medicine*, 143(4). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-4-200508160-00008>
- Hoogerduijn, J. G., Grobbee, D. E., & Schuurmans, M. J. (2014). Prevention of functional decline in older hospitalized patients: Nurses should play a key role in safe and adequate care. *International Journal of Nursing Practice*, 20(1), 106–113. <https://doi.org/10.1111/IJN.12134>
- Hshieh, T. T., Yang, T., Gartaganis, S. L., Yue, J., & Inouye, S. K. (2018). Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1015–1033. <https://doi.org/10.1016/J.JAGP.2018.06.007>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2018-2020*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=472914979&DESTAQUESmodo=2)
- Jorge, S. G., & Madureira, M. (2020). Necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência: revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde*, 12, 5–11. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.8646>
- Kelley, M. Lou, Parke, B., Jokinen, N., Stones, M., & Renaud, D. (2011). Senior-friendly emergency department care: An environmental assessment. *Journal of Health Services Research and Policy*, 16(1), 6–12. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.009132>
- Kretschmer, A. C., & Loch, M. R. (2023). Autopercepção de saúde em idosos de baixa escolaridade: fatores demográficos, sociais e de comportamentos em saúde relacionados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220102.PT>
- Lee, S. B., Oh, J. H., Park, J. H., Choi, S. P., & Wee, J. H. (2018). Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clin Exp Emerg Med*, 5(4), 249–255. <https://doi.org/10.15441/ceem.17.261>
- Linertová, R., García-Pérez, L., Vázquez-Díaz, J. R., Lorenzo-Riera, A., & Sarría-Santamera, A. (2011). Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: In-hospital or home care. A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(6), 1167–1175. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2753.2010.01493.X>
- Martin-Khan, M., Burkett, E., Schnitker, L., Jones, R. N., & Gray, L. C. (2013). *Methodology for developing quality indicators for the care of older people in the Emergency Department*. <http://www.biomedcentral.com/1471-227X/13/23>

- Martins, M. L. (2015). *Satisfação do acompanhante do doente adulto que recorre ao serviço de urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Martín-Sánchez, F. J., Fernández Alonso, C., & Gil Gregorio, P. (2013). Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Medicina Clínica*, 140(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2012.04.009>
- Melo, R. C. C. P. de, Costa, P. J., Henriques, L. V. L., Tanaka, L. H., Queirós, P. J. P., & Araújo, J. P. (2019). Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 825–829. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>
- Meneses, R. D. B. de. (2019). Humanização da saúde: da intenção à inteligência emotiva. *RevSALUS - Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 1(2), 11–15. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v1i2.114>
- Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, Diário da República: 2.ª série, n.º 153 20673 (2014).
- Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Morgado, H., Carvalho, M., & Estela Vilhena. (2018). A humanização como fator de qualidade nos serviços de saúde. Em *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*.
- Nações Unidas. (2021). *Envelhecimento - Nações Unidas - ONU Portugal*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Nairn, S., Whotton, E., Marshal, C., Roberts, M., & Swann, G. (2004). The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12(3), 159–165. <https://doi.org/10.1016/J.AAEN.2004.04.001>
- Nicholson, C., Morrow, E. M., Hicks, A., & Fitzpatrick, J. (2017). Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 60–71. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2016.11.015>
- Ocak, U., & Avsarogullari, L. (2019). Expectations and needs of relatives of critically ill patients in the emergency department. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 26(6), 328–335. <https://doi.org/10.1177/1024907918802737>
- Oliveira, A. L. R., Mendonça, S. M. H., & Mendonça, R. M. Holanda. (2011). A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde. *Revista Científica de Enfermagem*, 1(3), 5–9.
- Oliveira, P., Frutuoso, B., Veríssimo, R., & Agripino, A. (2017). O Doente Idoso no Serviço de Urgência. *Galicla Clin*, 78(1), 11–14.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. [www.who.int](http://www.who.int)

- Ortiz, B. R., & Wanderley, K. da S. (2011). Reflexões Sobre o Uso da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) em Idosos Hospitalizados. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(3).
- Pais, T. M., Branco, M. A. R. V., & Magalhães, C. P. (2023). Perceção de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem numa urgência médico-cirúrgica. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RVI22037>
- Parker, S. G., Fadayeveatan, R., & Lee, S. D. (2006). Acute hospital care for frail older people. *Age and Ageing*, 35(6), 551–552. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFL070>
- Patterson, M., Nolan, M., Rick, J., Brown, J., Adams, R., & Musson, G. (2011). *From Metrics to Meaning: Culture Change and Quality of Acute Hospital Care for Older People*.
- Pereira, A. S. S. (2018). *Um contributo do método DISTATIS para classificar e hierarquizar os principais problemas e desafios* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Algarve.
- Pereira, J. F., & Petronilho, F. A. S. (2018). Satisfação do familiar cuidador sobre o planeamento da alta hospitalar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 22, 42–55.
- Phillips, J., Ajrouch, K., & Hillcoat-Nallétamby, Sarah. (2010). Ageing. Em *Key concepts in social gerontology* (pp. 12–17). SAGE.
- PORDATA. (2021). *Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas*. Censos 2021. <https://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-255606>
- Ratna, H. (2019). The Importance of Effective Communication in Healthcare Practice. *Harvard Public Health Review*, 23, 1–6.
- Relatório Grupo trabalho - Serviços de Urgências*. (2019). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urg%C3%A0ncias.pdf>
- Resende, R. (2016). Técnica de Investigação Qualitativa: ETCI Related papers. *Journal of Sport Pedagogy & Research*, 2, 50–57.
- Reshidi, N. Al, Rose, R. N., & Aseeri, R. M. Al. (2020). Perceived Challenges of Working Environment Among Emergency Department Nurses in Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. <https://doi.org/10.7176/JBAH/10-10-05>
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo* (2ª). Lidel.
- Ribeiro, P. C. P. (2012). *A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa.
- Riveros, C. C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 19–30. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- Riviere, M., Duprez, V., Dufort, H., van Hecke, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Deschodt, M. (2022). The interpersonal care relationship between nurses and older

- patients: A cross-sectional study in three hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2408–2425. <https://doi.org/10.1111/jan.15182>
- Roque, A. C., Rodrigues, B. P., & Gonçalves, I. R. (2021). A humanização proposta ao idoso durante o atendimento. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(60), 4748–4761. <https://doi.org/10.36489/SAUDECOLETIVA.2021V11I60P4748-4761>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/GERONT/37.4.433>
- Sanders, A. B. (1992). Care of the elderly in emergency departments: Conclusions and recommendations. *Annals of Emergency Medicine*, 21(7), 830–834. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(05\)81030-3](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(05)81030-3)
- Sanjuan-Quiles, Á., María Del Pilar Hernández-Ramón, ;, Juliá-Sanchis, R., García-Aracil, N., M<sup>a</sup>, ;, Castejón-De La Encina, E., & Perpiñá-Galvañ, J. (2018). *Handover of Patients From Prehospital Emergency Services to Emergency Departments A Qualitative Analysis Based on Experiences of Nurses*. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000351>
- Santo, I. E., & Ferreira, F. M. (2018). Planeamento de alta hospitalar: perspetivas e reflexões acerca dos protelamentos sociais em Portugal. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, 33. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2018.25.02>
- Santos, M. C. dos, Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47–57.
- Santos, R. S. dos, Amorim, L. P., Santos, L. L. dos, Monteiro, L. V., Dourado, G. K. da S., & Cardoso, R. da silva S. (2022). Humanização no cuidado na UTI adulto. *Enfermagem Brasil*, 21(3), 318–332. <https://doi.org/10.33233/EB.V21I3.4709>
- Santos, S. M. S., Amarante, M. J. R., Pinheiro, S. L. F., Pinheiro, E. L. T., Sousa Neto, I. F. de, Silva, C. L., Menezes, R. S. M. de, Pinheiro, R. B., Fernandes, L. dos S., Santos, M. M. S., Teixeira, Y. W. da S., Barreto, J. A. P. S., Pereira, G. F., Sousa, R. de F. S., & Rodrigues, F. E. de A. (2020). Percepções dos acompanhantes acerca da comunicação verbal da equipe de enfermagem na emergência. *Research, Society and Development*, 9(8), e195985586. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5586>
- Schnitker, L. M., Beattie, E. R. A., Martin-Khan, M., Burkett, E., & Gray, L. C. (2016a). Characteristics of older people with cognitive impairment attending emergency departments: A descriptive study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 118–126. <https://doi.org/10.1016/J.AENJ.2016.04.002>
- Schnitker, L. M., Beattie, E. R. A., Martin-Khan, M., Burkett, E., & Gray, L. C. (2016b). Characteristics of older people with cognitive impairment attending emergency departments: A descriptive study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(2), 118–126. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2016.04.002>
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 29–41.

- Shiavo, R. (2014). *Health Communication: From Theory to Practice* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Silvestre, A. L. (2007). *Análise de Dados e Estatística Descritiva*. Escolar Editora.
- Soares, M. I., Silva, B. R. da, Leal, L. A., Brito, L. J. de S., Resck, Z. M. R., Henriques, S. H., Soares, M. I., Silva, B. R. da, Leal, L. A., Brito, L. J. de S., Resck, Z. M. R., & Henriques, S. H. (2020). Estratégias para o Desenvolvimento da Comunicação em um Hospital de Urgência e Emergência. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200045>
- Sokolski, B. L., Vandresen, F., & Senff, C. O. (2019). Desafios da enfermagem para atuação em urgência e emergência. *Saúde e Meio Ambiente*, 8, 207–218.
- Souza, W. F. de, Mutro, M. E. G., Paes, N. de F., Altino, R. de C., & Saranholi, T. L. (2021). Barreiras na comunicação em serviços de urgência e emergência: variáveis que interferem na interpretação da mensagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.744>
- Souza, J., Júnior, J., & Miranda, F. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (12), 107–116. <https://doi.org/10.12707/RIV16064>
- Stefanini, A., Aloini, D., Gloor, P., & Pochiero, F. (2021). Patient satisfaction in emergency department: Unveiling complex interactions by wearable sensors. *Journal of Business Research*, 129, 600–611. <https://doi.org/10.1016/J.JBUSRES.2019.12.038>
- Steinmiller, J., Routasalo, P., & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: a literature review. *International Journal of Older People Nursing*, 10, 284–305. <https://doi.org/10.1111/opn.12090>
- Street, M., Marriott, J. R., & Livingston, P. M. (2012). Emergency Department access targets and the older patient: A retrospective cohort study of Emergency Department presentations by people living in Residential Aged Care Facilities. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(4), 211–218. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.002>
- Swenor, B. K., Lee, M. J., Varadaraj, V., Whitson, H. E., & Ramulu, P. Y. (2020). Aging With Vision Loss: A Framework for Assessing the Impact of Visual Impairment on Older Adults. *The Gerontologist cite as: Gerontologist*, 60(6), 989–995. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz117>
- Tavares, J. P. de A., Nunes, L. A. N. V., & Grácio, J. C. G. (2021). Pessoa idosa hospitalizada: preditores do declínio funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, 1–10. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>
- Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 615–620. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/229>
- Torres, L. R. de L., Baeck, H. E., Diógenes, B. de S., & Gurgel, Y. M. (2023). Investigação dos fatores de risco pré-estabelecidos para perdas auditivas em idosos.

*Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(3), e12452.  
<https://doi.org/10.25248/reas.e12452.2023>

*Urgência Polivalente / Médico-cirurgica – CH / Algarve*. (2022).  
<https://www.chualgarve.min-saude.pt/servicos-clinicos/urgencia-polivalente-medico-cirurgica/>

Valenzuela, M. A., Sanjuan-Quile, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., Juliá-Sanchis, R., & Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanização dos cuidados de saúde no serviço de urgência: análise qualitativa baseada nas experiências dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*.  
<https://doi.org/https://doi.org/0.12707/RIV19030>

Wachholz, P. A., & Velho, J. C. A. de C. (2021). Slow medicine: a philosophical conception for a humanized geriatric practice. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 15(0), 1–4. <https://doi.org/10.5327/Z2447-212320212100015>

Wodchis, W. P., Dixon, A., Anderson, G. M., & Goodwin, N. (2015). Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *International Journal of Integrated Care*, 15. <https://doi.org/10.5334/IJIC.2249>

World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A policy Framework*. <http://www.who.int/hpr/>

Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., Haghshenas, A., & Tavakoli, N. (2017). Overcrowding in emergency departments: A review of strategies to decrease future challenges. *Journal of Research in Medical Sciences*, 22(1), 23. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.200277>

## **ANEXOS**

## Anexo 1 - Autorização do Conselho de Administração e Comissão de Ética do CHUA

Estudo "Gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA: Utopia ou realidade?" UAIF 244/2022 - Autorização Final

Unidade Apoio Investigacao -Unidade Faro <unidade.investigacao@ch Algarve.min-saude.pt>

qui, 02/03/2023 10:30

Para:LEILA CRISTINA COELHO BORRALHO <a36348@ualg.pt>;leilaborralho@gmail.com  
<leilaborralho@gmail.com>

Cc:Jose Manuel Lourenco Silva Almeida <jalmeida@ch Algarve.min-saude.pt>;Marisa Isabel Peres Caixas  
<mcaixas@ch Algarve.min-saude.pt>

Bom dia cara Leila Borralho,

Na sequência do pedido de autorização para o estudo mencionado em epígrafe, informamos que o mesmo mereceu o parecer favorável da nossa Comissão de Ética, tendo sido autorizado pela Presidente do Conselho de Administração em **01/03/2023**, nos termos propostos obrigatoriamente, a salvaguardar por esta Unidade de Apoio à Investigação.

Solicitamos que o Centro Hospitalar Universitário do Algarve seja referido em todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc.. decorrentes do estudo;

Devem ainda dar conhecimento a este serviço de todas as publicações, comunicações, posters, trabalhos, etc. decorrentes do estudo, bem como a data de encerramento do mesmo, e enviar o relatório final da investigação até 90 dias após a sua conclusão.

Com os melhores cumprimentos,

**Rita Munhoz**

Assistente Técnica

Centro de Investigação e Documentação – Dep. Ensino, Inovação e Investigação (D.E.I.I.)

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO ALGARVE

Praceta Azedo Gneco, nº 17 – 3º D - 8000-163 Faro | Portugal

Tel. 289 891 238 | Ext 42 244

[www.chalgarve.min-saude.pt](http://www.chalgarve.min-saude.pt)



## Anexo 2 - Avaliação do Encarregado da Proteção de Dados da UALG

Re: Pedido de autorização - Aluna de Mestrado de Gerontologia Social

Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

ter, 13/12/2022 17:58

Para:LEILA CRISTINA COELHO BORRALHO <a36348@ualg.pt>

Cc:Ana Catarina Baptista <acjesus@ualg.pt>

Cara Leila Borralho

Na qualidade de Encarregado da Proteção de Dados da UALG e na sequência da continuidade do Vosso pedido de Parecer sobre a Conformidade RGPD do questionário no âmbito do estudo "Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA: utopia ou realidade?", confirmo encontrar no estudo as condições necessárias para evitar possíveis situações que possam responsabilizar a UALG em termos de falta de cumprimento de requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD e LPDP.

Mais informo que para garantir a conformidade RGPD o documento de Informação Prévia de Privacidade de Dados deve ser apresentado a cada participante requisitando a sua leitura, tomada de conhecimento e assinatura para os termos e condições e termo de consentimento.

Este email representa parecer do EPD sobre tratamentos de dados pessoais e pode ser apresentado para Parecer da Comissão de Ética da Ualg.

Ao dispor para eventuais esclarecimentos ou informações adicionais.

Melhores Cumprimentos

Júlio Fernandes - na qualidade de EPD da UALG

Para mais informação e guias de ajuda, aconselho vivamente consultar a área de "Proteção de Dados" na Intranet da Ualg em <https://ualgnet.ualg.pt/servicos#protecao-de-dados> .

---

**From:** LEILA CRISTINA COELHO BORRALHO <a36348@ualg.pt>

**Sent:** Saturday, December 10, 2022 10:36 PM

**To:** Regulamento Geral da Proteção de Dados <rgpd@ualg.pt>

**Cc:** Ana Catarina Baptista <acjesus@ualg.pt>

**Subject:** Pedido de autorização - Aluna de Mestrado de Gerontologia Social

Exmo. Doutor  
Júlio Fernandes

Eu, Leila Cristina Coelho Borralho, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação e Comunicação, da Universidade do Algarve, venho solicitar autorização para realizar entrevistas, no âmbito da dissertação intitulada “Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA: utopia ou realidade?”, tendo como orientadora a Professora Doutora Ana Catarina Baptista de Jesus Correia.

Segue, em anexo, os seguintes documentos para apreciação: Dados Gerais da Investigação; Guião de Entrevista Semiestruturada dirigido ao Diretor do Serviço de Urgência e Guião de entrevista dirigido aos Profissionais e Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados.

Agradeço toda a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Leila Borralho.

### Anexo 3 - Questionário de aplicação das normas de ética nas dissertações do 2º ciclo da ESEC da UALG



**Mestrado:** Gerontologia Social

**Mestrando:** Número: 36348 Nome: Leila Borralho

**Modalidade:** Dissertação X\_ Trabalho Projeto \_\_\_ Estágio \_\_\_

**Título da Tese/Trabalho Projeto/Estágio:** Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA: utopia ou realidade?

**Orientador(es):** Ana Catarina Baptista de Jesus Correia

#### Questões:

1. A Metodologia do Estudo foi aprovada pelo(s) orientador(es)? SIM X NÃO \_\_\_
2. A Recolha de Dados que envolve Inquéritos, Formulários ou Escalas, ou outros documentos com referência à validação prévia do instrumento e à autorização para a sua utilização, estão devidamente autorizados? SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_ NÃO SE APLICA X
3. Aos Participantes no Estudo ou seus representantes legais foi fornecida a informação sobre os objetivos da investigação, os responsáveis e os seus contactos, os métodos, a utilização dos resultados, as modalidades de transmissão dos resultados? SIM X NÃO \_\_\_ NÃO SE APLICA \_\_\_
4. Está assegurado o parecer favorável ou autorização do(s) responsável(eis) da(s) entidade(s) onde o estudo ou projeto de investigação será desenvolvido? SIM X NÃO \_\_\_ NÃO SE APLICA \_\_\_
5. A proteção e confidencialidade de dados dos participantes está assegurada? SIM X NÃO \_\_\_ NÃO SE APLICA \_\_\_

Faro, 19 / 02 /2023

Assinatura do Mestrando: Leila Borralho

## Anexo 4 - Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados.

### Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

A Escola Superior de Educação e Comunicação (ESEC) da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100, encontra-se a realizar “entrevistas semiestruturadas” no âmbito do estudo “*Gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA: Utopia ou realidade?*”, no período de janeiro a Abril de 2023 e tem como responsável pelo estudo a aluna Leila Cristina Coelho Borralho.

O principal objetivo do estudo centra-se em averiguar a necessidade da criação de um gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA (Faro). Esta entrevista é realizada pessoalmente, com gravação áudio. Os dados pessoais previstos a tratamento no âmbito do “*Gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA: Utopia ou realidade?*” são: género; idade; profissão; anos de experiência; e formação em gerontologia/geriatria. As categorias dos titulares a recolher os dados serão “profissionais de saúde e assistentes administrativos, que exerçam funções no serviço de urgência do CHUA (Faro) há pelo menos 5 anos.

Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos da dissertação “*Gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA: Utopia ou realidade?*”, estando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a exclusiva utilização pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do estudo, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em [www.ualg.pt](http://www.ualg.pt).

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à participação ou ao preenchimento do questionário, é favor contactar pelo número “+351 962920067” ou pelos emails “leilaborralho@gmail.com ou a36348@ualg.pt”

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados do Universidade do Algarve.

Titular de Dados: Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Consentimento para Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos de estudo realizado na investigação “*Gabinete de apoio ao idoso no Serviço de Urgência do CHUA: Utopia ou realidade?*”, de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em [www.ualg.pt](http://www.ualg.pt). Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico [rgpd@ualg.pt](mailto:rgpd@ualg.pt), e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em [www.cnpd.pt](http://www.cnpd.pt).

Titular de Dados: Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# APÊNDICES

## Apêndice A – Guião de entrevista aos profissionais do SU do CHUA

Temática	Objetivos	Questões
Orientação geral da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar ao entrevistado o assunto da entrevista, objetivos do estudo e problemática;</li> <li>- Certificar a entrevista;</li> <li>- Motivar o entrevistado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pedir autorização para a gravação da entrevista;</li> <li>- Explicar como se vai estruturar a entrevista e qual o tempo, aproximadamente, de duração.</li> </ul>
Caraterização do Profissional de saúde	- Identificar e caracterizar o profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade</li> <li>- Género</li> <li>- Profissão</li> <li>- Anos de serviço</li> <li>- Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?</li> </ul>
Desafios do serviço de urgência Dificuldades e Necessidades dos idosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os principais desafios do serviço de urgência</li> <li>- Identificar qual a perceção do entrevistado acerca das principais dificuldades e necessidades sentidas pelos idosos que recorrem ao serviço de urgência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais os principais desafios que o serviço de urgência enfrenta?</li> <li>- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?</li> <li>- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?</li> <li>- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?</li> <li>- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?</li> <li>- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?</li> </ul>
Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber como funciona a articulação entre os profissionais e os familiares ou cuidadores</li> <li>- Entender como se processa a comunicação entre os profissionais de saúde e os familiares</li> <li>- Presença do familiar durante o episódio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família-profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?</li> <li>- Como se articula a presença do familiar durante o episódio de urgência?</li> <li>- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos</li> </ul>

		durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?
Propostas de melhoria	- Constatar qual a opinião do entrevistado acerca das necessidades de melhoria do serviço	- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência? - Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?
Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA	- Averiguar se considera que a criação de um gabinete de apoio ao idoso podia melhorar o serviço de urgência do CHUA	Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA? Se sim: - Quais deveriam ser os seus objetivos? - Na sua opinião, de que forma devia funcionar? - Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar? - Qual o melhor horário de funcionamento? - Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?
Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos	- Verificar se o entrevistado tem algo a acrescentar, que ainda não tivesse sido abordado, esclarecer dúvidas ou fazer comentários - Captar a opinião geral do entrevistado acerca do tema em estudo - Informar ao entrevistado que irá receber o resultado do estudo - Agradecer a disponibilidade oferecida pelo entrevistado para a colaboração no estudo	- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo? - Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação?

## Apêndice B – Codificação das entrevistas

Área temática: Desafios do serviço de urgência		
Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Espaço físico	Aspeto físico	<p>“(…) O espaço não é nada agradável, (…), esta sala de espera é uma vergonha, as cadeiras, está tudo partido, (…), é muito frio de inverno e é muito quente de verão (…)” (E4)</p> <p>“(…) Problemas de estruturação física, são instalações perfeitamente inadequadas, (…)” (E6)</p> <p>“(…) não temos as condições físicas ideais (…)” (E11)</p>
	Equipamentos insuficientes	<p>“(…) E os equipamentos também, imagine 40 macas que estão retidas com doentes internados, são 40 macas que não circulam para a comunidade (…)” (E8)</p> <p>“(…) às vezes falta de macas, cadeiras de rodas (…)” (E9)</p> <p>“(…) não temos, tanto a nível de estrutura de edifícios como a nível de investimentos de equipamentos (…)” (E11)</p>
	Falta de espaço	<p>“A superfície do serviço de urgência é pequena (…)” (E1)</p> <p>Falta de espaço físico e condições para o número de doentes que presta cuidados (…)” (E2)</p> <p>“(…) Acho que há uma tremenda falta de espaço físico, (…), está subdimensionado (…)” (E5)</p> <p>“(…) para o número de pessoas que a acedem a este serviço já se torna pequeno e sem capacidade, é uma questão de espaço físico (…)” (E10)</p>
	Privacidade	<p>“(…) não tem gabinetes individualizados e então não se vê uma organização na disposição das macas” (E1)</p> <p>(…) temos sempre as pessoas do lado que ouvem a conversa e intervêm e é sempre constrangedor (…)” (E10)</p>

<b>Funcionamento</b>	Resposta adequada	<p>“Conseguir dar resposta a todos os doentes que recorrem a nós, dentro daquilo que são os tempos previstos e dando melhor a melhor resposta possível (...), que às vezes não é exatamente aquilo que nós temos disponível para lhes dar” (E3)</p> <p>“(…) os desafios são gigantes, que é a procura de, numa má localização, nós encontrarmos soluções para pôr as coisas funcionar como um mínimo de segurança para os doentes (...)” (E6)</p>
	Identificar os que mais necessitam	“(…) é sempre o identificar aqueles que necessitam mais, (...), falando mais propriamente do doente idoso e do apoio que eles necessitam (...)” (E7)
	Aumento da procura	<p>“Os problemas é cada vez termos mais doentes, (...)” (E9)</p> <p>“trabalho aumentou bastante e as equipas reduziram em termos da sua constituição (...)” (E11)</p>
	Diminuição do número de profissionais	<p>“(…), menos profissionais” (E9)</p> <p>“(…) um aumento muito grande da procura dos serviços por parte da população, (...)” (E11)</p>
	Doentes internados no SU	“(…) com os mesmos recursos humanos, conseguirmos ter doentes internados e doentes em observação (...) e isso obviamente que acaba por gastar recursos, (...), recursos humanos que são necessários para os cuidados para este tipo de doentes” (E8)

**Área temática: Comentários do Serviço de Urgência**

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Negativos</b>	Desilusão e descontentamento	<p>“(…) há os comentários negativos que têm a ver com uma certa desilusão” (E6)</p> <p>“Sempre foram maus (...), já vêm descontentes, (...) e com um nível de irritabilidade, e depois se as coisas não acontecem de acordo com a sua vontade ou de acordo com a sua expectativa piora muito” (E11)</p>
	Tempo de espera	“(…) o tempo de espera para ser atendido e triado e o tempo de espera entre exames, (...)” (E2)

		<p>(...) <i>queixam-se do tempo de espera (...)</i> (E3)  <i>“As pessoas queixam-se muito do tempo de espera, (...)”</i> (E4)  <i>“(...) pronto às vezes de tempo de espera (...)”</i></p>
	Falta de comida	<p>(...), <i>que é não damos de comer às pessoas, (...)</i> (E3)</p>
	Limpeza do Serviço	<p><i>“(...) do estado de limpeza do serviço, (...)”</i> (E3)</p>
	Alta sem relatório Médico	<p><i>“Não falam bem de nós, porque para eles não estamos a dar uma boa resposta e um bom serviço” (...), é triste porque trabalhamos muito, (...) muitas vezes: “ah é que não tenho relatório”, os médicos devem dar uma carta com o relatório”</i> (E1)  <i>“(...) “eu queria que o meu familiar tivesse levado uma nota de alta e não levou” (...)”</i> (E3)</p>
	Desorganização	<p><i>“(...) desorganização aqui de algumas situações (...)”</i> (E2)  <i>(...) a nível das condições, a nível da organização, a nível dos cuidados”</i> (E10)</p>
	Falta de informação	<p><i>“(...) da falta de informação (...)”</i> (E3)</p>
<b>Positivos</b>	Atendimento	<p><i>“(...) muitas vezes também dizem que já têm vindo cá muitas vezes e não foram mal atendidos”</i> (E4)  <i>“(...) tenho pessoas que me dão feedbacks muito positivos em relação às experiências que tiveram (...)”</i> (E8)</p>
	Compreensão	<p><i>“(...) eles percebem muito bem o esforço gigantesco que nós fazemos aqui para trabalhar (...)”</i> (E6)  <i>“(...) Há pessoas que conseguem ver que a gente não paramos durante o turno (...)”</i> (E9)</p>
<b>Área temática: Idosos no Serviço de Urgência</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Carecem de especial atenção</b>	Principais utilizadores	<p><i>“Sem dúvida, (...) cada vez temos mais pessoas idosas a vir ao serviço (...)”</i> (E9)  <i>“(...) recorrem muito aos serviços (...)”</i> (E10)  <i>“(...) é um dos grupos dos utilizadores frequentes no serviço de urgência e são</i></p>

		<i>utilizadores frequentes porque têm agudizações das suas patologias (...)</i> (E11)
	Vulneráveis	<i>“É um grupo de risco, porque há um termo que se chama doente fragilizado (...)</i> ” (E1) <i>“(...) são os mais vulneráveis (...)</i> ” (E2) <i>“Sim, são pessoas que acabam por ser mais vulneráveis, porque têm mais idade (...)</i> ” (E10)
	Mais tempo no serviço	<i>“Claro que sim, a maior parte das vezes eles são despejados aqui (...)</i> ” (E4) <i>“(…), são aqueles que demoram mais tempo para ter alta (...)</i> ” (E11)
	Apelativos	<i>“(…), os idosos são muito apelativos (...)</i> ” (E5)
	Mais dependentes	<i>“Sim, é completamente diferente o grau, para já com uma idade mais avançada a probabilidade de haver um nível de dependência maior é grande”</i> (E8) <i>“(…) normalmente têm mais dependências (...)</i> ” (E10)
	Mais tempo na prestação de cuidados	<i>“Sim, principalmente se realmente não há tempo para eles, (...) ocupam aqui muito a dinâmica do serviço (...)</i> ” (E5)  <i>“(…) e do ponto de vista de tempo (...), e às vezes dá-se muita importância a essas intervenções, e não se vê o doente como um todo, e os doentes idosos acabam por sofrer um pouco disso (...)</i> ” (E8)
	Muitas patologias de base	<i>“(…) o problema dos idosos, é que quem aqui chega não traz só um problema de base, traz muita coisa, não há nenhum idoso que venha aqui e que só tenha uma doença (...)</i> ” (E7) <i>“(…) e têm muitas comorbilidades associadas às suas patologias de base (...)</i> ” (E11)
<b>Necessidades</b>	Acompanhamento	<i>“Talvez um bocadinho mais de acompanhamento para lhes explicarem as coisas (...)</i> ” (E5)
	Apoio emocional	<i>“O apoio emocional é importante, (...)</i> ” (E1)
	Apoio nas AVD's	<i>“(…) as necessidades básicas, tão básico como isso, como “quero ir à casa de banho”,</i>

		<p><i>“epá não consigo levar-te agora”, o doente é consciente, só que não consegue descer da maca para ir a pé à casa de banho (...)</i>” (E1)</p> <p><i>“(...) a maior parte deles é água e ir à casa de banho (...)</i>” (E4)</p> <p><i>“(...) se for preciso ir à casa de banho, haver alguém, ou se for preciso alimentação (...)</i>” (E5)</p> <p><i>“O que tem fome é quando é que é a hora da comida, quele que tem sede, a hora de beber água, coisas do género, (...)</i>” (E9)</p> <p><i>“Basicamente de ir à casa de banho, comer, beber (...), nós levantamo-nos e vamos à casa de banho e, nós levantamo-nos e comemos uma sandes, e eles não (...)</i>” (E9)</p> <p><i>“(...) acho que se calhar a comida não é dada a horas, a fralda não é mudada tantas vezes quantas devia, a higiene se calhar não é feita atempadamente ou não é feito como devia (...)</i>” (E11)</p>
	Conforto	<p><i>“(...) um bocadinho mais de conforto (...) uma coisa tão básica como uma almofada, uma coisa tão simples quanto um sítio para pousar um copo de água (...)</i>” (E3)</p> <p><i>“(...) conforto, uma cara amiga, um sorriso, um olhar (...)</i>” (E7)</p> <p><i>“Aquilo que eu sinto é na hidratação, eles precisavam de mais atenção nesse sentido, (...)</i>” (E8)</p> <p><i>“(...) haver mais pessoas para lhes darem mais conforto, atenção (...)</i>” (E10)</p>
	Companhia	<i>“Eles necessitam de companhia, (...), eu acho que a pessoa idosa tem muita necessidade de conversar com alguém (...)</i> ”
	Privacidade	<i>“(...) e privacidade também, (...)</i> ” (E3)
	Acolhimento	<i>“(...) no acolhimento, (...) é uma necessidade de perceção de acolhimento que é uma necessidade que é exatamente oposta à que eles têm, que é a perceção do abandono (...)</i> ” (E6)

	Mobilização	<i>“(...) e outra coisa muito importante, é na mobilização (...)” (E8)</i>
<b>Dificuldades</b>	Comunicação	<p><i>“(...) às vezes, em termos de discurso que têm, que lhes dificulta a comunicação que tem connosco (...)” (E3)</i></p> <p><i>“(...) há aqui a questão da barreira da língua, (...) nós às vezes esquecemo-nos que o doente é completamente leigo (...)” (E5)</i></p> <p><i>“(...) são as dificuldades de comunicação, nós não temos tempo para comunicar com os jovens, quanto mais com os idosos, (...) idosos vêm com alterações cognitivas, alterações de comportamento, nós precisamos de tempo, (...) precisamos de ajustar o discurso à realidade concreta de cada um (...)” (E6)</i></p> <p><i>“Às vezes não falam, não conseguem falar e torna-se complicado transmitir porque é que cá vieram (...)” (E5)</i></p>
	Compreensão	<p><i>“(...) a compreensão da necessidade do tratamento em si (...) (E2)</i></p> <p><i>“(...) depois a linguagem, a forma de comunicação, eu acredito que eles às vezes fiquem um pouco baralhados e confusos com o diagnóstico (...)” (E5)</i></p> <p><i>“As dificuldades às vezes é quererem saber as informações e não terem, não saberem onde se dirigir (...), e depois dirigem-se ao primeiro que aparece (...)” (E9)</i></p>
	Desorientação	<p><i>“(...) desorientação (...), porque muitas vezes eles não sabem onde se dirigir (...)” (E2)</i></p> <p><i>(...) às vezes estão numa sala sabem de dia ou se é de noite, não sabem há quantos dias estão aí, não há janelas, perdem a noção do tempo, é só luzes” (E4)</i></p> <p><i>“(...) não têm perceção do dia, também aumenta a confusão (...)” (E5)</i></p> <p><i>“(...) um idoso acima dos oitenta anos, mais que dez ou doze horas aqui, é certo que ele vai desorientar tempero espacialmente e sobretudo, é certo que é candidato ao agravamento da sua situação de base (...)” (E6)</i></p>

	Audição	<p><i>“(…) se está sentado na sala de espera, pode não ouvir que o médico está a chamar (…)</i>  <i>“(…) as limitações que eles têm a nível de audição (…)” (E3)</i></p>
	Mobilização	<p><i>“(…) pode ter dificuldades para chegar (…)” (E3)</i>  <i>“(…) um pouco multifatorial, no sentido em que além das limitações físicas, muitas pessoas com demência, (…), já carecem de alguma dependência nas suas atividades de vida diárias, (…)” (E8)</i></p>
	Medo da doença	<p><i>“(…) e eu acho que eles têm medo da doença. É a sensação que me dá (…)” (E1)</i></p>
	Autonomia	<p><i>“(…) nós com a pressa de fazermos a todos, ignoramos por completo e passamos por cima da autonomia da pessoa (…), basta que eles estejam aqui 2 dias e não é tao raro quanto isso, e o seu grau de autonomia diminui drasticamente” (E3)</i></p>
	Solidão	<p><i>“(…) são muitas horas sentado na sala de espera, são muitas horas sentado num cadeirão a aguardar medição (…)” (E1)</i>  <i>“O facto de não terem ninguém a acompanhá-los, o facto de estarem num ambiente estranho (…)” (E3)</i>  <i>“Eu acho que é a solidão, (…), muitos deles não têm visitas, (…), o idoso acaba por ser posto de parte (…)” (E4)</i>  <i>“Muitas vezes acabam por estar um bocado isolados (…)” (E7)</i>  <i>“(…) às vezes vêm sozinhos não vêm acompanhados (…)” (E10)</i>  <i>“(…) não é muito comum um doente ter ao seu lado um familiar e muito menos durante todo o episódio (…)” (E11)</i></p>
	Abandono	<p><i>“(…) percepção do abandono (…)” (E6)</i>  <i>“(…) uma coisa que me incomoda pessoalmente, que é o abandono, (…), eu noto pessoas em idade avançada, e vivem um pouco à custa da solidariedade dos vizinhos, dos</i></p>

		<i>amigos, noto muito isso, incomoda-me um pouco (...)</i> ” (E8)”
<b>Área temática: Articulação e comunicação no Serviço de Urgência</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Profissionais</b>	Interrupção constante	<p><i>“As pessoas interrompem e chamam (...), por quem encontram, regra geral chamam sempre pelos enfermeiros, e como são os enfermeiros que estão no caso a dar medicação, a picar doentes, a posicionar, acabam por os enfermeiros se sentirem sobrecarregados uma vez mais por isso, (...) mas não percebem que cada vez que nos interrompem (...), contribuem para que nós possamos ter erros (...)</i>” (E3)</p> <p><i>“(...) são muitas solicitações, são muitas interrupções, (...) a probabilidade de erro é enorme (...)</i>” (E8)</p> <p><i>“(...) chega à procura de um familiar, apanha um funcionário, as pessoas precisam de ajuda, pronto, “ah consegue me dizer onde é que está o meu pai?” “agora não posso”, depois vai a outro. Isto é tudo tempo que a gente perde para pudermos fazer outras coisas que têm de ser feitas (...)</i>” (E9)</p>
	Depende do Profissional	<p><i>“(...) depende muito dos clínicos (...)</i>” (E5)</p> <p><i>“(...) não temos um manual de conduta na abordagem de grupos específicos de doentes, nós temos sempre esta dificuldade, (...) há profissionais que têm uma apetência muito grande para falar (...), e há outros que têm mais dificuldade em comunicar, são mais focados na queixa, mais focados na doença em concreto (...)</i>” nós não temos posto informativo (...)</p>
	Transmissão de informação não efetiva	<p><i>“(...) depois também há dificuldade de comunicação entre o médico e o enfermeiro. O médico até sabe que aquele doente é para internar e não comunica ao enfermeiro (...) ou sabe que o doente em determinada altura vai ter alta, mediante os exames que faz e também essa informação não é passada (...)</i>” (E11)</p>

	Muitos envolvidos	<i>“Sempre que são envolvidas mais do que uma pessoa a informação pode vir com algumas lacunas e isso para já, os enfermeiros, o médico, o assistente social, a família, o utente, já estamos aqui a ver cinco envolvidos, à partida pode não correr bem (...)”</i> (E10)
	Falta de tempo	<i>“(...) Nem sempre há o tempo para essa comunicação (...), obviamente que tentamos fazer (...)”</i> (E8) <i>“(...) acho que os médicos não têm tempo (...)”</i> (E10)
<b>Utentes</b>	Não são informados da sua condição clínica	<i>“(...) eles às vezes nem sabem porque é que vêm (...)”</i> (E5) <i>“(...) não têm informação (...)”</i> (E7)
	Não são informados da alta	<i>“(...) há doentes que tiveram alta nem eles próprios sabem que tiveram alta (...)”</i> (E6)
	Não são informados do internamento	<i>“(...) porque há pessoas que ficam cá e não sabem (...)”</i> (E7)
	Privacidade nos gabinetes médicos	<i>(...) o doente corre o risco de estar a falar com o médico, e ao lado está uma pessoa que até conhece, a pessoa pode não querer que o do lado ouça queixas (...)”</i> (E5) <i>“(...) dois postos de trabalho de médicos (...), eu estou a falar ao médico (...), e está uma pessoa ao meu lado a ouvir, e isso acho que é super desconfortável (...)”</i> (E11)
<b>Familiares</b>	Não obtêm informação	<i>“Às vezes temos lá familiares a andar de um lado para o outro, a entrar nas salas a perguntar as coisas (...)”</i> (E2) <i>“Não sabem e não têm acesso ao doente (...)”</i> (E4)
	Não são informados da alta	<i>“Um doente que tem alta do serviço de urgência não pode sair pela porta sem uma explicação à família ou ao lar ou a quem seja responsável (...)”</i> (E1) <i>“(...) há doentes que tiveram alta sem a família saber (...)”</i> (E6) <i>“(...) deu alta, (...) não deu informação à família. Depois chega cá a família a querer saber a informação (...), não sabem qual é a situação nem como é que está a nível clínico e</i>

		<i>depois fazem uma espécie de resistência à alta porque não falam com o médico (...)</i> ” (E10)
	Não há privacidade para comunicar	<i>“(...) não temos sequer um sítio reservado para falar com pessoas (...) eu se quiser falar com um familiar, ou chamo para o corredor, e posso não estar ao pé de aquele doente, mas vou estar ao pé de outros, certamente (...)</i> ” (E6)
	Não conseguem ligar para o SU	<i>“(...) às vezes fartam-se de ligar e ninguém sabe ou então ninguém chega a atender sequer (...)</i> ” (E2) <i>“(...) não conseguem fazer ligação para aqui, não conseguem saber o ponto de situação do familiar (...)</i> ” (E10)
	Médicos não contactam	<i>“(...) há médicos que não contactam, que não dão essa informação (...)</i> ” (E10)
<b>Área temática: Dificuldades dos familiares</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Falta de informação</b>		<i>“Falta de informação penso eu, (...) também estou a falar mais sobre aquilo que me é repostado por amigos ou conhecidos meus que têm cá os familiares (...)</i> ” (E2) <i>“(...) Às vezes andam ali meio perdidos, e quem é o médico, depois é a passagem de turno, depois já é outro médico, (...), até conseguirem conversar, perceber o que é que está a acontecer sim, às vezes eles têm alguma dificuldade (...)</i> ” (E5) <i>“Enquanto familiares e cuidadores é a informação escassa ou inexistente. Ou seja, eles às vezes têm de trabalhar um bocado para essa informação (...)</i> ” (E7) <i>“(...) a não total disponibilidade para o esclarecimento de alguma dúvida, às vezes a linguagem verbal e não verbal menos adequada (...)</i> ” (E8) <i>“A falta de informação, essa parte é a número um (...)</i> ” (E9) <i>“(...) eu penso que será a falta de informação (...)</i> ” (E11)

<b>Falta de apoio na alta</b>		<p><i>“As dificuldades deles são sobretudo quando um doente tem uma quebra do estado geral e não recupera (...)” (E1)</i></p> <p><i>“Os cuidadores propriamente ditos, eu acho que eles têm dificuldade em encontrar quem tenha disponibilidade, quem lhes possa fazer um ensino sobre a melhor forma de prestarem cuidados aos seus familiares (...)” (E3)</i></p> <p><i>“(...) quando a pessoa está mais dependente ou necessita de mais atenção, às vezes torna-se complicado porque os recursos da comunidade tornam-se insuficientes, (...), torna-se difícil porque as pessoas até entram aqui com alguma autonomia, mas depois perdem autonomia no tempo que estão aqui (...)” (E10)</i></p>
<b>Barreira da língua</b>		<p><i>“(...) problema de língua, nós temos uma série de cidadãos estrangeiros, e a maior parte de nós consegue falar inglês, mas não consegue falar outras, mas nós temos muito estrangeiro que não consegue falar inglês (...)” (E6)</i></p>
<b>Área temática: Propostas de melhoria</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Comunicação</b>	Recuperação do projeto de transmissão de informação	<p><i>“(...) tínhamos um enfermeiro que comunicava diariamente com os familiares e transmitia alguma informação aos familiares em relação ao que se passava com a pessoa (...) e isso de alguma forma era tranquilizante para os familiares e era tranquilizante para os outros profissionais (...), aliviava e libertava tempo para que as pessoas pudessem dedicar a outras atividades (...). Acho que era muito importante (...) precisávamos que ele voltasse a existir (...)” (E3)</i></p> <p><i>“(...) a experiência que tivemos foi com um enfermeiro, nós chegávamos lá e dizíamos, “olhe está aqui este familiar, ela ia ver o que é que se passava (...), eu acho que correu bem, (...) e acho que deveríamos voltar (...)” (E4)</i></p> <p><i>“(...) em contexto pandémico, foi criado aqui dentro um grupo de informações, constituído por enfermeiras, (...), e eu notei pessoalmente do ponto de vista comunicacional, era</i></p>

		<p><i>extremamente satisfatório e notava-se a satisfação das famílias, na presença desses elementos (...). Eu próprio, não aqui neste hospital, (...), tive a possibilidade de participar nesse processo enquanto utente e saí extremamente satisfeito (...)</i>” (E8)</p> <p><i>“(...) acho que se conseguíssemos recuperar um bocadinho as tarefas desse projeto, o contacto mais próximo com o familiar. (...) Eu enquanto profissional sabia que existia, mas tive possibilidade de experienciar isso enquanto familiar (...), e confesso que é confortável (...)</i>” (E11)</p>
	Melhorar a comunicação	<p><i>“(...) devia de haver uma melhoria na comunicação entre a família e o idoso (...)</i>” (E10)</p>
	Criar gabinete de informação	<p><i>“A criação de um gabinete ou de uma secção que faça esse acompanhamento ou esse feedback de volta para os familiares ou com o próprio doente (...)</i> (E2)</p> <p><i>“(...) no gabinete de informações as pessoas deviam ser encaminhadas diretamente ao familiar (...)</i>” (E9)</p> <p><i>“(...) devia de haver aqui um espaço em que as pessoas também pudessem recorrer quando tivessem alguma dúvida ou quisessem ser esclarecidos por alguma situação (...)</i>” (E10)</p>
<b>Acolhimento geriátrico</b>	Definir área de acolhimento	<p><i>“(...) há hospitais em Madrid têm uma consulta de urgências do doente idoso, e estão geriatras e estão terapeutas da fala e estão enfermeiros só para o evento agudo (...)</i>” (E1)</p> <p><i>“(...) área profissional de acolhimento das pessoas, em geral, e com diferenças para o acolhimento geriátrico (...)</i>” (E6)</p> <p><i>“(...) ter áreas dedicadas e definidas, os doentes acabam por não estar tão dispersos e isso acaba por ser vantajoso até mesmo para o doente idoso que está numa maca e acaba por ter um enfermeiro responsável (...), mais atento às suas necessidades, riscos de queda, necessidades de hidratação, necessidades de</i></p>

		<i>mobilização e necessidades de comunicação (...)</i> (E8)
	Comunicação pós- alta	<i>“(...) comunicação após alta do serviço de urgência ao final de algum tempo nas 24h ou 48h (...)</i> (E3)
	Referenciar doentes	<i>“(...) um apoio desses doentes idosos com várias doenças de base por parte dos cuidados de saúde primários (...)</i> (E11)
<b>Infraestrutura</b>	Melhorar espaço físico	<i>que é uma questão de espaço físico, primeiro de tudo, (...), com mais espaço organizava-se melhor (...)</i> (E5) <i>“O espaço físico faz diferença, estou sempre a falar nisso (...), o espaço físico neste momento já não tem capacidades para o número de utentes que todos os dias recorrem ao serviço de urgência (...)</i> (E10)
	Retirar doentes internados do SU	<i>“(...) temos que tirar também doentes que estão internados na urgência (...)</i> (E1) <i>“(...) era fundamental para nós que não tivessem os doentes internados, isso permitia que nós dessemos outra atenção e outro cuidado aos nossos doentes, aos doentes em ficha (...)</i> (E3) <i>“(...) um problema estrutural do hospital que não afeta apenas este, (...), que é o problema do internamento no serviço de urgência, dezenas de doentes internados que não são de todo nossos e que nós não queremos (...)</i> (E6) <i>“(...) um dos problemas grandes aqui, (...), é os doentes ficam internados aqui e não havendo vagas nos pisos, o doente é doente da urgência (...)</i> (E7) <i>“(...) temos mais doentes internados no SO do serviço de urgência do que qualquer piso de serviço do hospital, (...) portanto acaba por ser um serviço de internamento, dentro de um serviço de urgência. E isso obviamente que acaba por gastar recursos, (...) que são necessários para os cuidados para este tipo de doentes, cuidados de saúde inerentes a estes doentes internados (...)</i> (E8)

<b>Recursos humanos</b>	Contratação	<p><i>“(...) depois com mais gente para poder que as pessoas sejam vistas o melhor possível (...)” (E5)</i></p> <p><i>“Se meterem mais elementos, vai ver que há muitas coisas que se fazem hoje, mas que se calhar, poderia se fazer melhor (...)” (E7)</i></p>
	Formação	<p><i>“Acho que a formação é bastante importante, formação sobre atendimento ao público, sobre gestão de conflitos, acho que é uma mais-valia (...)” (E8)</i></p>

## **Apêndice C – Transcrição das entrevistas**

### **Entrevista 1**

#### **Caracterização sociodemográfica do profissional**

**Idade:** 52

**Gênero:** Feminino

**Profissão:** Médico

**Anos de serviço:** 27anos

**Formação na área de gerontologia/geriatria:** Tenho mestrado de urgências hospitalares, que têm um módulo extenso dedicado a doente idoso, está bem e urgência no doente idoso no ambiente hospitalar.

#### **Desafios na urgência**

**Entrevistador:** Quais são os desafios que o serviço de urgência aqui neste hospital enfrenta atualmente?

**E1:** De tudo?

**Entrevistador:** Sim, o que lhe vem à cabeça.

**E1:** Temos uma falta de condições bastante evidente para poder dar uma resposta adequada. A superfície do serviço de urgência é pequena, não tem gabinetes individualizados e então não se vê uma organização na disposição das macas, os familiares não estão ao pé das macas, pelo qual tirar informações de doentes que vêm fragilizados é complicado e pronto temos muito mais problemas no meio de tudo.

**Entrevistador:** e a nível de recursos humanos?

**E1:** Os recursos humanos temos falta, qualquer serviço te vai dizer que temos falta de recursos humanos, o problema é que agora mesmo a disposição que tem o serviço de urgência não deixa que tenha uma organização adequada para conseguir dar resposta.

**Entrevistador:** É principalmente uma questão física, não é?

**E1:** Claro é questão física e questão também, que temos muitos doentes internados no serviço de urgência que consomem os recursos humanos e materiais do serviço de urgência. Esses doentes, que por falta de espaço, por falta de drenagem nas enfermarias não conseguem ser retirados de baixo, então também faltam enfermeiros e técnicos porque estão a tratar doentes internados, enfim.

**Entrevistador: Quais são os principais comentários acerca do serviço de urgência que as pessoas dizem?**

**E1:** De fora?

**Entrevistador:** sim

**E1:** não falam bem de nós, porque para eles não estamos a dar uma boa resposta e um bom serviço e não basta acontecer tens que parecer e nós podemos ter bons médicos, bons enfermeiros, mas temos que dar uma resposta organizada, fazer uma boa gestão da informação e tratar bem as pessoas e os familiares que são os que logo vão cuidar do idoso. Então se por azar tivemos uma pandemia no qual entram os idosos sem família, tens que ligar à família para perguntar pela causa por ter vindo às urgências e tens que ligar ao familiar para levar o doente da urgência, se não é como se não tivesses feito nada. Eu trabalho em VMER e quando vou muitas vezes: “ah é que não tenho relatório”, como não tem relatório? O relatório perdeu-se porque normalmente há uma ordem de serviço, os médicos devem dar uma carta com o relatório, o relatório do doente com as receitas, com tudo, para a família saber e o médico de família saber o que se passou. Então o que eu tenho percebido e percebo pelas redes sociais pelos comentários que há na rua é que não falam bem de nós e é triste porque trabalhamos muito não é. Não é porque trabalhamos pouco.

**Entrevistador: Será pelos tempos de espera?**

**E1:** Os tempos de espera agora estão mais controlados desde há um tempo para cá e os tempos de espera é o índice de qualidade alvo de qualquer serviço de urgência porque o tempo de espera avalia um risco, se um doente que tem de aguardar uma hora, aguarda seis, o mesmo se descompensa. E se aborrece e se vai embora, pronto tudo bem. No sentido em que não era tão grave e não vai acontecer nada. Mas se o doente vinha por uma queixa grave e não trata no tempo alvo temos probabilidades de aquilo não correr bem, então os tempos alvos é outra das ordens que temos no serviço atualmente, que têm

que ser cumpridos, porque não se pode ter um verde 10 horas e não dá. Imagina que ele ser verde, amarelo ou laranja, ter uma cor não avalia diagnóstico, avalia as queixas, ou seja, numa queixa eu lhe dou uma prioridade, por exemplo, uma cólica renal tem uma dor de 8 é laranja, mas isso não significa que o doente tenha de morrer ou tenha que ficar internado por ser laranja. Obviamente, o índice de maior internamento são os laranjas, mas não significa, uma cólica renal não tem porque ficar internado, não tem que ser uma pedra com...a entupir um ureter e ir ao bloco compreende? Pode ser uma cólica renal simples, mas vai ser laranja. E outros doentes que vêm com uma queixa arrastada no tempo, por exemplo: “tenho dor de barriga há 3 dias e o mesmo a dor de barriga de 3 dias vai a ser uma oclusão intestinal e terminar num bloco. Compreende? Por isso temos que ter muito, muito cuidado com o tempo alvo.

**Entrevistador: Considera os idosos como sendo um grupo etário que mais necessita de atenção?**

**E1:** É um grupo de risco, porque há um termo que se chama doente fragilizado, doente idoso frágil quem temos uns índices, índice de charleston, temos vários índices, todos os tipos de índices o que devem ser feitos na primeira avaliação médica para tu saberes qual é o doente, que patologia tem de base, quais são as comorbilidades, qual é o teto terapêutico para ele. Não é igual um doente acamado, demenciado, com sonda, não sei quê. O doente não vai terminar numa unidade de cuidados intensivos entubado mas tem um teto terapêutico que tem que ser atingido, isso não significa não tratar as pessoas não é? Então o problema do idoso que como vemos por exemplo, um doente idoso acamado prostrado não sabemos se já é assim ou não pode ser assim porque já é assim, vive assim com um Glasgow de 11 porque ficou assim ou é de novo e já tem uma fragilidade mas então é fundamental a história clínica com a família, eu passo a vida no telemóvel falar com familiares para ver como estava se falava ou não falava, se comia ou não comia, se precisava ajuda para ir à casa de banho, se fazia a sua vidinha e ia às compras. Esta manhã fui a um domicílio e vivia ali um avô de Faro, 101 anos, independente e há outro com 70 que está numa cama, então é um grupo complicado de tratar e de facto é uma especialidade em muitos países de 5 anos e internato complementar, geriatria.

**Entrevistador: e há médicos que defendem que deveria haver uma urgência geriátrica tal como já existe a pediátrica**

**E1:** sim, porque vamos falar também de números. É uma poupança, de dinheiro e de recursos e também protege os doentes, se um médico que não conhece o doente vê um doente idoso fragilizado com um evento agudo, provavelmente o doente está mais prostrado, o mesmo já não fala então muitas vezes somos muito agressivos com as provas, porque pensamos que temos que fazer tudo, então “ah é que está muito mal”, mas tu não sabes o mal que está porque não sabes como estava antes, então fazemos tac’s, angio tac’s, e não sei quê e repetimos tac e é uma agressividade a um doente que não lhe vai dar resposta ao problema pelo que vem então há hospitais em Madrid tem uma consulta de urgências do doente idoso, e estão geriatras e estão terapeutas da fala e estão enfermeiros só para o evento agudo e tem uma consulta externa também de geriatria que acho que o hospital de faro também tem uma de gerontopsiquiatria e de geriatria de doente mas fragilizado, é fundamental.

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E1:** como utentes, imagina, se o utente é independente para andar e está sentado na sala de espera, pode não ouvir que o médico está a chamar e pode ter dificuldades para chegar porque não há boa sinalização, são muitas horas sentado na sala de espera, são muitas horas sentado num cadeirão a aguardar medição, às vezes tem de aguardar à noite para uma prova complementar no dia de manhã, não temos condições por todo o problema que temos físico e estrutural então isso para eles é um problema. Segundo problema, a patologia de base, muitas vezes esquecemos que um doente que vem por uma situação aguda tem uma medicação crónica, que tem porque precisa para viver, por exemplo diabéticos, e te dizem “doutora não comi nada, não administrei insulina, tenho Parkinson e não tomei a medicação, sou Hipo coagulado não tomei medicação”. Porque tudo vai muito lento, Porquê? Porque pedimos muitas provas, Porquê? Porque não conhecemos os doentes, falta-nos informação, onde é fundamental uma boa base de dados, uma boa consulta externa e saber realmente uma informação dos familiares, maior implicação dos familiares no sentido de explicar quais são as situações para vir aqui e um maior cuidado de uma atenção primária. É que tudo isto é uma roda, hospitais de retaguarda, os lares, que muitos não têm médico, mandam tudo para cá porque quem vê o doente é uma auxiliar, uma senhora que não sabe medicina, então está ali e o doente queixa-se da barriga e ela vai saber o quê? Ela envia para o hospital.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

Os doentes idosos aqui passam muito medo, porquê? Os que estão muito demenciados e não veem, tudo bem, não têm noção do que está a acontecer, mas as pessoas quando estão lucidas e vêm aqui com alguma queixa..epah..eu acho que temos que dar resposta entre 4 e 8 horas, é um tempo mais que razoável, só que isto se complica tudo porque os doentes vêm e, ou não têm médico de família ou não vão ao médico de família, ou estão nos lares onde não há um seguimento, então vêm muito descompensados, então são muitas provas e muitas horas, e eu acho que eles tem medo da doença. É a sensação que me dá.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram no Serviço de urgência?**

O apoio emocional é importante. A enfermeiras aqui fazem um trabalho brutal, não tenho nada a dizer, queixo-me mais dos médicos do que das enfermeiras, as enfermeiras são cuidadoras, são observadoras, são orientadoras, são o apoio emocional dos doentes e fazem todo um trabalho, ou seja, eu só diagnóstico e trato, vivo colada a um computador, para detetar e ver provas, mas ela são as que estão ao pé do doente. Obviamente que quando tu tens não sei quantos doentes internados e não sei quantos de macas e não sei quê. Não consegues abranger a tudo, é impossível, não dá. Então eles têm o défice de querem água ou não terem comida, ou ir à casa de banho.

**Entrevistador:** as necessidades básicas, não é?

**E1:** Sim as necessidades básicas, tão básico como isso, como “quero ir à casa de banho”, “epá não consigo levar-te agora”, o doente é consciente, só que não consegue descer da maca para ir a pé à casa de banho.

**Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

Isto eu acho que é um dos pontos que temos de melhorar e eu estou farta já de dizer a mesma coisa. Um doente que tem alta do serviço de urgência não pode sair pela porta sem uma explicação à família ou ao lar ou a quem seja responsável. Porquê? Porque tu trabalhaste muito, fizeste muitas horas, a pedir análises, a enfermeira partiu a cabeça a dar o seu melhor, tentou cuidar e tudo e logo parece que não fizemos nada, e não é assim não, ou seja, eu trabalho aqui, fiz aqui um investimento de tempo, de trabalho mental a enfermeira de trabalho físico com os doentes, teve alta, conseguimos que recupere a vida

oral, que está hidratado, que tenha a infecção controlada. Deve ir para casa com estes cuidados e avisado de: “olha se não melhorar se tem alguma intercorrência qualquer coisa, tem que voltar cá ou tem que ir ao médico de família para repetir tal coisa”. Isso tem que ser falado, e aí muitas vezes, não sei porquê, os familiares se queixam muito disso, é uma das queixas que temos, veio sem relatório e temos, já lhe digo que o meu diretor deu ordem de serviço de entregar carta com receitas, com tudo às famílias não? Eu não dou alta sem falar com as famílias, eu ligo às famílias 3 vezes por episódio, mínimo. Sou uma chata, estou o dia todo no telemóvel. Falo por mim, mas gosto que os outros colegas também o façam, tem que ser, se não fala ou tem uma demência uma demência de início, como sei se está orientado ou não? “Não é assim, ele é orientado na pessoa, mas não está orientado no tempo e no espaço.” À ok, então não sabe que está em Faro, ou seja, está desorientado quando está no hospital, mas também está desorientado quando está em casa. Então isso não é uma focalidade neurológica, não é um problema neurológico que eu tenha que pensar em algo cerebral, é outra coisa não?

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

As dificuldades deles são sobretudo quando um doente tem uma quebra do estado geral e não recupera. Por exemplo, um doente que está acamado não fazem tantas questões, porquê? Porque eles já têm a logística em casa e têm tudo preparado e organizado para receber o seu familiar, ou seja, o meu avô está acamado desde há muitos anos, e mais, agradecem que dê alta porque eles não querem que esteja cá no hospital. É que perdeu a via oral e está com um a infecção na urina, então trata, hidratas e resulta que em 12 horas o doente fica melhor e a família: “à então posso levar já para casa não?” Mas quando o doente, imagina, é um doente relativamente independente e de repente o doente quebra o estado geral, tem uma infecção mais grave do que o normal, quer no internamento, quer nas urgências, mas tem critério já para ir para casa e já não vai ser como era antes, aí temos um problema. Porquê? Porque as famílias dizem: “não tenho condições, eu gosto muito do meu familiar, mas eu tenho de trabalhar por um ordenado que não é muito alto e não consigo pôr aqui alguém para cuidar de ele. E aí é onde temos os problemas e não estou a culpar ninguém, isto é a lei da vida, chega a um ponto sem retorno e aí não temos hospitais de retaguarda para segurar bem isto os lares estão cheios e também são caros. Então aí é o que se chama caso social.

**Entrevistador: e em questão de quando os doentes dão entrada e os familiares ficam do lado de fora, e já tem acontecido haver queixas de não conseguirem obter informações acerca do doente**

**E1:** sim claro, porque isso eu acho que se vai relacionar com excesso que trabalho, digo eu. Ontem eu liguei a uma que tinha ido embora porque disse que levava há muito tempo a aguardar ao pé da senhora e que ninguém atendia. E eu cheguei ali a desenrascar um bocado porque estavam um bocado demorado os doentes, e eu digo, vou pegar e peguei nos mais idosos, porque por enquanto gosto dos idosos, prefiro. Então a senhora explicou-me tudo e liguei logo outra vez, então eu compreendo que quando estão doentes destes, um familiar tinha que estar ao pé, pelo menos para explicar a situação, porque se não, e se demora menos com este tipo de coisas. A falta de informação eu sempre defendi que é um ponto a melhorar, isso temos que melhorar, porque fazemos muito esforço aqui para logo que fique como que não fazemos nada. “Deram alta e não tenho nada; deram alta não tenho receita; Deram alta e não tenho relatório.” Isto é o quê? Compreende? Dá-se alta e tem que ir com tudo, ECG, análises, dá.. Para quê? Para que o médico de família também veja.

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

Sim claro, podemos sempre melhorar, sempre.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E1:** Sim, o Doutor Almeida sempre faz reuniões, e ele consegue ver a estatística de tudo e mais alguma coisa e sempre está a incidir nas coisas em que acha que podemos melhorar. A gestão de informação é uma delas, o tempo alvo está sempre dar com o mesmo. Temos de conseguir controlar o tempo alvo, temos que tentar orientar bem as doenças no tempo razoável, para evitar que compliquem, entre outras coisas e pronto, aí temos margem para melhorar, pronto temos que tirar também doentes que estão internados na urgência, para poder ter as portas abertas a tudo o que entra.

**Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E1:** Gabinete em que sentido? Como seria?

**Entrevistador:** Gabinete de apoio na informação, apoio na gestão dos doentes que estão mais frágeis, mais aqueles que não têm família.

**E1:** Gabinete de apoio como o de assistente social?

**Entrevistador:** Ainda estou a tentar perceber através dos profissionais de saúde aqui no serviço, qual seria a melhor forma. Se seria uma equipa multidisciplinar com um médico e enfermeiro, que desse apoio aos idosos.

**E1:** acho que sim.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E1:** A assistente social tenta trabalhar com tudo o que tem, se contacto a assistente social porque na ficha o número de telemóvel está errado, e ela consegue contactar com um familiar até na França. São supercompetentes, as assistentes sociais daqui eu adoro, porque coitadas têm um trabalho muito desagradável, no sentido de ter que falar com família, tentar orientar para lares, para tudo e trabalham que se fartam. O apoio ao idoso mais à parte do social, seria mais não sei se uma consulta de follow up, eles têm consulta de geriatria, mas não seria demais uma consulta para doentes que seja dada alta do serviço de urgência, que pudessem vir num dos dias, para ver como é que estão, para ver como se sentem, como se adaptaram à doença aguda, a intercorrência pelo que vieram, por exemplo por uma infeção na urina ou uma bronquite, uma coisa que não precisa de internamento, e o médico de família não dá consulta dentro de três meses, e é um doente complicado. Ou mesmo há um gabinete que consegue orientar o doente em três ou quatro dias, aconselhar a família da nova situação do doente, isso poderia ser interessante. E se houvesse uma base de dados desses doentes, já tínhamos na ficha, acerca da patologia, da situação social do doente e tudo.

Deveríamos ter uma pessoa só dedicada a falar com os familiares e não o pessoal da admissão, ou seja, a admissão está para escrever, não está para receber as reclamações das pessoas. Num hospital onde trabalhei, havia um par de pessoas de patins com uma ficha perguntado e falavam diretamente com os familiares e levavam os familiares ao pé do médico quando o médico autorizava. Mas era uma pessoa muito querida, então falava com os familiares, acalmava, tirava trabalho à admissão que não tem nada a ver com esse

tipo de coisas e elas só falavam com triagem e com os médicos e com familiares, não trata com o doente, era diretamente médico. E pronto isso sim era uma boa figura, se chega ela e diz: “olha a mãe de não sei quem está a refilar porque não sei quê, não sei quantos”. Olha diz que tal, que estamos a aguardar. Ela pode vir falar consigo? Sim posso falar. Porque os da admissão vem falar comigo só quando já lhe chateiam a cabeça, e é que eles não estão para fazer isso, estão para outra coisa.

Este gabinete poderia servir para aliviar o trabalho das pessoas.

Mas a consulta de urgências do doente idoso, também concordava com isso, porque nós 70 ou 80% do que vemos aqui é idoso geriátrico, porquê? Porque a população é muito velha.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E1:** Uma equipa como a que existe em Madrid para controlar entre a triagem, familiares e médicos para chatear o médico quando vê que está livre, não interromper, porque são interrupções contínuas, elas levavam um colete vermelho para se diferenciarem do resto, porque a organização é muito importante, aqui cada um anda vestido como quer, então ela só vai falar com os médicos, então eu sei que se ela está aqui a rondar, eu sei que ela quer falar comigo, então quando terminar este doente ela vem falar comigo: “Está aí o pai de não sei quem que você ligou para falar, pois tenho já o telemóvel. Isso seria bom.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E1:** Médico, enfermeiro e um assistente social. Um assistente social está para tudo na urgência, para tudo, uma barbaridade de trabalho, agora se tivéssemos uma só para a parte dos idosos seria espetacular. Um terapeuta da fala, para quando temos que colocar sonda e temos que ensinar a família para ir a casa com sonda, é a enfermeira que faz e não dá, sei que não dá, é muito para isso. Um psicólogo que saiba abordar o luto, porque muitas vezes o doente idoso morre. Um espaço mais delimitado para que consiga pôr a pessoa. É importante isso, são índices de qualidade.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E1:** Eu acho um horário de dia, não tens mais remédio. Tu não vais a contactar com a família às duas da manhã. Quando chegam os doentes às duas da manhã, vou ao sinal físico ou vou à história, tem que ser uma coisa muito má para usar um telemóvel. Pergunto se estão lá fora, porque às vezes vêm com o carro atrás da ambulância. Mas se não, ligo à primeira hora da manhã, 7h ou 8h.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E1:** Agora estão a fazer remodelações porque o otorrino passou para um armazém, a psiquiatria estava lá em baixo, agora já estão aqui connosco na sala 9. Não sei onde é que poderia ser isso, tínhamos um gabinete onde estavam os verdes, aí poderia ser. Já é questão de falar com o diretor de serviço com a proposta a ver se ele consegue encaixar isto. Ele está muito aberto sempre a tudo o que seja a melhorar, e dar uma melhor resposta e se são medidas que sejam a custo zero.

A verdade é que temos muito para melhorar aqui, temos sempre que melhorar.

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E1:** Temos que melhorar o espaço físico para ter uma maior privacidade, conforto, dignidade. Há coisas que devem ser melhoradas, mas isto é só questão de espaço físico, as macas estão no corredor porque não têm outro sítio onde estar e não vamos ter a maca na rua, não é?

Mas agora os laranjas tem um espaço específico para ficar, onde era a atinga UCISU, estão ali perfeitamente acomodados, confortáveis, com macas espetaculares, não são macas com colchão pequeno, são macas com colchão grande, regulável, e pelo menos eu vejo que o doente está bem, consegue dormir, consegue descansar, isso é importante, tens uma doença e tens que passar a noite, estão bem organizados e o médico consegue ter uma visão de tudo e ver se este se está a queixar por isto, se o outro está a descompensar. Então isso é muito importante porque a organização deve vista, deve ser olhada, a organização não é só: “estou muito organizado”, a organização tem que ser visível, igual com a uniformidade, tem que ser visível que aqui estão os laranjas, estão organizados assim e que se entra por aqui e se sai por aqui. Isso facilita tudo, quantas vezes ligo para a radiologia e digo: “então não fizeram a tac há 4 horas” e dizem: “doutora eu já liguei e ninguém trouxe o doente” e ligo ao auxiliar: olha está este doente para levar a tac e respondem: “oh doutora tive quatro doentes para levar e este começou agitado e não”

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E1:** Eu acho muito bem, temos uma população que merece, temos mais de metade dos doentes daqui são idosos e se temos alguma coisa específica para eles, acho que é bom investir nisso, se melhora a qualidade e facilita o trabalho bem-vindo. Tudo o que seja uma boa ideia, para a frente.

## **Entrevista 2**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 34 anos

**Gênero:** masculino

**Profissão:** técnico de radiologia

**Anos de Serviço:** 5anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Tenho, mas não graduada, apenas congressos ou webminar.

### **Desafios do Serviço de Urgência**

#### **- Quais os principais desafios que o serviço de urgência enfrenta?**

**E2:** Falta de espaço físico, condições para o número de doentes que presta cuidados, principalmente na altura do verão que a população quase que quadruplica aqui e o calor leva a muitos idosos além da outra população ativa a vir às urgências, além de às vezes uma contratação sazonal dos profissionais que depois não é compensada, às vezes no verão contratam mais pessoas ou eventualmente estão alocados a outros serviços e vêm fazer turnos às urgências por exemplo.

**Entrevistador:** E em relação aos recursos humanos, são suficientes?

**E2:** Na minha opinião não, principalmente a nível de enfermagem e assistentes operacionais, além de falta de material. Não é só a questão do espaço, tem a questão também da falta de material, a questão das macas, em que às vezes os bombeiros e as ambulâncias vêm e ficam à espera das macas porque o doente quando está dentro está à espera de uma maca ou de uma cadeira ou de uma cama no hospital e eles ficam presos ali fora e depois isso também acaba por prejudicar o serviço deles.

#### **- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E2:** Os comentários, pelo menos que eu mais ouço é a demora, o tempo de espera, o tempo de espera para ser atendido e triado e o tempo de espera entre exames e para o resultado dos exames até ao momento da alta, por exemplo.

#### **- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E2:** Sim, possivelmente são os mais vulneráveis, são os que menos informação têm sobre a sua própria segurança e sobre os seus próprios direitos, não conseguem responder por

eles mesmos em alguns casos, devido às comorbilidades que têm. Há um número relativamente considerável de idosos que não sabe ler ou escrever ou que tem dificuldade nesses campos, para além de muitos não terem o apoio familiar e enfrentam o episódio sozinhos e muitas vezes desorientados. Sem bem que aí mesmo que estejam acompanhados, pronto, mas pelo menos têm alguém ali a zelar pela segurança deles.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E2:** Talvez a compreensão da necessidade do tratamento em si, desorientação e desorganização aqui de algumas situações porque muitas vezes eles não sabem onde se dirigir, mesmo que sejam relativamente autónomos, porque quando não são autónomos e estão na maca, o assistente operacional leva-os, etc. Mesmo às vezes quando têm alguma família cá, um filho, um neto, seja o que for, às vezes eles são, trazem mesmo a maca ou a cadeira, sendo que das outras vezes são os assistentes operacionais que trazem, e eles estão completamente, normalmente dependentes dos outros, seja porque não são colaboradores ou conscientes ou porque não se conseguem levantar ou mexer porque, por exemplo, partiram uma anca, mas estão perfeitamente conscientes mentalmente.

Acho que a orientação em termos de funcionamento, de onde ir e o que fazer, possivelmente será uma das mais dificuldades que eles tenham, até porque para os adultos às vezes é complicado, isto não é propriamente intuitivo aqui.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E2:** Acho que depende da situação, mas penso que seja um misto de vários fatores, acho que a questão aqui emocional ou psicológica não seja, pelo menos a emocional penso que não, se calhar talvez mais a psicológica, mas penso que esses fatores estão mais inerentes relacionados com a própria desorientação da pessoa e o desconhecimento de estar num espaço que não conhecem e ser estranho para eles e o facto de não terem qualquer apoio e o facto de estarem aqui muitas horas que contribui para isso, nas urgência é impossível ter uma pessoa a acompanhar cada doente, isso seria o ideal.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E2:** Bom, normalmente eu penso que, e remetendo para a outra questão da falta de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros ou assistentes operacionais que normalmente é quem acompanha os doentes, seja durante os procedimentos ou para os procedimentos. Acho que a falta de assistentes operacionais é sem dúvida, para mim uma delas que faz muita falta. Porque os tempos de espera acabam por ser muito regulados

por eles ou pela falta deles, bem como a falta de material. Não havendo familiares que muitas vezes acompanham os doentes nas urgências, normalmente são essas categorias, os assistentes operacionais e os enfermeiros que acabam um bocadinho por colmatar e preencher um bocadinho aquele papel.

### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E2:** Bem eu não posso falar muito dessa questão, uma vez que não trabalho diretamente lá. No entanto o serviço de urgência sendo um serviço que funciona por triagem, doentes mais graves, muitas vezes com uma categoria mais elevada, também para não entupir todo o serviço que já é pequeno, não estão acompanhados de um familiar, então ficam lá fora à espera. E isso por outro lado também se compreende porque, quer dizer, se toda a gente tiver lá dentro depois o serviço também é uma confusão, não se consegue gerir e depois acaba-se se cada doente tiver lá um familiar, por exemplo, quer dizer uma pessoa que tenha um trabalho para fazer não chega ao fim do corredor sem ser interpolado 3/5 vezes a perguntar pelos exames do pai ou da mãe ou da avó. Por outro lado, também percebo que tem que haver ali uma organização e uma separação, eu percebo a preocupação das pessoas, mas também não pode ficar aquilo tudo, se não depois é uma confusão, não é gerível, se só com os doentes às vezes é complicado, pelo espaço físico e pelas condições de trabalho e segurança também. Às vezes temos lá familiares a andar de um lado para o outro, a entrar nas salas a perguntar as coisas, opá também não pode ser, não é?

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E2:** Falta de informação penso eu, que o feedback de informação quando as pessoas, uma vez que não podem entrar ou entre aspas saber o que se passa com o doente, mas também estou a falar mais sobre aquilo que me é reportado por amigos ou conhecidos meus que têm cá os familiares, ou os pais ou as mães e perguntam porque dizem que às vezes fartam-se de ligar e ninguém sabe ou então ninguém chega a atender sequer e pronto às vezes o doente está simplesmente em espera na sala ou a aguardar exames ou já fez análises e está à espera de ser visto para ter alta, mas entre esse tempo de entrada e de saída, às vezes há pouca informação. Deduzo que isso também seja derivado ao número

de chamadas que recebem ou a falta de pessoal. Porque também é preciso que alguém atenda o telefone, mas também é preciso que alguém vá procurar essa informação do doente e saber onde é que está e o que se passa, o clínico ou o enfermeiro que está a acompanhar o doente também não consegue trabalhar ou fazer o diagnóstico, se está sempre a reportar à família o que é que estão a fazer. Também tem que haver ali uma ponte digamos.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E2:** Sim claramente

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E2:** Bom em termos da questão de acompanhamento dos doentes, visto que é disto que se trata, provavelmente a criação de um gabinete ou de uma secção que faça esse acompanhamento ou esse feedback de volta para os familiares ou com o próprio doente, que poderá não saber exatamente o que se passa ou o que vão fazer.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

Sim penso que sim, sem dúvida

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E2:** Os objetivos é colmatar estas falhas que falamos aqui. Se calhar estabelecer uma ponte mais humana entre a prestação do cuidado de saúde e a informação ao doente sobre que exames é que vai fazer, sobre o estado de saúde, eventualmente esclarecer dúvidas dos doentes que eventualmente não possam ter tido oportunidade de perguntar logo ao médico ou enfermeiro. Se calhar que haja alguém que acompanhe e que questione sobre o que vai acontecer ao doente em termos de procedimento.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E2:** Com algum tipo de assistentes técnicos ou pessoal formado na área da assistência social ou derivados que fisicamente estando no CHUA ou articulando com o serviço de urgência porque o serviço de urgência, apesar de ser um serviço de passagem digamos assim, às vezes as pessoas estão aqui 12/24h, é bastante tempo, portanto, se houver uma

ponte de comunicação entre os profissionais e o doente, nalguns casos não são todos porque o médico ou um enfermeiro também já é essa ponte e são pessoas que esclarecem e tiram essas dúvidas e fazem algum acompanhamento, mas se calhar nalguns casos, nem que seja para dar feedback à família ou fazer uma ponte entre o doente e o familiar que não pode vir ver ou que não pode entrar na urgência e que não faz ideia do que está a acontecer, penso que psicologicamente para essas pessoas, se calhar seria benéfico, se tal for possível.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E2:** Assistentes sociais, enfermagem e eventualmente algum pessoal com formação graduada na área da gerontologia, com algum tipo de especialização, penso eu.

**Entrevistador:** e um assistente operacional?

**E2:** Acho que sim se o hospital der formação, não é preciso muito, é mais uma componente humana de comunicação, mas isso vai depender das necessidades de quem trabalha diretamente na urgência sente falta de isso depois é uma questão de verificar dentro daquilo que essa pessoa pode fazer, qual a necessidade de formação e a partir daí avaliar qual o grau de formação que essa pessoa deve ser.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E2:** Tem que ser 24horas, ou pelo menos obrigatoriamente durante o período de dia da maior afluência, por exemplo se calhar aos fins de semana, mas vai depender do tipo de afluência penso eu.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E2:** Acho que ter um espaço físico seria muito importante, agora onde isso existe não sei, porque da maneira que está tudo tão ocupado, nem sei se tal espaço é exequível, muito menos perto da urgência onde está basicamente tudo cheio, não é? Mas sim, se calhar beneficiavam de um espaço físico também para se organizarem e poderem trabalhar, porque esse trabalho não poderá ser só diretamente todo dia na urgência e no corredor em conjunto com os outros doentes vai, terá que responder a outras necessidades e provavelmente o espaço físico será importante.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E2:** Não

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E2:** Acho que é importante, acho que é uma investigação que ainda não foi feita e sendo o hospital, neste caso, o de Faro, um hospital com uma grande afluência de doentes, particularmente do doente idoso, ah e nalguns casos até se discute haver uma urgência só para os idosos, da mesma maneira que há a urgência pediátrica, há clínicos que defendem uma urgência geriátrica só e só por aí acho que está tudo dito, que é importante porque são doentes com outro tipo de fragilidades.

### **Entrevista 3**

#### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 48

**Género:** Feminino

**Profissão:** Enfermeira

**Anos de Serviço:** 27 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

#### **Desafios do Serviço de Urgência**

##### **- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E3:** Conseguir dar resposta a todos os doentes que recorrem a nós, dentro daquilo que são os tempos previstos e dando melhor a melhor resposta possível, adequada àquilo que eles procuram, que às vezes não é exatamente aquilo que nós temos disponível para lhes dar. Acho que esse é o principal desafio.

##### **- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E3:** Neste momento são péssimos, pronto...as pessoas... eu também tenho outra noção porque tenho que responder às reclamações do serviço, não é? Mas as pessoas queixam-se muito do tempo de espera, essencialmente queixam-se do tempo de espera para observação médica, mas, na verdade quando fazem essa queixa, não se queixam do tempo de espera para observação médica, queixam-se pelo facto que lhes foi atribuída uma prioridade verde, por exemplo na triagem, ou azul e por isso eles esperam muito tempo. Portanto, a queixa é sobre a triagem que lhes é feita quando na verdade o que eles se querem queixar é o tempo de espera que demoram para serem vistos pelo médico. Depois

outra reclamação que é habitual no serviço, que é não damos de comer às pessoas. Agora já deixou de ser, mas até há bem pouco tempo não deixávamos entrar familiares, estávamos em contexto covid, mas as pessoas não entendem isso, tinham o direito a terem sempre um familiar cá dentro e, portanto, os familiares queixam-se por não os deixarem entrar, não são exatamente os doentes que se queixam por não terem visitas. São os familiares que se queixam. Mas sobretudo o facto de não darmos de comer, isso é uma coisa que incomoda muito as pessoas, há pessoas que entram no serviço de urgência, e eu costumo dizer que se nós tivermos uma banca à porta a distribuir comida, entregarmos comida às pessoas à porta, se calhar uma parte das pessoas que aqui vêm, não entram. Porque eles vêm à procuram de companhia, alguém para conversar e algo para comer. E nós notamos isso, eles vêm queixam-se com dor abdominal e imediatamente a seguir estão a pedir: “então e não há nada para comer?”. Que é uma coisa gira. E depois ouço algumas pessoas a queixarem-se do estado de limpeza do serviço e, por outro lado, da falta de informação, no sentido em que “eu quero saber o que se passa com o meu familiar e ninguém me diz” ou “eu queria que o meu familiar tivesse levado uma nota de alta e não levou”, por exemplo, o que se passa com, o que é que ele tem, as pessoas querem saber o que é que o familiar tem.

**Entrevistador: Uma das coisas que me chamou à atenção quando estava aqui a trabalhar foi isso, foi as pessoas a telefonarem-me para perguntar informações sobre o familiar que tinha dado entrada na urgência.**

**E3:** É habitual aqui, por exemplo quem tem o telefone do chefe de equipa de urgência é utilizado para milhentas coisas, entre elas os pedidos de informação de pessoas do hospital, que têm acesso ao nº de telefone do chefe de equipa e que telefonam para o chefe de equipa para saber informações sobre doentes.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E3:** Eu acho que sim, acho que os idosos precisam de uma especial atenção, acho é que se calhar a especial atenção que eles precisam, precisa de ser também dirigida aos acompanhantes, aos cuidadores informais, às pessoas que querem vir vê-los, mas que precisam de, para além de serem esclarecidas em relação ao que se passa com, precisam essencialmente de serem ensinadas a cuidar melhor daquelas pessoas que eles querem saber, isto é mais visível nas pessoas mais velhas, porque se for por exemplo uma pessoa com deficiência sendo mais nova, normalmente são os pais que são os cuidadores e são

os que estão mais próximos e que estão mais presentes e que sabem o que fazer e por aí em diante. E com os idosos não, com os idosos não, nós estamos habituados a que eles são independentes, e de repente deixam de ser independentes. Eu acho que por esse aspeto as pessoas precisam de uma atenção especial, mas como digo, se calhar um bocadinho dirigida ao acompanhante, ao familiar no sentido de melhorar aquilo que é a atenção que nós damos às pessoas.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E3:** O facto de não terem ninguém a acompanhá-los, o facto de estarem num ambiente estranho, ah, o facto de nem sempre termos camas disponíveis para os deitarmos a todos. ah as condições hoteleiras que podemos oferecer, o espaço em si é difícil, não é?

O tipo de alimentação quando queremos que eles se alimentem, o tipo de alimentação que temos disponível para lhes dar que nem sempre é adaptado para as características deles.

Ahm, as limitações que eles têm a nível de audição, às vezes, em termos de discurso que têm, que não nos permite, que lhes dificulta a comunicação que tem connosco. Nós profissionais não temos tempo para lhes dar a atenção que eles precisam, um bocadinho mais de tempo um bocadinho mais de cuidado para conseguirem fazer as coisas e depois nós com a pressa de fazermos a todos ignoramos por completo e passamos por cima da autonomia da pessoa, não é?

Nós enfermeiros somos muito ensinados, ahm, a capacitar a pessoa para aumentar o grau de autonomia torná-los cada vez mais independentes, mas no serviço de urgência isso é das primeiras coisas que vai logo à vida.

A gente quer é despachar para fazermos tudo, não é, e rapidamente. É esse o nosso objetivo. Acho que são assim essas coisas.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E3:** Eu acho que o social, social, carácter social tem um impacto muito grande no serviço de urgência, por lá está, mais uma vez voltamos á questão da solidão dos idosos não é? ahm, no facto de eles não terem condições para estarem, da diminuição das suas capacidades, ahm, em casa, que quando depois vêm para o hospital e passam por uma situação de doença, basta que eles esteja aqui 2 dias, e não é tao raro quanto isso, e o seu grau de autonomia diminui drasticamente, não é utilizado deixa de estar tao funcionante, o pouco que eles trazem acabam por perder e nós deparamo-nos muitas vezes com isso, em que às vezes as pessoas vêm, é pedido a avaliação social para poderem ter alta e a

assistente social está sempre a insistir na questão de qual é o grau de autonomia da pessoa para podermos mandar para algum sítio e como nós não temos tempo, a pessoa permanece numa maca não se levanta, vai perdendo e depois torna-se mais difícil que a pessoa retorne quer ao seu domicílio, quer a uma resposta alternativa quando eventualmente elas existem. Depois por outro lado é o facto de termos muito pouca resposta social na comunidade, não é, queremos enviá-los para algum lado e não temos para onde. Entendo também que as famílias apesar de a obrigação que lhes queremos atribuir para cuidar de um idoso por exemplo, mesmo que não seja alguém depende, as pessoas têm que trabalhar e se não conseguirem trabalhar não conseguem pagar as contas. Portanto nós às vezes falamos com alguma facilidade que não querem as pessoas em casa, mas se calhar também não têm condições para ter as pessoas em casa, agora o que é certo é que no hospital é que também não é o sítio, nomeadamente no serviço de urgência.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E3:** Eles necessitam de companhia, eu continuo a bater muito na companhia, eu acho que a pessoa idosa tem muita necessidade de conversar com alguém e realmente nós não temos essa possibilidade, depois ahm, precisam, ahm, que alguém os vá integrando naquilo que está a ser o seu processo não é, e na verdade nós fazemos tudo e não explicamos nada. Desde a entrada até à saída, se necessário for o doente entra na triagem, o que se passa consigo se for capaz de comunicar, se não for capaz de comunicar, eventualmente até mesmo que seja, se vem de ambulância são os tripulantes de ambulância que nos dizem porque é que o doente cá vem, muitas vezes nem sequer ouvimos a pessoa. Despacha para uma sala de espera, é chamado pelo médico, ou não é chamado pelo médico, são pedidos os exames, vai aos exames, volta dos exames faz terapêutica, faz terapêutica aguarda resultados, aguarda resultados o médico vai dizer está tudo bem, tem um pedido de ambulância e eventualmente até pode acontecer de ahmm, nem ahmm, quando a gente vamos lá e dizemos à pessoa: olhe tem ali a ambulância para levar, “ai tenho?”. Portanto a comunicação aqui falha por completo às vezes neste percurso, dentro da instituição. E sobretudo eu atribuo isto também à falta de tempo de todos os profissionais, por mais que a gente queira, é impossível. Depois no serviço de urgência, faltam condições para terem um bocadinho mais de conforto e privacidade também, ahm, também, mas para além da privacidade, porque nós temos muitos doentes em corredor, se nós não tivermos internados em SO nós temos capacidade para termos os

doentes nos sítios certos, nas boxes com algum tipo de isolamento, com cortina ou eventualmente com um lençol a servir de cortina, mas conseguimos dar alguma proteção, com o nº de doentes internados em SO isso torna-se completamente impossível, não há espaço para todos mas para além disso, ahm, uma coisa tão básica como uma almofada, uma coisa tão simples quanto um sitio para pousar um copo de água, não há no serviço de urgência, portanto alguém que esteja deitado numa maca que conseguia mexer-se para chegar um copo de água, nem essa possibilidade tem, porque nós não temos sitio onde pousar o copo, portanto o copo fica onde? Ou fica debaixo da maca e a pessoa que está lá não chega, ou cada vez que pede é lhe dado um copo novo porque, entretanto, aquele já desapareceu.

**Entrevistador: e os profissionais estão cheios de trabalho, não é?**

**E3:** Vão passando, às vezes ouvem, às vezes não ouvem e torna-se muito difícil.

**Entrevistador: por acaso quando vinha aqui fazer exames acontece muito, a água é uma coisa que eles pedem muito.**

**E3:** Uma coisa tão básica, não é?

### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E3:** Mal. Nós tivemos em tempos pré-covid, tínhamos um gabinete em que estava um enfermeiro, e em que no início do covid com bastante utilidade, em que tínhamos um enfermeiro que comunicava diariamente com os familiares e transmitia alguma informação aos familiares em relação ao que se passada com a pessoa e o que é que a pessoa estava à espera e isso de alguma forma era tranquilizante para os familiares e era tranquilizante para os outros profissionais que estavam de serviço. Aliviava e libertava tempo para que as pessoas pudessem dedicar a outras atividades, outras intervenções e eu acho que os familiares andavam mais satisfeitos, ahm.. esse projeto terminou, não é, porque foi entendido que quem sabe do doente é o responsável por ele, mas cada responsável por doentes tem tantos a seu cargo que depois não consegue fazer este papel, não fazendo este papel por via telefónica faz com que as pessoas se desloquem mais cá, eventualmente, ahhh, e depois sobrecarregam os profissionais que estão a fazer alguma coisa e estão constantemente a serem interrompidos para, e por mais que nós digamos que

não vão ser prestadas informações, ah, aos familiares, por exemplo, que a gente diz que já se falou com o familiar nós não vamos conseguir mais pelo nº de doentes, mas as pessoas insistem, e interrompem e chamam, e chamam por quem? chamam por quem encontram, regra geral chamam sempre pelos enfermeiros, e como são os enfermeiros que estão no caso a dar medicação, a picar doentes, a posicionar, acabam por os enfermeiros se sentirem sobrecarregados uma vez mais por isso. É engraçado que também o pedido de informação das pessoas é do género, se nós ah se nós dizemos à pessoa, pronto vem aqui alguém ao balcão, e quer perguntar por um doente e quer saber se os exames estão prontos e nós dizemos: “pode ir ter com o medico”. E a resposta é: “ai não, não quero incomodar o senhor doutor”, mas não percebem que cada vez que nos interrompem a nós na nossa, ah, no nosso procedimento, na nossa administração terapêutica, tão básico quanto na preparação de, contribuem para que nós possamos ter erros nessa preparação e nessa administração, não é, e portanto isto não lhes é perceptível, ainda existe muito a cultura do “não posso incomodar o senhor doutor” o senhor doutor, pronto, “falta muito tempo para eu ser chamada?”, não sei vá lá dentro perguntar, “ai não, não posso incomodar o senhor doutor” ou “estou há tanto tempo à espera porquê?” vá perguntar a doutor “não, não posso porque depois posso sofrer represálias”.

**Entrevistador: e acaba por cair tudo por cima dos enfermeiros, não é?**

**E3:** Sim, são aqueles que estão mais presentes. Na verdade, há determinadas alturas em que só se vê enfermeiros.

**Entrevistador: e o utente-família, costuma acontecer os familiares pedirem para falar quando estão longe ou a trabalhar com o utente?**

**E3:** Às vezes sim, às vezes sim. Aqueles que conseguem e têm mobilidade e que nós conseguimos acompanhar lá fora, não é? Por exemplo, hoje de manhã vinha a entrar no serviço e estava uma senhora ali na entrada, e ela estava: ah eu queria ligar para o meu filho, precisava de alguém que me fizesse a chamada e eu encaminhei la para fora para admissão e disse “olhe peça ali na admissão que eles fazem os telefonemas”. Aqueles que conseguem andar, a gente consegue encaminhar, mas aqueles que não conseguem andar, que estão em maca é mais difícil sendo que é de alguma forma habitual os doentes que estão lá em baixo na decisão clínica mesmo que estejam em maca e não se consigam levantar nós puxamos para junto do telefone a maca e facilitamos essa forma de contacto, doentes que estão no corredor torna-se complicado levá-los a algum lado. Depois outra

coisa que as pessoas se queixam é que ficam sem bateria nos seus telefones, ahmm, depois torna-se difícil contactarem porque não tem bateria, a nossa solução atual, porque houve uma altura que não era esta, a nossa solução atual não é lhes emprestar carregadores, é lhes dizer: se quiser que nós carreguemos, nós levamos o telefone connosco e pomos aqui à carga, porque antes emprestávamos os carregadores e os carregadores desapareciam, então agora, ah, concentramos aqui na sala de enfermagem, e se a pessoa quiser, nós realmente temos facilitado nesse sentido, porque e depois também permite que as pessoas consigam comunicar, ahhm, atualmente também nos estamos a deparar com um problema novo, que é algumas pessoas fazem videochamadas, não é, e ok isto pode ser muito bom para que a pessoa possa ver o outro e tudo mais, mas no contexto em que nós estamos, estar a filmar dentro de uma instituição de saúde, dentro de um serviço de urgência pode acarretar outros problemas então nós quando nos apercebemos dizemos não pode fazer videochamadas, nós não sabemos se está a fazer videochamada, se está a gravar, se tá a fazer vídeos para a comunicação social, fotografias também tem sido um problema.

**Entrevistador: e os outros doentes, pode apanhar os outros doentes, que estão ali, não é?**

**E3:** como acontece, aquelas que nós vamos vendo, mas sim.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E3:** Os cuidadores propriamente ditos, eu acho que eles têm dificuldade em encontrar quem tenha disponibilidade, quem lhes possa fazer um ensino sobre a melhor forma de prestarem cuidados aos seus familiares e aquelas pessoas, até mesmo, se calhar não naqueles que já estavam em casa e que já tinham um grau de dependência e que o familiar já estava habituado a fazer, aí pode haver necessidade de fazer pequenos ajustes, mas sobretudo àquelas pessoas em que é uma necessidade de novo, então vêm ao serviço de urgência e até entra pelo seu próprio pé, e quando sai já não sai pelo próprio pé, então o que fazer, como fazer, acho que há muita necessidade de tempo e de oportunidade de fazer os ensinamentos às pessoas, para que eles possam.. eu estou a pensar especificamente numa situação que nos aconteceu há bastante pouco tempo em que um casal idoso, ela tinha 70 anos e ele tinha um bocadinho mais, e em que a senhora já era acamada e era ele que tratava da senhora em casa, e entretanto a senhora iniciou um quadro de disfagia, não

conseguia ser alimentada como deve ser e aquilo acabou por ser, a opção foi pôr uma sonda nasogástrica, este marido, apesar de estar acostumado a cuidar da senhora, a virá-la, a posicioná-la, pronto, o que fosse, com alguma ajuda obviamente, mas fazia-o. Ele mostrou-se totalmente incapaz de levar a esposa para casa com aquela sonda porque não tinha capacidade de a alimentar, na verdade nós no serviço de urgência também não temos capacidade para lhe fazer um ensino. A forma como ele manusear a sonda nasogástrica porque ele vai precisar de continuar a alimentá-la em casa ahhh o pouco tempo que nós temos para dedicar se calhar não chega, sobretudo para uma pessoa daquela idade, mas e depois não tínhamos outra resposta disponível, mas o senhor não levava a esposa para casa porque não se sentia à vontade com a sonda.

**Entrevistador: E tinha alta, não é?**

**E3:** temos muitos desses, com alta e os familiares não levam.

**Entrevistador: o senhor não tem literacia suficiente para saber e vocês tinham que dedicar ali muito tempo a explicar, ou então ir a casa, não sei**

**E3:** é mesmo isso uma consulta de follow-up, uma consulta de acompanhamento, tipo um doente tem alta e passadas 24 horas haver um contacto de alguém a perguntar se está tudo bem, se precisa de alguma coisa, ahh, que não pode ser feita pelo serviço de urgência, fazia falta numa série de situações e quem sabe poderia evitar algumas vindas ao serviço de urgência intempestivamente.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E3:** Claramente, claramente há sempre espaço para melhorias

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E3:** Eu acho que do ponto de vista de enfermagem era fundamental para nós que não tivessem os doentes internados, isso permitia que nós déssemos outra atenção e outro cuidado aos nossos doentes, aos doentes em ficha, que vêm cá e que precisam de cuidados, nós e depois temos que nos repartir e não conseguimos chegar a tudo.

Acho que era muito importante aquele gabinete que existiu inicialmente e que precisávamos que ele voltasse a existir e que acho que devia ter uma componente um bocadinho mais multidisciplinar, eventualmente não ser tão concentrado no enfermeiro

ou pelo menos mesmo sendo o enfermeiro, eu acho que era bom ser um enfermeiro a estar nesse gabinete, mas se calhar esse enfermeiro estar disponível e contactável a outros profissionais que pudessem ajudar nalguns, em aspetos que nós consideramos fulcrais, por exemplo o que falou à bocadinha da terapia da fala, o facto da terapeuta cá vir e puder dar ali alguma, no minino fazer alguma avaliação, porque é necessário e porque o cuidador tem alguma dificuldade e que pronto dentro da avaliação pode-se esclarecer logo, sei lá um fisioterapeuta que visse e olhe para melhorar em casa pode fazer este tipo de movimento, este tipo de exercício ir fazendo para ajudar mais um bocadinha na autonomia, sei lá coisas assim, pontuais que não precisariam de estar constantemente no serviço de urgência, mas que nós pudéssemos recorrer rapidamente e ter uma resposta rápida no sentido de tentarmos melhorar um bocadinha as coisas, depois outra coisa que eu acho que nós precisamos muito na urgência por causa desta questão da autonomia era que viesse cá ou que tivéssemos enfermeiro de reabilitação, eu sou enfermeira tenho que defender a minha capela, ou um fisioterapeuta que passasse aqui que trabalhasse com alguns doentes se calhar beneficiava de iniciar de algum tipo de, não lhe vou chamar fisioterapia, porque isso implica um programa assim estruturado, mas alguma tipo de exercício, de, não sei, alguma coisa que os estimulasse a parte física e que contribuísse para a independência mais rápida ou pelo menos para a perda de autonomia.

**Entrevistador: Para evitar essa perda, não é?**

**E3:** Sim

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E3:** Eu acho que já disse que sim com esta questão do gabinete de informação, de algo, eu considero os idosos sim sem dúvida, mas acho que nós precisamos no geral, depois particularizando para o idoso acaba por se tornar mais importante ainda uma vez que a nossa população cada vez mais é uma população mais idosa, mais dependente e com necessidades mais específicas.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E3:** Eu acho que avaliar, ahmm, por um lado a informação, esse tem que ser ali à cabeça, a informação com o familiar e pronto. Por outro lado, ahh, acho que se calhar se for uma

coisa um bocadinho mais abrangente, ah fazer uma avaliação das condições que a pessoa tem para ter alta, porque alguns doentes que nós às vezes vemos que estão para ter alta e nós sabemos que vai hoje e volta amanhã, ahhh eventualmente se calhar pela comunicação, lá tá, havendo a possibilidade de haver eventualmente até mesmo essa comunicação pós alta do serviço de urgência ao final de algum tempo nas 24h/48h perceber as dificuldades e eventualmente conseguir trabalhar respostas na comunidade para dar respostas as essas necessidades mas isso implica que haja alguém disponível para isso.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E3:** Acho que é importante funcionar no mínimo das 8h da manhã à meia-noite ou as 10 da noite, vá que fosse, às 10 da noite. ah Não vou dizer que... é obvio que é importante a informação e a presença de alguém que dê algum tipo de apoio durante as 24h mas a verdade é que à noite, a noite foi feita para dormir, não foi feita para intervenção não é? Temos que fazer as que temos e pronto, mas penso que aí entre as 8h da manhã e as 10 da noite era um horário que nós precisávamos que funcionasse esse gabinete e que tivesse constantemente e presencialmente alguém com capacidade para andar pelo serviço com disponibilidade para isso.

**Entrevistador: E acha que seriam os profissionais a chamar essas pessoas ou essas pessoas é que deviam procurar se é necessária alguma coisa, ou se eles teriam um telefone e alguém os chama ou se eles estão atentos por ali?**

Eu acho que se calhar, ah, perante as características do serviço acho que apesar de... devia funcionar nos dois sentidos, não é, acho importante que quem esteja nesse gabinete, ah, passar pelo serviço, perceber e aperceber-se das coisas, das situações e procurar dar resposta àquilo que vai encontrando, havendo pronto, tornando-se numa si.. Tão básico quanto isso a propósito dessa questão da lembrança que é nós quando começamos com o gabinete...

**Entrevistador: Existe alguma informação sobre o gabinete para eu poder copiar?**

**E3:** Sim se calhar nós temos duas das enfermeiras que fizeram parte desse gabinete, se calhar falando um bocadinho com a margarida, ou com a Elsa Picoito, mas a Elsa está de atestado por isso não dá, mas a margarida que só faz manhãs, que só não está aí hoje, posso olhar ali o horário e ver, na altura foi feito um projeto, ahhh, que foi, que se enviou no sentido de se tentar dar um andamento e conseguir fazer desse gabinete, um posto de

trabalho no serviço de urgência e elas fizeram pesquisa sobre isso, a proposta de como é que funcionava, elas fizeram um trabalho relacionado com isso.

**Entrevistador: e na altura funcionou bem?**

**E3:** Sim, sim mas lá está o contexto era completamente diferente como digo, apanhou a fase pré covid ainda e depois apanhou aquela fase muito inicial do covid em que as pessoas não vinham cá e era mesmo contacto telefónico e havia aquele cuidado de, ahh, inicialmente tentamos que fossem os enfermeiros de cada doente, depois percebeu-se que concentrado numa pessoa libertava-nos para outros aspetos e foi por aí o caminho.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E3:** Eu acho que enfermeiro, assistente social, ahhh, eu sei que agora há aqueles cursos de gerontologia, mas que eu não faço ideia, de animação, animação de idosos, alguma coisa assim, existe um curso na universidade qualquer relacionado com essa, um curso base que tem a ver com animação sociocultural, alguma coisa qualquer assim do género.

**Entrevistador: algumas colegas minhas de mestrado tinham esse curso**

**E3:** Se calhar, pensado nestas áreas todas de intervenção, se calhar esse é um curso que se adaptava a ter um profissional dessa área aqui nesse gabinete, que se calhar tem outra perceção das coisas, uma perceção mais abrangente, porque nós acabamos todos estar virados para aquilo que é a nossa área, e era preciso alguém mais abrangente.

**Entrevistador: ou até mesmo um assistente operacional com alguma sensibilidade, porque às vezes basta uma pessoa que seja mais atenciosa para fazer a diferença**

**E3:** É verdade, às vezes e só ter, dar dois dedos de conversa, só que uma pessoa anda de tal maneira que chega a um ponto em que depois já não dá.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E3:** Pode ser uma equipa móvel, mas precisam de um sítio onde possam ahh, ahh, ser encontrados, um sítio em que lhes permita ter acesso, porque registos podem se fazer em qualquer sítio não é, mas importa um sítio onde as pessoas se possam dirigir, um sítio físico.

**Entrevistador: Existe algum?**

**E3:** Neste momento, não.

**Entrevistador: Há algum cantinho?**

**E3:** Que se possa utilizar para isso?

**Entrevistador: Sim**

**E3:** cada vez menos, esse é outro problema, o serviço tem crescido, o sítio onde funcionava é onde agora é o armazém, porque onde nós tínhamos o armazém, passou a ser a sala de otorrino, ahhh.

**Entrevistador:** ali na parte da receção não existe nenhuma janelinha, nenhum guiché?

**E3:** lá ao fundo, mais próximo da porta possível, está ali um sítio onde costuma estar a nossa mensageira, ahmm, e aí acho que foi onde funcionou durante um tempo onde se fazia admissões, ah, com sintomatologia respiratória à parte, que era mais próximo da porta, existe aí uma zona que eu acho que se calhar podia ser utilizada para isso.

### **Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E3:** Não acho que não.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E3:** Eu acho que é importante trabalharmos esta área sobretudo pelo aumento que nós temos na esperança média de vida, no tipo de população que recorre a nós e que cada vez mais vai ser mais, nós temos, eu tenho perfeitamente a consciência que cada vez vamos ter mais pessoas idosas mais dependentes, ah, com menos gente para cuidar delas, com maiores necessidades, ah, cada vez mais a recorrerem ao serviço de urgência.

### **Entrevista 4**

#### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 47 anos

**Género:** feminino

**Profissão:** administrativa

**Anos de Serviço:** 24anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

#### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E4:** Nesta altura, os espaço não é nada agradável, nem para quem entra nem para quem está, se você observar, esta sala de espera é uma vergonha, as cadeiras, está tudo partido,

ahh, pedimos para pintar a sala, só pintaram aqui, esta parte e ficou...o teto está... levamos alguns 10 anos para nos limparem os ferros, teve que vir uma empresa exterior e depois foi os senhores do lixo é que vieram limpar, conseguimos três armários novos iguais, mas a muito custo também.

É muito frio de inverno e é muito quente de verão, porque não temos ar condicionado, temos umas condutas que nem sempre funcionam, também pedimos para pôr um teto falso ao longo da sala de espera, né, pelo menos protegia um bocado, porque nós sabemos que está frio, trazemos casacos, está calor e viemos mais à fresca. E os utentes? Não sabem, não é?

**Entrevistador: então acha que o espaço físico é das coisas, o maior problema que o serviço de urgência enfrenta?**

**E4:** Para nós aqui sim, não é agradável. A bancada é em mármore, que a maior parte das vezes não é limpo, quando é limpo também é assim tudo...

**Entrevistador: a limpeza também?**

**E4:** ahh também, deixa muito a desejar. E a pedra é em mármore.

Acho que as cadeiras são daquelas que se usava há... acho que as cadeiras são as mesmas desde que eu vim para cá. Por isso está a ver, aquelas de plástico está tudo partido ou... e não há para substituir, dizem eles.

**- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E4:** Quer o bom ou o mau?

**Entrevistador: Quero tudo**

**E4:** As pessoas queixam-se muito do tempo de espera, dos médicos, do atendimento médico, as pessoas queixam-se muito principalmente do tempo de espera e os médicos não ligam assim muito, mas quem fala mal também fala bem, né, e muitas vezes também dizem que, já têm vindo cá muitas vezes e não foram mal atendidos, isto é como tudo, é uma questão de sorte, depende se apanha um médico atencioso, se apanhar um enfermeiro atencioso, se apanhar um administrativo atencioso.

**Entrevistador: acha que a falta de atenção tem a ver com o tempo que eles têm para despender com os doentes?**

**E4:** não, acho que está neles, nos enfermeiros e nos médicos, mas normalmente quando se queixam, queixam-se sempre dos médicos. Às vezes se calhar só estão aqui por estar, não sei. É o mesmo que nós aqui somos menos, e há pessoas que têm menos paciência para o utente do que outras, isso é como tudo.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E4:** Claro que sim, a maior parte das vezes eles são despejados aqui, e quando ligamos a dizer que têm alta ou qualquer coisa, “ah hoje não posso porque... logo vou buscar amanhã ou...” e na altura do natal e da passagem de ano, é de cortar o coração. É de cortar o coração.

**Entrevistador: vocês notam muito porque estão aqui na linha da frente e percebem que...**

**E4:** E ligamos aos familiares para os virem buscar hoje, o doente tem alta e só vêm passado 2 ou 3 dias, muitos acontece isso, muitos são despejados aqui.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E4:** eu acho que é a solidão, não só aqui como no internamento, não é, não há ninguém que os venham visitar, não há ninguém que os venha ajudar na refeição, porque aqui temos muito a prática de conciliar o horário da visita com o horário da refeição, para o familiar também puder dar algum, para além de visitar, dar algum apoio ao enfermeiro e ao auxiliar nas refeições. Muitos deles não têm visitas, ou se têm é só 5min, só para dizerem que vêm cá.

**Entrevistador: é mais a solidão, não é?**

**E4:** eu acho que sim, mas acho que é aqui em todo o lado, acho que o idoso acaba por ser posto de parte, não é.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E4:** A maior parte deles, a maior parte dos doentes que entram aqui são doentes acamados ou com alguma dificuldade já de mobilidade ou com alguma demência. Às vezes estão numa sala sabem de dia ou se é de noite, não sabem há quantos dias estão aí, não há janelas, perdem a noção do tempo, é só luzes.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E4:** Quando passo, muitas das vezes e a maior parte deles é água e ir à casa de banho: “tenho vontade de fazer chichi, ajude-me aqui”. Mas eles coitados, às vezes não tem mãos a medir.

**Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua percepção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E4:** É assim aqui nós, aqui fora, a única coisa que fazemos é quando, o familiar vem dirige-se ao balcão a pedir informações e nós fazemos a ponte entre o profissional de saúde e a família ou ao contrário, mas normalmente é sempre o profissional e a família que telefona, nós ligamos e pedimos para vir cá, e depois o que acontece, a gente já perde um bocado a percepção, nós aqui podemos facultar algumas coisas, mas nunca é... está a fazer exames, não está a fazer exames, está a aguardar, muitas das vezes é mentira, não está a aguardar nada, o médico ainda nem sequer pediu nada, não é, mas pronto, temos que empatar um bocado a coisa.

**Entrevistador: e vocês que estão aqui mesmo na linha da frente acabam por se aperceber, né, os familiares depois às vezes. Ahh, o problema deles é que não sabem.**

**E4:** Não sabem e não têm acesso ao doente, agora já está mais...voltou novamente a poderem acompanhar ou estar um bocadinho, mas até há bem pouco tempo era muito complicado, era o médico que vinha cá em cima dizer qualquer coisa, nem sequer podiam ver o familiar, também não é bom, digo eu.

#### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E4:** Eu acho que a maior dificuldade é chegar ao familiar, às vezes nem é preciso saber nada, basta ver, para acalmá-lo logo ali um bocadinho, só visitar nem que seja só cinco minutos.

#### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E4:** Há espaço, tem é que haver boa vontade.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E4:** Eu acho que deveríamos voltar, já tivemos essa experiência aí e eu acho que correu bem, é ter um profissional de saúde, né, que não só o administrativo, mas existir um profissional de saúde que pudesse estar disponível, que fizesse a ponte, imagine, o familiar chega aqui dirige-se ao administrativo e o administrativo diz: vá lá dentro ao

enfermeiro ou a alguém, a experiência que tivemos foi com um enfermeiro, nós chegávamos lá e dizíamos, “olhe está aqui este familiar, ela ia ver o que é que se passava, tinha acesso a informação que nós não temos e sabe aquilo que pode transmitir e chegava aqui e dizia: “olhe isto, isto, isto e isto”, pronto. “quer ir lá dentro 5 minutos? Vamos lá”.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E4:** Eu acho que sim, e não precisa de muito, basta uma secretária e uma cadeira.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E4:** Além de transmitir informação, imagine, o familiar não pode vir amanhã, então o profissional ou alguém desse gabinete, ligar e dizer “olhe o seu familiar passou bem a noite, vai fazer isto hoje, ou vai fazer aquilo” e pronto. Não precisa de muito, digo eu. Eu se tivesse aqui um familiar, imagine, tenho que ir trabalhar, não é, o familiar tem que ir trabalhar, não pode faltar e não tem como, há muita gente que não se consegue deslocar, ou porque é de longe. Alguém daqui ligava, tem a lista e liga de manhã e diz “olhe o seu familiar passou bem a noite, está a fazer isto, vai fazer aquilo, o plano para hoje é este, talvez tenha alta ou talvez fique internando”.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E4:** Eu acho que devia existir tipo um espaço onde tivesse uma pessoa que o familiar se dirigisse, não é? A gente depois também não sabe se aquele familiar ou se aquele doente tem família, ou não tem família, se tem, pode estar num lar e não ter ninguém, os familiares terem uma linha de apoio ou ligavam ou dirigiam-se aqui não é e até podiam ter a colaboração da parte administrativa, ligavam para ali e nós encaminhávamos.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E4:** Assistente social, enfermeiro, e um administrativo, para passar a chamada, mesmo que o enfermeiro não tivesse aqui, nós passamos a chamada para aquela pessoa, para aquele número, não é, este não toca passa para outro, não toca passa para outro, não toca passa para outro.

**Entrevistador: Haver um número par canalizar todas as chamadas dos familiares**

Sim, aquele tipo de familiares, para aquilo, não é, um doente que entra que teve um acidente de viação também acho que não, que entrou e que se calhar vai para a ortopedia

e está aqui pouco tempo, não é, ou um doente que esteja consciente e orientado também não necessita.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E4:** Das 10h às 23h, às 8h30 é a passagem dos enfermeiros, de pois às 9h é a dos médicos e depois é as higiene, antes das 10h não, e depois há muitos doentes que entram ao final do dia, por isso às 23h, depois disso as pessoas já estão mais ou menos deitadas.

**Entrevistador: mas e se entrasse logo às 8h para ver as pessoas que entraram durante a noite?**

**E4:** é assim, mas depois também o enfermeiro está ocupado não lhe vai dizer nada, o médico está ocupado não lhe vai dizer nada. Isto é assim, mas pode funcionar dois turnos das 8h às 16h e das 16h às 24h, turnos de 8horas ou de 7horas.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E4:** Aqui na sala de espera até se pode arranjar um cantinho, ou até mesmo lá ao fundo.

**Entrevistador: Acha que dá para arranjar um cantinho?**

**E4:** Dá, é preciso é haver, ahhh, aliás aqui há uns anos houve uma empresa de seguros de viagem que se alojou aqui na sala de espera, pôs um balcão, se eles puderam ocupar um espaço da sala de espera, porque não, ali num cantinho, a sala de espera é tão grande, não era preciso muito.

**Entrevistador: E acha que devia haver também uma comunicação para apoiar os idosos que estão lá dentro, muitas vezes também preocupados com os familiares que estão lá fora?**

**E4:** é mesmo: “ah não sei se a minha família sabe que eu estou aqui”, “será que eles sabem onde eu estou?” isso depois funciona nos dois lados, acho eu.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E4:** Sei lá, agora de momento se calhar não, se calhar daqui a um dia ou dois vou-me lembrar de mais alguma coisa. Às vezes quando começa a fazer as coisas é que se apercebe daquilo que... se fizermos assim, se fizermos assado, se calhar assim desta forma é melhor do que da outra.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E4:** Desejo-lhe muito boa sorte e Deus queira que consiga, Deus queira que consiga. Nesta casa tudo o que é para melhorar não passa do papel. É pena muitas das coisas não

passarem do papel, porque depois precisa de recursos humanos, depois não há recursos humanos, depois não há isto, depois não há aquilo. E principalmente não há boa vontade. Se houvesse boa vontade, se calhar muita coisa...eu estou a falar de quem orienta, de quem dá ordem, às vezes toma decisões sem vir ao terreno, se calhar se viesse ao terreno e ouvisse as pessoas se calhar fazia a mesma coisa, mas de forma diferente. Uma coisa é estar de fora, se eles chegassem e ouvissem: olha o que acham distou ou daquilo? Se calhar até há aí muito boas sugestões e ideias que evitavam muita coisa.

## **Entrevista 5**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 37 anos

**Género:** feminino

**Profissão:** Cardiopneumologista

**Anos de Serviço:** 15

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

#### **- Quais os principais desafios que o serviço de urgência enfrenta?**

**E5:** Acho que há uma tremenda falta de espaço físico, primeiro que tudo e profissionais, ahh, fala-se muito dos médicos que também são poucos, mas também há falta de assistentes operacionais, enfermagem, talvez a parte também administrativa, ou enfim, vários profissionais além da questão dos médicos. Está subdimensionado.

#### **- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E5:** Há sempre muito a ideia de que muitos doentes já vêm com uma má perceção, já vem à espera que vá correr mal, já vêm muito a preparar-se “Ah foi chamado primeiro, eu cheguei primeiro e aquele vai à minha frente” então já vêm muito, com muito, com muito pouca abertura para serem tratados, acho que há muita má perceção e vêm muito a medo, e depois também dificulta um bocadinho sim. Pelo menos eu noto isso, cada vez mais noto isso, mesmo na sala de espera às vezes torna-se, ahh, há pouco estava a comentar isso, às vezes os doentes não respondem no intercomunicador, nós vamos lá chamar e às

vezes quase que já dá receio de ir lá chamar porque vêm cinco doentes em simultâneo dizer que este já foi chamado e aquele também.

**Entrevistador: Ou seja, isto pode tudo ter que ver com o tempo de espera**

**E5:** é muito tempo à espera, muitas vezes mal encaminhados, vêm do centro de saúde, vêm com a ideia de que são logo vistos pelo especialista e nem sempre é assim. Agora há pouco tempo houve um senhor que achava que, veio de madrugada, e achava que ia fazer uma colonoscopia logo, enfim, uma certa também falta de perceção, mas às vezes são mal encaminhados logo à partida. Vêm logo com a perceção que as coisas vão ser mais rápidas, e há coisas que eu percebo não dá para ser mais rápido que aquilo, há coisas que é preciso esperar nem toda a gente pode ser observada imediatamente pelo cardiologista, não há forma, as pessoas ficam muito irritadas e descontentes, percebo porque muitas das vezes já vêm 5 ou 6 horas do centro de saúde, chegam aqui e mais 4 ou 5. Então as pessoas estão muito irritadas. As pessoas já vêm com uma péssima impressão do que vai acontecer, já vêm a medo, já vêm à espera de que não vai correr como eles pensam e então já vêm irritados, acho eu.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E5:** Sim, principalmente se realmente não há tempo para eles porque idealmente não se iria imobilizar um doente facilmente, eu percebo e deve ser muito... para um familiar deve ser difícil, eu também acho que não devia, mas um enfermeiro, o que é que ele vai se fazer se o doente depois arranca o cateter, não dá para estar ali alguém constantemente a passar e confirmar, não há tempo nem espaço, nem pessoas para eles notarem aquela situação sim. Uns se calhar precisam mesmo, mas há alguns que se calhar com um bocadinho de atenção ou de calma ou assim talvez não precisassem tanto, e se imobilizassem passado 5 minutos estaria muito mais irritado e agitado. Mas não dá, e eu acho que é uma questão de que os enfermeiros não conseguem, são mais eles que estão com essa parte, eles não conseguem mais, não dá, se não, não conseguem fazer outras coisas, têm que estar sempre de volta dos doentes.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E5:** Ahh acho às vezes, perceber exatamente até onde estão, o que é que têm que lhes estão a fazer, o médico também não tem sempre tempo para estar com muita explicação, também há aqui a questão da barreira da língua, eu acho que continua a haver, não é? Nós

às vezes esquecemo-nos que o doente é completamente leigo e se nós dizemos muito rápido vai fazer um ECG ou vai fazer um raio x, vai fazer análises, eles às vezes ficam perdidos, e não há também muito tempo também para explicar, eu acho que eles devem sentir muito isso, alguns sim, às vezes até ficam confusos já nem sabem se estão neste hospital, que horas são, a urgência é muito fechada, portanto eles não têm percepção do dia, também aumenta a confusão, depois a linguagem, a forma de comunicação, eu acredito que eles às vezes fiquem um pouco baralhados e confusos com o diagnóstico, com a possibilidade de diagnóstico não percebem bem se estão internados se não estão, a que horas é que vão embora e depois têm alta durante a noite, enfim, nem sabem que horas são. Eu acho que, se eles não estão confusos, passam ali por um período de confusão, eu acredito que sim, seja muita informação e aí sim, não há, lá está não há ninguém mais vocacionado para lhes explicar as coisas com muita calma, não dá. Não é por culpa dos médicos ou dos enfermeiros ou dos assistentes operacionais, mas não dá. Mesmo a própria alimentação não é, eles estão muito condicionados ali, é aquela sopinha, aquelas papas e é o que é.

**Entrevistador: também falam muito na questão da alimentação**

**E5:** sim, sim, sim, se demora muito tempo a comer, porque também não é fácil. Estava-me a lembrar, agora não tenho visto voluntários lá, ouve uma altura que haviam voluntários.

**Entrevistador: eles desde o covid não estão ali**

**E5:** Pois eu nunca mais os vi mesmo agora depois do covid, nunca mais voltaram. Pois deviam ter.

**Entrevistador: Para essa parte das necessidades mais básicas, não é?**

**E5:** Sim não é preciso estar lá o assistente operacional, mas alguém tem que ajudar nisso, e a comunicação, se podem comer ou não podem comer, se podem ir à casa de banho com um bocadinho de ajuda ou se têm mesmo que usar uma arrastadeira, às vezes se calhar é mais fácil dar uma arrastadeira ou um urinol, não é, mas se doente ainda poder dar uns passinhos acompanhado? É melhor.

**Entrevistador: e para eles que são autónomos, mas estão ali numa cama, terem que fazer necessidades numa arrastadeira ou num urinol**

**E5:** À frente das outras pessoas.

**Entrevistadora: outra questão, essa também é outra questão, não é?**

**E5:** sim é outra questão, eu acho que talvez também com as pessoas mais novas ainda se pode ter mais cuidado a resguardar e com os idosos não há tanto esse brio, não é. Está uma velhota e está um velhote, se for preciso não há biombo, e pronto, talvez se for uma pessoa mais jovem tenham um bocadinho de mais cuidado, até porque a pessoa se queixa também, não é. E eles são pessoas, não é? Se tiverem minimamente lúcidas devem se aperceber que estão a ser higienizadas com se calhar um senhor ao lado ou a passar. Apesar de eles bloquearem as passagens, mas há os outros doentes, são pessoas que estão lá a ver, sim. Os idosos realmente ficam especialmente fragilizados.

**Entrevistador: Principalmente esses, não é, ahh esse já está velho**

**E5:** Mesmo quando ficam mais apelativos, nós nunca sabemos muito, isso também nunca sabemos porque às vezes um doente, eu passo lá algum tempo, mas também não estou lá sempre então é difícil ter essa perceção, ele está a pedir água, será que pode beber? Primeiro ponto, às vezes eu sei que ele até já bebeu e continua a pedir como se não tivesse bebido, pronto, mas às vezes não bebeu e se for uma pessoa mais jovem nós tentamos se calhar perceber melhor e ela também se explica melhor, e um idoso não temos tanto essa, temos uma certa indisponibilidade de estar com muita conversa.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E5:** Eu acho que é tudo junto, se eles fisicamente estiverem mesmo até a questão da idade não é, porque às vezes pessoas com 90 anos que parece que têm 70 tanto a nível físico como cognitivo, então às vezes é um bocadinho difícil, é tudo junto a parte emocional, física, ahh, acho que acaba por ser assim tudo, assim uma mistura de tudo, nalguns doentes mais umas coisas, noutros outras, nas suas personalidades. Alguns se calhar toleram melhor, alguns têm mais antecedentes e que estão mais habituados a vir ao hospital, há outros que é a segunda ou terceira vez que se veem ali, portanto, deve ser difícil.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E5:** Talvez um bocadinho mais de acompanhamento para lhes explicarem as coisas e se for preciso ir à casa de banho, haver alguém, se for preciso alimentação, depois tem muito a ver com a família, porque há alguns que vão tendo ali os familiares perto, eu acho que esses se sentem mais confortáveis, e há outros que não, ou que vêm já do lar ou a família não chega assim tão rápido, ou não têm, eu acho é mais isso, a comunicação, não se

sentirem tão abandonados, não sentirem que estão só ali no corredor, e podem lá estar dois ou três dias. Acho que mais isso, o acompanhamento.

#### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua percepção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E5:** Depende muito, também, depende muito dos clínicos e da família, eles até tentam informar a família e até tentam obter informação, primeiro que tudo, não é, talvez no tempo do covid isso tenha sido mais complicado com a questão das entradas e há ali casos em que não deixam tanto, mas eles de uma maneira geral deixam o familiar estar próximo e quando médico chama, o médico recolhe informação, eu acho que isso até se vai conseguindo, alias é bastante útil até, sempre que está um familiar que ajude a perceber a informação para depois ele com calma também se calhar ele explicar ao idoso, eu acho que isso eles até, sempre que possível tentam dar informação ao familiar, eu acho que sim, às vezes dizem deixe o contacto, eu pelo menos tenho essa percepção que eles tentam também que isso fique. Talvez o problema maior sejam os idosos dos lares, institucionalizados, que realmente ficam muito mais perdidos, eu acho que os que têm um familiar por ali que vá estando presente, convém, claro, que seja sempre o mesmo para não haver confusão, por norma eles até, acho que é mesmo pior é as pessoas que se sentem mais abandonadas que já vêm de instituições ou que vêm de casa e alguém as trouxe, eles às vezes nem sabem porque é que vêm, às vezes vai-se fazer um exame, e ah alguém chamou a ambulância, trouxeram e nem sabem muito bem do que é que se queixam, portanto, e aí o familiar pode ajudar, antecedentes, medicação habitual, essas coisas que eles às vezes não sabem.

#### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E5:** Talvez às vezes é o acesso ao médico, porque eles também nem sempre conseguem perceber, porque se eles não estão com o doente no momento da observação e às vezes não podem estar ou porque só chegam depois, ahm, às vezes andam ali meio perdidos, e quem é o médico, depois é a passagem de turno, depois já é outro médico, eu acho que é mais isso até conseguirem conversar, perceber o que é que está a acontecer sim, às vezes eles têm alguma dificuldade, tenho essa sensação que eles às vezes andam ali meios perdidos, não sabem quem foi o médico, o médico já se foi embora, não há muito um

hábito, eu própria se calhar também não tenho, se for a algum lado, de perguntar o nome da pessoa, depois é a descrição física, depois há pessoas parecidas ou as pessoas já não se lembram. A pessoa é vista e não...o médico às vezes não se identifica, pronto, também é uma questão de hábito, e o doente também não pergunta com quem é que está a falar, depois quando quer saber do médico...dá para ir ver ao computador com calma, mas pronto, facilitava bastante eles saberem eu acho que é mais isso, eu acho que os médicos tentam ao máximo a comunicação com a família para orientar o melhor possível o doente.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E5:** Eu acho que sim.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E5:** Não sei, acho que é uma questão de espaço físico, primeiro de tudo. Eles agora já delimitam também um bocadinho o espaço dos laranjas. O serviço de urgência já passou por tantas alterações, já houve uma altura que as macas estavam todas de um lado, os autónomos estavam noutra. Com mais espaço organizava-se melhor, depois com mais gente para poder que as pessoas sejam o melhor vistas possível. Porque depois para os exames e assim acho que as pessoas não esperam muito, esperam mais primeiro para serem vistas pelo médico, e alguns exames sim na radiologia, a parte das ecografias, mas eu acho que é mais isso, é uma questão de, há muito pouco espaço físico, então é muito difícil. Há dias em que o doente está numa maca do transporte dos bombeiros à espera de uma maca, acontece, de tempos a tempos acontece, e eu já cheguei a ir fazer exames ainda na maca dos bombeiros para ir adiantando, não seja alguma coisa mais complicada, ahm, e às vezes até os próprios médicos chegam a observar os doentes na maca dos bombeiros. Depois é o barulho que há, há pouco espaço, não há privacidade, o doente, eu que não sou daqui não tenho tanto esse problema, mas uma pessoa que seja daqui corre o risco de estar a falar com o médico, e ao lado está uma pessoa que até conhece, a pessoa pode não querer que o do lado ouça queixas. Pronto, não há privacidade, aquilo é muito barulho, depois há dias em que até posso ter muito trabalho, mas é mais organizado, fica muito desorganizado, mas com a falta de espaço, quando tens mais espaço tens outras coisas a

acontecer, mas acho que à partida logo aquilo é muito pequeno para a quantidade de gente que ali tem que estar a trabalhar e os doentes e os funcionários.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E5:** Sim alguém que fizesse uma ligação, não é? Seria essa a ideia. Ou seja alguém que tivesse mais vocacionado para falar com os idosos, sim, sim seria de interesse alguém com alguém formação ou um assistente operacional se tivesse mais...ou até alguém com mais formação que pudesse, em vez de estar a fazer tudo e ir fazendo de vez em quando, estar mais dedicado a essa parte, sim.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E5:** Principalmente a comunicação, o conforto ao utente claro, depois é tudo um bocadinho na base da comunicação, o doente não se sentir tão abandonado, sentir que há ali alguém e qualquer coisa chama aquela pessoa para se for preciso dizer alguma coisa ao médico, alguém até com alguma perceção clínica de forma que consiga explicar por palavras um bocadinho mais simples e com calma, aquilo que o médico queria dizer. Mais nesse sentido sim, alguém que, pronto, estivesse a trabalhar, fizesse as 8 horas do turno vocacionadas só para isso.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E5:** Não sei qual é que é a melhor forma, há umas situações, por exemplo a psicologia na urgência, eu não sei exatamente como funciona, mas deve ser uma chamada.

Eu acho que deveria estar fisicamente lá, ou seja, ter um gabinete, um espaço físico e depois o enfermeiro ou o médico poderem requerer colaboração dessa pessoa que estaria ali fisicamente, porque eu acho que, lá está os psicólogos e os assistentes sociais, eles não têm nenhum gabinete, eles vão estando por ali quando são chamados, eu não sei é com que facilidade se chama, essa parte não tenho perceção.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E5:** Pois é isso que eu não sei, estava aqui a pensar em alguém mais, não sei. Os assistentes operacionais podiam ter uma parte, há uma parte que sim, que eles fazem e bem. Mas depois não sei se alguém mais diferenciado, essa parte não lhe sei dizer, eu não tinha pensado nisso. Pode ser um enfermeiro até com especialidade em geriatria, mas não

pensei muito nisso. Dependente depois de qual fosse o objetivo depois tentar que seja um profissional ou dois profissionais o mais adequado possível, ahh, sim, talvez sim.

**Entrevistador: e será que um médico fazia sentido?**

**E5:** sim. Mas nós já estamos habituados a pensar que não há médicos e que (ri). Então estamos a pensar em opções mais em conta, sim. Sim, seria ótimo, não sei se seria possível, mas sim claro. E aí não seria só a questão da comunicação, ele próprio faria um trabalho um bocadinho diferente, mais diferenciado, não sei se depois, podia ser com... não sei como é que seria, era uma questão de organizar com o próprio médico que está a ver o doente, quanto mais diferenciada fosse a pessoa, melhor era para o utente, isso é óbvio.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E5:** Não lhe sei dizer, nós também não temos um gabinete e gostávamos muito, não estou a ver, pode haver alguma coisa mais escondida, mas, ainda há pouco tempo houve a questão da psiquiatria por exemplo e a psiquiatria neste momento está aqui na urgência e já estive num outro sítio que era um pouco mais fechado, e, entretanto, está a funcionar ao lado da cirurgia, estão a ocupar a porta entre a ortopedia e a cirurgia.

**Entrevistador: mas não devia estar para o público?**

**E5:** ahh sim, porque ao mesmo tempo também é algo que o familiar se possa dirigir, mas não sei se fisicamente há essa possibilidade na urgência, não sei, não tenho bem a noção de, pode haver ali alguns espaços, mesmo não sendo muito grandes, para fazer ali a ligação com o familiar. Seria mais lógico sim.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E5:** Não, já fomos abordando assim tudo.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação?**

**E5:** Acho bastante pertinente, porque realmente é como estávamos a dizer, às vezes esquecemos um bocadinho que são pessoas e continuam a ser e merecem estar bem, mesmo que não sejam completamente lúcidas ou cognitivamente tão íntegros assim, merecem e às vezes esquecemo-nos, e eu acho que eles até estão e deve ser uma dor enorme sentir que já não são pessoas, não é, ver ali aquilo à volta e já não se dar o mesmo tipo de valor, sim. E mesmo um doente que até possa estar bem, com 80 e tal anos, de um momento para o outro pode ter uma situação e pode se ver numa cama, até nós mais

novos, mas eu acho que quando são mais velhos há uma certa, ahm, não é desvalorizar que eu acho que não se desvaloriza, eu acho que a parte da doença em si, até se investiga bastante, fazem-se muitos exames e se procura e tudo mais, a parte humana é que fica um bocadinho mais atrás, porque de resto até acho que se faz até de forma bastante exaustiva, vocês sabem que têm ressonâncias a pessoas de bastante idade, investiga-se, dá-se a medicação e tudo mais, mas depois essa parte fica um bocadinho... principalmente na urgência, depois nos pisos é um bocadinho diferente. Eu acho que na urgência nos esquecemos um bocadinho que, pronto, são pessoas e qualquer pessoa naquela situação se eu tivesse assim e se imobilizassem eu passado 5min estaria muito mais agitada, mas eu por um lado percebo e não critico, porque eles realmente não têm outra forma de conseguir controlar e então estes na urgência não conseguem mesmo. Acho que o ideal seria haver um gabinete e eu espero que sim, mas.

## **Entrevista 6**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 64 anos

**Género:** masculino

**Profissão:** Médico

**Anos de Serviço:** 33 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E6:** Do meu ou dos serviços de urgência? Porque este tem problemas dos serviços em geral e tem como os próprios. Os problemas do serviço de urgência genericamente considerados são problemas de constituição do seu próprio quadro de serviço, não tem. Nós somos serviços em geral, dependentes das outras especialidades e dos outros serviços. Eu acho que isso é um problema estrutural que é preciso resolver acho que isso com quadro próprio e a partir do quadro próprio, com a própria especialidade de medicina

de urgência, isto é um serviço que justifica a existência de uma especialidade, ao passo que outros até costuma ser ao contrário, os cirurgiões acumularam-se em serviços, aqui é um serviço que precisa de urgência, isto é uma coisa. Outro problema estrutural que afeta todos os serviços de urgência e também afeta este e este até de uma maneira que me parece mais significativa. É o problema da referenciação de doentes. Que doentes é que chegam aqui e em que condições é que chegam. É um problema que é preciso resolver que não é apenas o desafio do serviço de urgência, mas é um desafio Regional, é um desafio nacional. É um desafio regional em que o serviço de urgência se deve empenhar em ajudar a resolver. Este aqui tem outros problemas, tem problemas de estruturação física, são instalações perfeitamente inadequadas, e essas instalações inadequadas fazem, obrigam a que nós tenhamos uma estratégia de extinção de postos de trabalho que no meu ponto de vista, é disfuncional para um serviço de urgência. Portanto, a partir daí os desafios são gigantes, que é a procura de, numa má localização, nós encontrarmos soluções para pôr as coisas funcionar com um mínimo de segurança para os doentes. É um serviço, que está em processo de reestruturação, quer dizer, nós estamos a tentar progressivamente adequarmo-nos condições que não são boas. Nós fizemos propostas, já a este serviço e outras propostas para ser completamente diferente para anexar até outras áreas. Essas propostas, como em Portugal, a gente sabe como é que funciona são aprovadas, mas depois não se efetivam, depois são desaprovadas por que vem de novo, depois voltam a ser aprovadas por quem sai, e adamos nisto. Portanto, nós o que fazemos aqui é uma espécie de estratégia de dia-a-dia.

#### **- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E6:** Eu não faço ideia, porque eu é trabalho casa, e casa trabalho, não ouço muitos comentários. Há uma coisa que eu consigo perceber sobre visão dos outros sobre o serviço de urgência. Só posso falar desde a altura que estou cá e desde a altura que estou cá, nós diminuimos até ao ano de 2022, diminuimos de maneira dramática, o número de reclamações é que em si mesmo revela um olhar diferente que os outros têm sobre o nosso serviço e simultaneamente aumentamos o número de elogios serviço de urgência, e até é uma coisa meio estranha.

Eu em relação aos comentários não sei, sei que há conversas que a gente vai tento aqui pelos corredores, quando vamos avaliar os doentes, e tal, e alguns desses comentários refletem algumas das preocupações que eu falei. Estamos a falar de instalações, estamos a falar de um problema estrutural do hospital que não afeta apenas este, mas aqui tem um

impacto maior, que é o problema do internamento no serviço de urgência. Portanto dos doentes que aguardam aqui para ser internados, a maior parte das vezes muitos idosos. Portanto, precisariam um acompanhamento mais próximo dos seus familiares que aqui não podem ter, quer pelas instalações, quer pela natureza do próprio serviço. Muitos comentários são aí, eles percebem muito bem o esforço gigantesco que nós fazemos aqui para trabalhar no espaço onde estão, muitas vezes, dezenas de doentes internados que não são de todo nossos e que nós não queremos, e, portanto, muitos comentários são aí, e claro, depois também há os comentários negativos que têm a ver com uma certa desilusão, que é mais, uma desilusão percebida com o contexto global do que com o próprio serviço em concreto. Sem dizer que há sempre problemas neste serviço, que eles às vezes referem e eu até costumo recebê-los aqui no gabinete e as coisas têm corrido mais ou menos bem, porque eles percebem o esforço que nós fazemos e percebem que muitas das coisas que não gostam, não têm especificamente a ver connosco.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E6:** Essa questão, nós tudo o que pudermos fazer nos extremos da vida e particularmente na área da geriatria, será certamente bem feito porquê? Em primeiro lugar, porque essa questão dos internamentos aqui no serviço de urgência, com o qual eu não me devia preocupar, mas eles estão cá, ahh e não me preocupo, mas eles estão cá. Ahh, nós sempre que desenraizarmos um doente em idade geriátrica, o desenraizarmos do seu meio, da sua família e da sua comunidade, nós estamos a acrescentar doença à doença que o trouxe aqui. E, portanto, tudo o que pudermos fazer para minimizar essa sensação de desenraizamento para nós é bom tanto mais que temos uma percentagem significativa, não da procura global do serviço, mas uma percentagem significativa dos que ficam no serviço de idade geriátrica, portanto eu percebo, tudo o que nós pudermos fazer para minimizar uma coisa que devia ser mínima ou zero, pela sua própria natureza, mas não é, que é a presença e a manutenção de idosos aqui. E, por outro lado, para até os ajudar a preparar para o internamento, quando eles forem para o internamento, acho que sim que é de uma utilidade extrema, porque como se vê, é só percorrer o corredor e veja quem é que cá fica de facto.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E6:** Nós temos desde logo à priori uma coisa que é chocante, são as dificuldades de comunicação, nós não temos tempo para comunicar com os jovens, quanto mais com os idosos. E como esses idosos vêm com alterações cognitivas, alterações de comportamento, nós precisamos de tempo, precisamos de tempo personalizado e depois precisamos de ajustar o discurso à realidade concreta de cada um, ora isto é um serviço que não é compaginável com isso. Nós recebemos centenas doentes, portanto, eles todos com necessidades diferentes e nós precisamos, em relação aos grupos dos doentes em concreto, ter uma forma de comunicação que exige tempo, exige sabedoria na nossa comunicação. Nós certamente não temos o que significa que, sem nenhuma sustentação científica, mas de experiência, se nós aqui um idoso acima dos oitenta anos, mais que dez ou doze horas, é certo que ele vai desorientar tempero espacialmente e sobretudo, é certo que é candidato ao agravamento da sua situação de base. Porque, ou vai apanhar infeções ou vai deprimir e diminuir as duas defesas, vai deixar de comer, porque eles em casa, já têm dificuldades para comer, aqui certamente não vai querer comer esta comida, e sobretudo porque não está com os seus familiares e nós não podemos ter familiares a acompanhá-los as 24 horas, e portanto, é um larguíssimo campo onde as coisas possam ter, e penso até que pequenos espaços ajudam a melhorar muito, principalmente nessa fase inicial, porque o ponto de partida é zero.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E6:** Basicamente, de uma estratégia compreensão, isto é, no acolhimento. Eu acho que as necessidades, sobretudo, destes idosos é uma necessidade de perceção de acolhimento que é uma necessidade que é exatamente oposta à que eles têm, que é a perceção do abandono. E, portanto, é mesmo a primeira grande necessidade, para além do motivo pelo qual vêm, que é motivo médico, para além dos cuidados médicos que eles precisam, tem que haver um ajuste nesta sensação de acolhimento, mais do que no doente mais jovem. O doente mais jovem não quer saber qual é o tipo de acolhimento, se vem com dores quer a dor resolvida, se precisa de ser operado, quer ser operado. Este não, este precisa da sensação do acolhimento e da sensação de reenraizamento se possível, que não há aqui nenhuma sensação de abandono, há aqui gente próxima, que tem em conta aquela fragilidade, e, sobretudo, aquela natureza específica de cada idoso, a gente não sabe, o

que é que... pode viver sozinho em casa, mas também pode viver com a esposa. A esposa, naturalmente terá uma idade semelhante e, portanto, ele não tem um problema só dele aqui, tem o problema da preocupação da esposa que vai ficar sozinha. Há um conjunto de coisas que significa que nós temos que acolher, não apenas o idoso, ele tem que sentir acolhido porque nós acolhemos também os problemas que eles têm. E isso é uma necessidade que nós percebemos aqui e que preocupa não apenas com o médico, mas porque eu também caminho para ser idoso. E, portanto, ser abandonado num serviço de urgência nestas condições, não é certamente agora que estou na plena posse das minhas capacidades que me vai despreocupar, porque eu mais dez menos dez, mais vinte, menos vinte, vou estar naquelas condições.

### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**Por norma qual a classe profissional que transmite informação acerca do estado de saúde do doente?**

**E6:** É o enfermeiro.

**E de que forma é transmitida essa informação?**

**E6:** É variável, nós como não temos um manual de conduta na abordagem de grupos específicos de doentes, nós temos sempre esta dificuldade. E, portanto, nós ficamos muito na mão da apetência de qualquer profissional para falar com determinados doentes, claro que nós temos, e certamente nota-se bem, há profissionais que têm uma apetência muito grande para falar com doentes idosos e até aquilo a que vulgarmente se chama de jeito, mas não é jeito, digamos que é, enfim, não ofender o seu dia-a-dia. E há outros que têm mais dificuldade em comunicar, são mais focados na queixa, mais focados na doença em concreto, mais focados no trabalho de urgência, e todos aqueles que estão mais focados no trabalho de urgência e emergência, deixam um bocado de lado esses contextos, isso e depois fica o acompanhamento do serviço. Portanto, aqui nós não temos nenhum manual de conduta em relação ao atendimento de utentes geriátricos. O que nós temos, é: profissionais que se comportam de acordo com a sua natureza e de acordo com aquilo que pensam sobre o assunto.

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E6:** É um horror, é um horror. Como nós estamos compelidos a fazer diariamente uma série de tarefas que não são nossas, qualquer tarefa que pareça periférica aos profissionais

de saúde é mais um problema. Esse problema nota-se das maneiras mais, mais diversas, mas isso não depende apenas disso, depende dos espaços que nós temos. Nós temos nos espaços que não são amigáveis para doentes, nem para profissionais, o que significa que eu se quiser ter uma atenção especial a um doente, eu neste momento falo com ele aqui, e se quiser falar com ele daqui a duas horas, está noutra área qualquer, porque aquela foi precisa para outra qualquer. E, portanto, há aqui um conjunto de coisas, não há nenhuma causa específica, que leva a esta conclusão. Essa forma de comunicação é um horror. Repare que, nem isto é um horror para doentes idosos, mas é um horror genericamente, nós não temos posto informativo quer dizer, não temos, e eu já cansei e não vou insistir mais com essa treta, porque isto ou se tem ou não se tem. Vamos lá ver, o serviço ou se organiza ou não se organiza, e nós podemos todos dar o ar de grande organização às nossas coisas. Mas depois falhamos nas coisas mais básicas, não é? Eu posso andar na rua de BMW todo bem vestido, mas ter a casa que é um nojo. Portanto aqui, nós vivemos um bocado assim, que é tentamos dar um ar de certa organização do serviço, a maior parte de nós nos doentes mais graves como é que a gente resolve as coisas, mas no final das contas as nossas atividades periféricas são tão importantes como estas, nós deixamos de lado, exatamente, porque não temos condições de logística, não temos condições de espaço, não temos número de profissionais suficiente, estamos a misturar doentes com necessidades A, com doentes com necessidades B, muitas vezes antagónicas, e portanto, esta comunicação no final das contas é um desastre. Muitas das reclamações que nós temos é porque há doentes que tiveram alta sem a família saber, há doentes que tiveram nem eles próprios sabem que tiveram alta. Isto revela bem em que mundo é que nós estamos. Pois claro que eu posso ser efetivado por isso, “você é o diretor”, pois sou, eu sei, e durmo bastante intranquilo com isso todos os dias com o meu local de trabalho. Todas as coisas que podem afetar, até do ponto de vista da responsabilidade social, mas certamente não me afetam mais do ponto de vista da minha própria responsabilidade pessoal, do modo como eu giro isso porque eu sei muito bem como trabalho e no sítio onde trabalho, eu sei muito bem, ah, não estou muito dependente que me venham dizer qual é a qualidade do serviço em que eu trabalho, não estou dependente disso, porque eu tenho bem a consciência do que é que nós não estamos a fazer.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E6:** Bem aqui, nós temos aqui uma série de dificuldades, se tudo funcionasse bem, nós tínhamos aqui desde logo um problema de língua, nós temos uma série de cidadãos estrangeiros, e a maior parte de nós, consegue falar inglês, mas não consegue falar outras, mas nós temos muito estrangeiro que não consegue falar inglês, e, portanto, temos aqui desde logo esse problema que é genérico do serviço. Mas depois também temos um serviço em que nós não temos sequer um sítio reservado para falar com pessoas, nós falamos ao lado de outros, e no meio do corredor. Portanto isto explica, e daqui nasce tudo o que é dificuldade, porque se todos tivéssemos um gabinete como este, para poder falar com as pessoas, transmitir informações, etc., essas dificuldades diminuía drasticamente. Nós estamos então a falar de um espaço, eu se quiser falar com um familiar, ou chamo para o corredor e posso não estar ao pé de aquele doente, mas vou estar ao pé de outros, certamente. Porque não tenho, não tenho, não há espaço, não tenho onde ver, e a pandemia veio agravar todas estas situações, quer dizer, a pandemia, que devia ter sido um incentivo a que nós passássemos a fazer bem as coisas e, nomeadamente, a aproveitar aquela ênfase toda dada em melhorar os nossos serviços, nós mantemos o mesmo serviço que tínhamos antes, com o mesmo número de profissionais, mas três anos mais cansados, o que significa que todas as dificuldades que haviam antes, agora se mantêm e agora com mais o cansaço acumulado, e também cansaço dos doentes, e também cansaço dos familiares. Portanto, ahm, nós desde logo essa comunicação é muito pessoa dependente, isto é, o médico pode ter um grande interesse em falar com os familiares, até para perceber, coiso e tal, mas acredito que às vezes, há colegas que não têm tempo, não têm disposição. E isso é um atentado, entre aspas, aos direitos das pessoas que é o direito à informação. Mas o que é facto é que nós comunicamos mal, e as razões, não é uma, não são duas, são umas 50. Mas de facto, o nosso relacionamento, a nossa interface com os nossos clientes está muito má.

**Entrevistador: então quer dizer que uma das maiores dificuldades que eles possam sentir é a falta de informação?**

**E6:** É a falta de informação. Eu trabalhei no brasil e nós criamos uma coisa, que eu acho que funcionava muito bem. Mas o brasil não tem problemas de arranjar mão de obra, portanto, há muita mão de obra para trabalhar, e depois nós no brasil tínhamos uma grande aproximação com as universidades, pelo que a proposta que eu fiz quando cheguei aqui,

rapidamente me passou, porque não dava apontaram-me ao teto, e portanto, é assim. Foi criado um, não é um núcleo de voluntários é um núcleo de pessoas que vão desempenhar funções específicas a que nós chamamos, “posso ajudar”, isto é, as pessoas estavam e andavam pelo serviço, pessoas capacitadas, com formação em determinadas áreas, andavam com um equipamento semelhante aos nossos, mas a dizer “posso ajudar”. Era uma referência de pessoas, para que toda a gente que precisava de uma ajuda, via passar um daqueles, pedia aquela ajuda. Aqui nós não me parece que estejamos sequer neste momento, à procura de uma estratégia de informação. Não temos posto informativo, ah, não temos enfermeiros que cheguem para dar essa informação, porque eu não posso deslocar para dar informações, enfermeiros que são necessários para prestar cuidados. E, portanto, isto é, eu não sei sequer onde começa o problema, sei que ele é circular e em todos os sítios pode ser o início do problema, mas de facto eu quando cá cheguei propus uma coisa desse estilo “posso ajudar”, com alunos da faculdade de psicologia, alunos da faculdade de ciências sociais, ah, que quisessem vir fazer estágios aqui, por períodos de 3 meses e que quisessem vestir esse papel do “posso ajudar”. Nem que fosse num regime experimental para depois se criar eventualmente essa atividade, mas já me deixei disso.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E6:** Sim

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E6:** Nós encontraremos certamente algumas estratégias para lidar com o problema, eu não sou muito adepto de estar a criar estratégias para o problema genérico. Porquê? Porque as coisas fazem-se é na operação. Portanto, se eu tenho um problema genérico, crio uma espécie de uma solução genérica e depois na operação provavelmente, quer no dia-a-dia, quer no contacto com as pessoas, talvez não tenha as pessoas adequadas, talvez não...estou a falar de um problema genérico que une a todos, “os idosos ficam abandonados no serviço de urgência”, isso é um problema que afeta todos. “Então como é que vamos resolver isso? Arranjar uma equipa de pessoas que nahham...” está bem, depois quando se tratar da operação posso não ter as pessoas adequadas. Porque isto tem de ser uma atividade profissional, não pode ser uma atividade altruísta ou voluntária. Eu

não gosto de voluntários para nada, eu reconheço um grande papel nos bombeiros voluntários, mas há tarefas que têm que ficar alocadas a bombeiros sapadores, porque eu aos voluntários não posso pedir responsabilidades, mas aos sapadores posso. E, portanto, é muito isso, a estratégia tem que ser ter profissionais envolvidos e o voluntariado retira logo carácter profissional. Nós temos que agradecer àquelas pessoas por estar a dar comidinha na boca aos idosos e tal, mas se isso não correr bem eu não posso responsabilizá-los. Eu tenho é que ter uma área profissional de acolhimento das pessoas, em geral, e com diferenças para o acolhimento geriátrico, mas têm que ser profissionais e têm que cumprir normas, e essas normas terão que ser fabricadas com especialistas na área do envelhecimento e na área da geriatria.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E6:** Nós temos um grande deserto de ideias no que diz respeito ao acolhimento do idoso que só não é pior porque temos alguns profissionais, ou porque trabalham lá fora com idosos, ou porque... temos alguns profissionais que têm uma proximidade grande em relação aos idosos, ou até altruisticamente cada um de nós faz o que pode quando veem um doente idoso, independentemente de estar mais ou menos capacitado. Portanto, estamos no zero, estamos no zero do comportamento formal. A criação do gabinete de apoio é já um passo formal, ora um passo dado sobre o zero é sempre bom. A menos que ponham a trabalhar no gabinete do idoso, sei lá, terroristas ou gatunos.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E6:** Acolhimento. Na fase inicial acolhimento, fazer um período de avaliação do acolhimento, não é apenas acolher, é fazer uma reflexão sobre como estamos a acolher, focalizar o problema, perceber qual é o problema e, sobretudo, encontrar pelo menos duas soluções para cada problema detetado. Essa deve ser a primeira função do gabinete. Portanto, os resultados não serão visíveis desde logo junto do idoso, mas depois a solução tem que ser estrutural. Eu acho que a primeira questão é a reflexão sobre o acolhimento, ah, e esse acolhimento não pode envolver apenas o doente a acolher, tem que ser uma estratégia que envolva o doente a acolher e os profissionais que o acolhem, isto é, incluindo médicos, eles têm que ser envolvidos. Repare que nós estamos a tentar definir

uma estratégia para a violência doméstica e é claro que nós queremos acolher as vítimas da violência familiar, são vítimas muito específicas e muito fragilizadas. Mas se nós não acolhermos nesse problema, também os médicos que os vão ver, nós temos aqui um discurso completamente incoerente que acaba sempre assim: “entre marido e mulher não metas a colher”. E, portanto, ela continua sozinha, ainda que com a sua companhia durante um bocado, mas depois há de ir embora. E nós em relação ao idoso, temos também que, nesse processo de acolhimento, envolver os médicos que estão cá e que lhes vão tratar da doença.

**Entrevistador: e a nível da comunicação? Achas que esse gabinete podia dar alguma ajuda?**

**E6:** Certamente. Essas pessoas que vierem fazer parte desse gabinete de apoio, uma das coisas que têm que ter em mente, é que têm que ser a interface entre a linguagem técnica, e a linguagem de cidadania relativamente ao doente com fragilidades especiais.

**Entrevistador: e mais alguma coisa que considere importante para o gabinete?**

**E6:** Eu não gosto muito de objetivos dourados. Eu acho é que a criação do gabinete deve determinar quais são as suas funções e os seus objetivos. E como é que determina? Conhecendo os nossos idosos e as condições particulares a que vêm aqui. Claro que se nós formos à net, certamente encontraremos gabinetes de apoio terceira idade para a EDP ou para não sei quê. Aqui é uma situação muito especial. Repare que nós temos idosos, eu vou lhe dar um exemplo que é um exemplo que me tortura de certa maneira, que é o idoso que vem por recusa alimentar. Quer dizer que eu quando for idoso não posso recusar-me a comer? Atiraram comigo para o hospital? Você toma conta de mim, num lar, e eu não quero comer, é o terceiro dia, não quero comer, não me apetece, não quero. Eu não tenho o direito? Pegam em mim e poem-me no serviço de urgência? Temos muitas coisas para ver em concreto, e não no domínio da... eu sei que isso é um trabalho académico, mas o desafio que eu faço a todas as pessoas que precisam deste serviço para desenvolver o seu trabalho académico é, que ele seja, sair em bocado do chavão, é com a aplicação prática imediata e com transferência de conhecimento. O que é que eu também vou aprender quando você chegar com o seu gabinete de apoio? Esse gabinete de apoio há de ser um núcleo de pessoas profissionais, mas todos nós haveremos de fazer parte desse gabinete de apoio. Ahhh, se não for assim, criamos mais um...

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E6:** Não faço ideia. Faço ideia de que me dá um grande conforto dizer aos familiares e ao próprio gabinete, olhe temos aqui um gabinete de apoio e vamos colocar-lhe essa questão. Isso a mim, eu sei o efeito que isso causa em mim, pessoalmente. Não como doente agora, mas como médico, e também como doente, se eu tiver doente, acredite que eu fico mais confortável se, ah não, calma que temos um gabinete para isso quando manifestar uma preocupação e ter alguém próximo, disponível para falar comigo.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E6:** Enfermeiros e psicólogos e, sobretudo, acho que, para esse gabinete daqui a uns anos, ele ser uma realidade de a que estamos agora a perspetivar, que não há, devemos ter, ah, alunos aqui. Eu sou adepto de alunos a desempenhar atividades no mundo real. Porque esta rapaziada toda quando chegar a licenciado e agora com o mestrado integrado, ahh, já não quer saber disso para nada, quer dizer, quer, mas num determinado contexto, que é na academia, então vamos utilizá-los na academia. Quando eles já forem, eu sou mestre não sei quê, já não...trabalhar aqui? Não. Acho que há pessoas da psicologia muito uteis por causa da psicologia do comportamento, portanto da área do comportamento. Pessoas da sociologia, porque é até uma boa área de saída para a perceção destas pessoas envolvidas nas suas comunidades e o impacto que tem quando a gente as tira, não é? E os enfermeiros, acho que são essenciais.

**Entrevistador: e os assistentes operacionais, acha importante para a questão da companhia e da atenção?**

**E6:** Isso passam a ser as necessidades do gabinete, definidas pelo gabinete que é, que tarefas é que vão dar às pessoas que já cá estão. Às pessoas que estão aqui no seu dia-a-dia, o que é que lhes compete fazer na ótica do nosso gabinete? Não é? Não posso eu estar a dizer não, um assistente operacional, de acordo com este gabinete deverá fazer, não. O gabinete é que diz, temos assistentes operacionais, quantos temos? Para fazer o quê? Ok, então achamos que isto tem que ser uma tarefa do assistente operacional. Até porque é aí que se notam as maiores diferenças no contacto do serviço de urgência com os idosos, nós temos assistentes operacionais que são top a falar com os idosos. Melhores até que os resto dos profissionais que provavelmente estarão preocupados com a questão médica da coisa. Mas temos outros assistentes operacionais que contribuem para piorar, certamente, o doente.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E6:** O trabalho na urgência não tem horário, portanto são 24h por dia. Acho que justificaria a presença do gabinete de apoio 24h por dia. Claro que, porquê? Porque nós não estamos a falar de uma situação específica, ninguém é mais velho durante o dia que durante a noite, e ninguém tem mais necessidades durante o dia que durante a noite. E se tiver que funcionar por turnos eu acho que é mais útil à noite porque é quando eles desenraízam, porquê? Porque estão deitados numa maca e virados para a luz e a gente não pode fechar a luz. E, portanto, tudo isto são fatores físicos que contribuem para o isolamento dos idosos. Já viu o que é um doente com 90 anos completamente desenraizado a ouvir ais e uis e não sei quê, virado para uma luz, de barriga para cima, quer se mexer e não consegue e vai ficar com a luz nos olhos toda a noite. Eu acho que no mundo ideal era 24h por dia, mas se não poder ser 24, lamento muito, mas acho que esse gabinete, preferencialmente devia trabalhar à noite. Porque durante o dia temos muita gente para poder falar, temos cá as visitas, temos os familiares, o problema é à noite, que é quando se vai tudo embora. E ficam sozinhos os velhotes e ou outros doentes, vai tudo dormir.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E6:** Não faço ideia, temos que pensar. Não sei, não faço ideia. Eu acho que a atividade é para desempenhar o mais próximo possível dos doentes. A tranquilidade da definição da estratégia de cada dia ou da tática a usar em cada dia ou até do conforto de medidas a tomar, deve ser retirado... eu muitas vezes vejo doentes, que eu depois para pensar bem como é que planifico ou faço o plano terapêutico dos meus doentes venho para aqui. Está a ver? Porque isso é que eu estou a dizer, portanto, tem que ter as duas áreas, temos que ter uma área de conforto em que estamos a pensar sobre uma situação específica e como é que a gente resolve isso, mas também a questão da companhia e a questão da comunicação é lá.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E6:** Nós em Portugal temos uma, ah, penso que seja uma coordenação nacional, uma coisa assim, para o envelhecimento ativo, e eu olho sempre para isso com um ar um bocado até quase angustiado. Nós estamos a definir patamares de atividade relativamente ao envelhecimento, que é certamente muito altruísta, ah, mas depois quando a gente entra aqui nos serviços, a gente vê a distância a que está, no dia a dia, no minuto a minuto, ah,

a que distância estamos nós dessa estratégia, e o problema, não é essa distância, não é apenas a distância. Nós podemos definir uma coisa e estarmos muito distantes da realização, e o problema é que essa distância está a alargar, ou seja, nós cada vez temos mais técnicos de envelhecimento que não querem saber dos velhos para nada, e temos cada vez menos pessoas no dia a dia a querer saber dos velhos para alguma coisa. E eu aquilo que lhe posso dizer é que tudo o que nós falarmos sobre o abandono, nos serviços de urgência, que são serviços muito especiais e particularmente dos idosos, eu não preciso de lhe propor mais nada, basta estarmos a falar sobre isto e seguramente esse ambiente melhora quando o passarmos ao papel, nem que seja o anúncio do próprio gabinete. Esses assuntos só se resolvem quando a gente falar sobre eles. E, portanto, eu não lhe vou sugerir mais nada, as sugestões deverão ser os idosos a dar-vos. Os idosos é que nos vão dizer o que é que precisam. Eu tenho um bocado a noção do que eles precisam, que é não estar virados para a luz, não estarem de barriga para o ar e querem se virar e não haver ninguém à volta para eles se virarem. E, portanto, estão com dores porque têm uma úlcera de pressão ou porque estão em cima de uma anca que já doi. Eu isso percebo que são necessidades, mas essas, a gente ainda vai resolvendo se eles se queixarem muito, o problema são as outras.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E6:** Eu só tenho apreciação geral, não pelas intenções, que já sei que são boas, e, portanto, nesse ponto de vista, tudo o que é feito com boa intenção é louvável. Mas quando vir a sua apresentação, nomeadamente na área da transferência do conhecimento, e não apenas a transferência de conhecimento, é propostas com base no que fizeram a sua investigação. É aí que eu vou ver se valeu a pena ou não. Ah, nós somos um país onde fazemos seguramente em média, não tenho nenhuma base científica para isso, 380 diagnósticos para cada solução. E muitas vezes a solução, repare bem, que a única que foi encontrada não cabe nenhum dos 380 diagnósticos, quer dizer, também é preciso pontaria. O que é que eu espero do vosso trabalho e do seu em concreto? É que eu aprenda com ele e aprenda genericamente, que é o que é que daqui é passível de transferir conhecimento, para a realidade, para o dia a dia, para os serviços.

**Entrevista 7**

**Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 49 anos

**Género:** Masculino

**Profissão:** Assistente operacional

**Anos de Serviço:** 25 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E7:** Os desafios é o tentar primeiro identificar quem necessita de mais, mas, ah, uma necessidade mais premente de chegar mais perto das pessoas que estão a necessitar. Que é sempre o identificar aqueles que necessitam mais, para nós chegarmos perto deles, porque, uma: vão ser sempre mais doentes do que funcionários, não é, é impossível ter uma pessoa para cada doente, logo a necessidade é identificar, e o mais rápido possível, não é, uma: não só os casos mais emergentes, mas também aqueles que necessitam a parte que me pergunta do apoio do idoso. Porque muitas vezes não é a questão que o traz cá ser só uma necessidade em termos de saúde, porque se calhar 70% deles não é só por isso que vêm cá, porque muita gente é doente que repete as vindas à urgência e às vezes são outras coisas que estão por trás e não só o problema de saúde imediato que os traz aqui.

**Entrevistador: então quer dizer que os desafios da urgência é mesmo identificar esses doentes? na parte na triagem?**

**E7:** da triagem não porque a triagem baseia-se no conceito que é identificar uma prioridade, que neste caso acaba por ser baseada com a causa que o traz hoje, no momento, e não muitas vezes com o resto, não é.

**Entrevistador: então os desafios da urgência é mesmo identificar quais são os doentes que precisam mais?**

**E7:** neste caso, falando mais propriamente do doente idoso e do apoio aqueles que necessitam, sim seria esse.

**Entrevistador: e no geral?**

**E7:** no geral, desafios tem muitos, estamos a falar de pessoas, não é, de diferente grau etário de idade, e com isso também vem, vêm desafios diferentes. Depois, epá, temos sempre que pôr do princípio que toda a gente está mal, não é, daí que digo que a parte

importante é identificar quem mais necessita, porque primeiro que a gente lá chegue a eles, e depois a partir daí, começar a trabalhar em quem é que necessita de diferentes coisas não é.

**- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E7:** Os principais vai ser sempre o mesmo, que toda a gente quando aqui chega, chega num estado em que espera que aqui chegue e que passe para aquilo que o traz cá e que cheguem sempre primeiro a eles, porque quem cá chega pensa sempre que está pior que os outros. Depois aí temos diferentes personalidades das pessoas, não é, há quem seja mais apelativo, há quem seja menos, há quem necessite mesmo e há quem não necessite. Muita gente chega aqui porque não tem ninguém em casa e aqui tem sempre alguém. Nem que seja para lhes dar água, nem que seja para lhes dar conforto, nem que seja para dizer está quieto.

**Entrevistador: então e quando fala com pessoas que sabem que trabalha cá no serviço de urgência, o que lhe dizem?**

**E7:** aí vai ser sempre: aí aquilo é uma loucura, não é? Porque em teoria isto vai ser sempre o, como se costuma dizer, uma zona de guerra, porquê? Porque vai haver sempre gente que quando aqui entra vai sempre estar à espera que vai estar sempre pessoal. Eu não venho para aqui à espera de encontrar isto vazio. E depois é, quando aqui entro tenho que pensar que venho cá para fazer alguma coisa, não é para estra aí encostado. Venho preparado para tudo. Quando aqui chego venho preparado para tudo e quando digo para tudo é para ajudar naquilo que for preciso, já quase como filho, como neto, como irmão, não como marido que isso dava confusões (ri). Mas como todas essas coisas, porque muitos que aqui vêm, muitos é só por uma palavrinha. Não é à procura de gorjeta que eu ando a fazer isto.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E7:** Isto é assim, toda a gente precisa. Os idosos, o problema dos idosos, é que quem aqui chega não traz só um problema de base, traz muita coisa, não há nenhum idoso que venha só aqui e que tenha uma doença, normalmente já vêm com muita coisa. E depois, se eles não tiverem apoio, não tiverem nada, pois... porque um dos problemas grandes é, depois de se identificar o que se passa com a pessoa, quantas vezes estamos perto deles? O contacto não é assim tão próximo, quantas vezes lá chegamos perto deles? Portanto esses,

num turno de 8 horas chegamos 4 vezes, e às vezes porque vemos que eles, ou estão a querer se jogar da cama abaixo, outras vezes porque é para lhes alimentar, para lhes dar água e às vezes temos que lá chegar porque eles nos chamam duas ou três vezes e nós lá temos que estar a pedir a um para esperar e vamos fazer isso e para adiar as tarefas que estamos a fazer para lá chegar.

**Entrevistador: então acha que eles requerem mais atenção?**

**E7:** Toda a gente requer mais atenção, que vai ao princípio daquilo que eu disse, que vão ser sempre mais doentes do que funcionários, e é um rácio muito grande, e que quem gere pensa num número, e o número obedece a custos, e quando se gere nessa base, vai haver sempre um défice para quem cá está. E normalmente o último degrau da pirâmide acaba por ser o doente. Porque o tempo que nós dispomos para cada doente, muitas vezes não é aquilo que seria conveniente, porque merecer seria, o ideal seria estar alguém ali de roda dele e dar-lhe o apoio e o conforto que ele precisa e necessita, não é.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E7:** Muitas vezes acabam por estar um bocado isolados, porque não, nós, é aquilo que eu digo, muitas vezes chegamos perto deles para lhes fazer tarefas, uns para lhes dar comida, e outros para lhes dizer para não se jogarem da cama, outros para lhes alimentar, para essas coisas todas, e nem sempre é para, e quando chegamos perto deles para isso, que é o que eu digo, temos que adiar tarefas que temos a fazer normalmente, para fazer isso. Depois já tudo depende da maneira que cada um tem em termos de estarmos ansiosos nós também, não é. Eu no meu caso sou muito tranquilo.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E7:** Isto é assim, neste momento, por exemplo, ainda ontem a falar com uma pessoa que por exemplo a parte do voluntariado que havia de vez em quando, em que havia umas senhoras e uns senhores para dar um pouco desse apoio, e desde a pandemia nunca mais existiu, né, ou seja, e algumas dessas pessoas eram elementos muito válidos, porque podem dar um bocadinho de tempo a esses doentes, que às vezes nós não podemos estar ali a dar aquele apoio. Porquê? Porque ou temos de estar a prestar cuidados que são diferenciados conforme o tempo que temos para cada um deles, e basicamente é isso.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E7:** O que eles mais perguntam é quando é que podem ir embora, quando é que vem o medicamento para as dores. O que tem fome é quando é que é a hora da comida? Aquele que tem sede, a hora de beber água, coisas do género. Porque aqui há quem chegue a vomitar e pede comida a seguir, ainda está com o saco de vômito e já está a pedir comida. Muita gente vem cá e a primeira refeição do dia, vem fazer aqui.

**Entrevistador: então quer dizer que as necessidades deles são as básicas?**

**E7:** São as mesmas que toda a gente, não diferente de uma forma. E conforto, uma cara amiga, um sorriso, um olhar.

### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E7:** Primeiro devia de haver uma parte do gabinete própria para isso. Essa informação tem que ser dada por alguém que tenha formação para isso e alguém que possa dar essas informações.

Acho que na maior parte das vezes, se calhar nem decorre, porque há pessoas que ficam cá e não sabem, não têm informação, o familiar também pouco.

**Entrevistador: às vezes até nem têm informação da alta.**

**E7:** É isso mesmo, mas também muitas vezes acaba por ser mais, em termos da parte médica que acaba por ter mais essa função e delega isso para outros. Quando essas informações são médicas mesmo. Eu estou proibido de dar essas informações e de toda essa parte.

**Entrevistador: há outras informações que pode dar? Como: “olhe está só à espera para fazer exame”. Essas pode dar?**

**E7:** o que eu posso dar, quando tenho hipótese de dar é, se tenho essa informação de exames, é a única coisa que eu posso, nada mais, nem resultados de exames, porque nem tenho acesso e outra porque, se abrir o meu perfil no ALERT, só me aparece os exames que a pessoa tem para fazer, se aguarda um exame de TAC, ecografia ou se tem um raio x para fazer. De resto, estou bloqueado de tudo o resto.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E7:** Enquanto familiares e cuidadores, é a informação escassa ou inexistente. Ou seja, eles às vezes têm que trabalhar um bocado para essa informação. Porque se vão ao médico, o médico nem sempre está disponível para isso, se recorre ao enfermeiro, o enfermeiro tenta muitas vezes dar, mas muitas vezes tem que dizer, isso tem que ir falar com o médico. Isso é informação médica.

**Entrevistador: ou seja, as maiores dificuldades deles é mesmo a questão da...?**

**E7:** o acesso à informação, e depois outra coisa é que muita gente não gosta de dar informações, muita gente não gosta de falar com familiares, muita gente não gosta de...

**Entrevistador: De dar as más notícias?**

**E7:** acho que eles fogem um bocado a isso, se meter aí um dia para os familiares virem cá falar com os médicos, você vai ver que os médicos, se for a partir das 9h, eles vão aparecer à 10h.

**Entrevistador: para não falarem?**

**E7:** Epá já encurtou uma hora. ~

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E7:** Há sempre espaço para melhorar, basta querer.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

Se meterem mais elementos, vai ver que há muitas coisas que se fazem hoje, mas que se calhar, poderia se fazer melhor. Acho que a falta de profissionais, os números de funcionários por turno estão ultrapassados, não se pode estar a pensar em querer que isto seja o cartão de visita, este hospital aqui do algarve em que se mete aqui com, como um cartão de visita aqui para o turismo, e depois temos aqui um hospital que trabalha, em termos físicos é o mesmo que trabalha há 30 anos e depois querer que isto seja de topo quando depois investe-se muito pouco no resto. Quando se calhar começamos a pensar que há interesses por trás que isto continue a ser um bocado o acesso mais difícil e as pessoas a esperarem um bocado mais do que aquilo que deveriam para quê? Para recorrer ao resto? Mas isto sou eu a falar e sem medos, não devo nada a ninguém.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E7:** Isto é assim, criar esse gabinete seria positivo, mas sem o resto não dá. Porque criar esse gabinete, se continuam a trabalhar as mesmas pessoas, continuam a trabalhar da mesma forma, no final não há muito ganho nisso, tem um gabinete, mas as pessoas vão ter os mesmos problemas.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E7:** É assim, já houve ideias nessa parte, não do apoio do idoso, mas em parte de que era o gabinete de apoio, seria uma parte em que haveria alguém tirava uma listagem de doentes e que e depois iriam falar com familiares e essas coisas. Mas por exemplo, havia uma coisa que existe e que, por exemplo, não é feito, os tempos de espera eram para ser afixados na sala de espera e não são afixados.

**Entrevistador: ou seja, dar uma estimativa do tempo de espera?**

**E7:** É assim, as pessoas quando cá chegam deveriam de, é isto a triagem dá um diagrama com os tempos de espera em termos das cores, para as pessoas terem a ideia de que se têm uma prioridade urgente que seria uma cor amarela que seria até uma hora, se tiver muita gente à espera, muitas vezes não podem ser vistos naquela hora. As pessoas às vezes sabem disso, mas não sabem que às vezes está pessoal à frente deles que já chegaram primeiro e, no entanto, continua aquele problema que é a pessoa pensa que quando cá chega tem que entrar, depois também aquela coisa que é, “ah eu cheguei de ambulância, tenho que ser visto já”. Mas isso também é um pouco mentalidade das pessoas.

**Entrevistador: então e se fizéssemos esse gabinete, quais é que deviam ser os objetivos?**

**E7:** Teriam que, nalguns casos, por exemplo tentar resolver alguns casos desses dos doentes que aqui chegam e que são mais casos sociais do que outra coisa e arranjar-lhes um sítio que não a urgência, porque um doente desses não pode estar aqui a ocupar uma cama e tempo, e tempo e tempo à espera que resolvam o caso social que é uma coisa que não tem a ver com a urgência, a urgência basicamente seria: chega alguém, tem um problema, resolvê-lo se for uma coisa de resolução, se for uma coisa para estabilizar e tal, a partir daí é para encaminhar para outro lado, a urgência seria, falando simples e conciso, seria chegar aqui, identificar, estabilizar e partir daí encaminhar para o lado que seja, seja

uma especialidade, seja um...não pode vir aqui alguém porque a família não o quer em casa, ou alguém que não tem família e vive sozinho, ou alguém que...

**Entrevistador: então esse gabinete devia de apoiar essas pessoas?**

**E7:** Não sei se seria de apoiar, mas pelo menos um elo de ligação com a parte dos coisas, isso depois seria competências diferentes, um gabinete desse já é competências diferentes, mas ter um elo direto para isso depois de identificar e seguir e acompanhar essas coisas.

**Entrevistador: E mais?**

**E7:** E mais? Um dos problemas grandes aqui seria que isto aqui, o serviço de urgência é essas coisas todas que eu digo, a partir do momento com isso, também tem outra coisa que é os doentes ficam internados aqui e não havendo vagas nos pisos, o doente é doente da urgência e de um médico durante aquele turno, não é retido depois por aquele médico, então é como se fosse uma terra de ninguém.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E7:** Primeiro era identificar os critérios do que é que seria para esse gabinete para identificar e ao mesmo tempo para começar a fazer alguma coisa e a partir, pois o espaço físico não sei se seria viável ser aqui, mas teria que ser num lado qualquer.

**Entrevistador: sabe algum espaço físico? Acha devia ser algum espaço para o lado de fora?**

**E7:** isto é assim, não tem que existir um espaço físico, porque o doente está aqui e o que interessa é o doente, tem é que fazer com que andemos à volta do doente e não ao contrário, senão estamos a esquecer do doente e estamos a andar aí a pôr os familiares a ir falar com outras no edifício ou numa sala qualquer, quando o que interessa é doente e o que está ali. Focar na pessoa, se a pessoa precisa de.. porque o gabinete sim senhora, apoiar o idoso, ou seja, o que for, todos eles precisam, todos eles precisam, nem que seja para dizer olá. Uns porque se expressam, não se conseguem ouvir, outros porque têm dificuldade em falar outros porque não falam.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E7:** Teria que haver sempre alguém que tivesse da parte social para depois encaminhar quem precisasse de apoio, nem que fosse, porque há muita gente que vem aqui, apoio económico tem que, dessa parte, alguém que desse as notícias que não querem dizer aos familiares e terá que ser alguém da parte médica ou alguém da parte de enfermagem, não estou a ver os administrativos a tomarem parte disso.

**Entrevistador: e alguém para satisfazer as necessidades básicas?**

**E7:** As necessidades básicas, mal ou bem são todas atendidas, aqui ninguém morre de fome nem ninguém morre de sede aqui. Agora a gente às vezes costuma dizer que a gente aqui temos, damos, curamos todos os males menos os males da alma, aí essas necessidades, se calhar alguém com, mais termos de cariz psicológico para essa parte. Que não sei, o psicólogo é para outras coisas e não para isso. Há pessoas que são formadas nisso, então se eles quiserem poupar dinheiro podem colocar alguém assim.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E7:** Isto é assim, não vou dizer para ser 24h, embora as pessoas estão cá 24h, mas não pode ser como escritório, seria fosse a trabalhar 12h. talvez das 10h às 22h, porque quem vem cá antes, quando os turnos começam às 8h acho que há informação que se passa da noite para a manhã e depois de se orientar as tarefas mais prementes, depois a partir daí acho que há sempre um pouco de tempo para discutir alguma coisa que possa ser, que necessite de passar para um gabinete desses.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E7:** Agora que me lembre assim não, também fui apanhado um bocado a laço, não é.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação?**

**E7:** Isto é assim, tudo o que seja para trazer algum benefício para os doentes, para mim é bom, porque no final, a gente está aqui por causa dos doentes, não é pelo ordenado, porque eu ganho ordenado mínimo depois de 25 anos de estar aqui. Se não fosse por ter bastante gosto por isto, já tinha ido embora.

**Entrevistador: Porque vocês, o vosso trabalho enquanto assistentes operacionais é duro.**

**E7:** Isto é assim, psicologicamente temos o mesmo poder de encaixe que toda a gente que aqui trabalha, em termos físicos, se calhar temos um pouco mais puxado que outras classes profissionais, logo tem que haver um bocado de poder de encaixe para aguentar isto tudo. E chegar aqui um bocado tranquilo é preciso também ter...

**Entrevista 8**

**Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 46 anos

**Género:** masculino

**Profissão:** enfermeiro

**Anos de Serviço:** 25 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não. Assim o contacto mais próximo que eu tive, eu antes de trabalhar na urgência trabalhei 6 anos no serviço de medicina. Foi os dois únicos serviços que trabalhei neste hospital. Não tenho nenhuma formação específica na área.

### **Desafios do Serviço de Urgência**

#### **- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E8:** Eu acho que o principal desafio que o serviço de urgência tem é ser simultaneamente uma porta aberta para a comunidade, e é essa a génese, ah, de um serviço de urgência, e ao mesmo tempo ter que ter uma capacidade de resposta para o próprio hospital. O que é que eu estou a querer dizer com isto? Nós temos uma porta aberta para a comunidade, para doentes em observação com uma capacidade de resposta ilimitada, nunca sabemos quantas é que vão entrar por aquela porta adentro. Ao contrário de qualquer serviço que está balizado por uma lotação, isso aqui não existe e, ao mesmo tempo, tudo o que é doentes que teriam critério de internamento, mas que não há vaga no piso, ficam no serviço de urgência. Portanto esse é, na minha opinião, o principal desafio, com os mesmos recursos humanos, conseguirmos ter doentes internados e doentes em observação. Só para ter uma ideia, nós neste momento temos 40 doentes internados. Se calhar temos mais doentes internados no SO do serviço de urgência do que qualquer piso de serviço do hospital, ou muito similar a um serviço de medicina que se calhar tem 40 camas também. Portanto acaba por ser um serviço de internamento, dentro de um serviço de urgência. E isso obviamente que acaba por ah, gastar recursos, não é? Recursos humanos que são necessários para os cuidados para este tipo de doentes, cuidados de saúde inerentes a estes doentes internados. E os equipamentos também, imagine 40 macas, ah, que estão retidas com doentes internados, são 40 macas que não circulam para a comunidade e para as ambulâncias que vêm trazer doentes acamados ou que necessitem de ficar em repouso ou algo do género. Esse é o principal desafio. Outros desafios, o

desafio que está relacionado com o seu próprio trabalho, que é o envelhecimento da população em geral, do ponto de vista de doente crítico, as coisas até funcionam relativamente bem, o grande problema aqui é o circuito do doente crónico, ahm, os tais chamados hiper utilizadores ou super utilizadores, pessoas com mais do que 4 episódios de urgência num mês, por exemplo, são os tais hiper utilizadores, o tipo de doentes que nós temos, os doentes isentos, que recorrem aqui muito, ahm, muitas vezes isso está relacionado com, eu não digo que sejam lacunas dos cuidados de saúde primários, eu acho é que há aqui, ahm, uma interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, que se calhar carecem de outro tipo de agilização. E acho que é isso, daquilo que vejo de uma forma sumária, obviamente que podia ser muito mais específico e falar de outros assuntos, mas estes são os principais.

**- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E8:** Principalmente isso nota-se muito nos colegas, se você reparar o serviço de urgência acaba por ser um serviço que tem quase 3 entradas, há muitas pessoas que nem sequer pertencem ao serviço e circulam muito aqui dentro e, pronto às vezes é isso, as pessoas passam aqui e obviamente que também temos turnos bons, mas essa é a exceção, a regra é o que você viu aqui quando entrou hoje, esse é o nosso estado de arte normalmente. E o comentário das pessoas é sempre este: “Ai a urgência, aquela loucura, como aquilo está, meu deus”, ah, mas pronto, eu costumo dizer isso acaba por ser às vezes aqueles comentários típicos, um pouco terceiro-mundistas, sabe, há sempre muita reatividade, mas depois carece de alguma proatividade em relação a isso. Não só dos outros funcionários porque eles não têm qualquer tipo de ação ou de resolução em relação a essa problemática, mas se calhar a quem de direito também.

**Entrevistador: então e fora do hospital? Os utentes ou os familiares?**

**E8:** Fora do hospital, ahm, eu sou de Faro, eu sou de aqui, eu sou dos poucos enfermeiros que sou mesmo daqui da terra, ahm, é um pouco ambíguo, as opiniões são um pouco ambíguas, tenho pessoas que me dão feedbacks muito positivos em relação às experiências que tiveram e aos próprios serviços. Eu acho há serviços que têm muito boa reputação lá fora. O hospital pode ter a sua imagem, ahm, mas há serviços que têm muito boa reputação lá fora, eu tenho noção disso pelos comentários que me fazem, e há pouco tempo o meu pai foi aqui utente, e eu não tenho nada a dizer, antes pelo contrário, fiquei enquanto familiar, enquanto pessoa próxima daquele utente, o meu grau de satisfação foi elevadíssimo relativamente aos cuidados de saúde que lhe foram prestados. depois há

outros serviços que ainda não conseguiram atingir esse patamar de excelência, por, é multifatorial, às vezes não é só um problema de liderança ou um problema de organização, às vezes desculpa-se muito com um problema de estrutura, repare, este é um serviço, ahm, isto é um edifício que foi pensado nos anos 60, que foi pensado do ponto de vista arquitetónico, foi contruído em 1968, mas com uma planta de 1960. Obviamente que uma estrutura arquitetónica de 1960 não ajuda, nem é benéfica para as necessidades que nós temos hoje. Mas a estrutura não pode ser a desculpa para tudo. Acho um pouco isso, agora a comunicação social também um pouco a imagem que os hospitais têm. Você repare que raramente ouve falar, ouve na comunicação social, alguém falar mal, por exemplo, de um hospital que se calhar é uma referência a nível nacional, que é o São João. Você raramente ouve falar mal, porque será que eles são mesmo assim tão bons? Será que a relação com a comunicação social não será diferente? Ou não será mais controlada? Às vezes também há alguns interesses em que a imagem de determinadas organizações sejam beliscadas. E às vezes, enquanto funcionário aqui desta casa, sinto que há situações que realmente têm que ser melhoradas, mas há outras situações que são híper valorizadas e são lhes dada importância, se calhar a mais do que aquilo que na realidade da situação o é.

**Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E8:** Sim, é completamente diferente o grau, para já com uma idade mais avançada a probabilidade de haver um nível de dependência maior é grande, e do ponto de vista de tempo, porque às vezes também se fala de tempo disponível para as pessoas. Trabalhando num balcão de enfermagem como este aqui, que é um balcão mais movimentado, o balcão com mais produção de trabalho, se assim se possa dizer, ah, é completamente diferente o tempo que nós dispensamos para um doente idoso, se nós fizermos enfermagem, estou a falar agora enquanto enfermeiro, mas posso falar das duas formas, se nós fizermos um enfermagem direcionada ou centrada num doente e não centrada no procedimento, porque é o que acontece muitas vezes, temos um computador com uma serie de alertas, com medicações para fazer, ah, com colheitas para realizar, são muitas, ah, acabam por ser muitas, são interdependentes, não são ações autónomas dos enfermeiros, são interdependentes, e às vezes dá-se muita importância a essas intervenções, ah, e, não se vê o doente como um todo, e os doentes idosos acabam por sofrer um pouco isso. O doente idoso às vezes acaba, por nós acabamos por privilegiar um pouco essas

intervenções interdependentes, medicação, o sangue e não o resto. O que é eu estou a dizer com o resto? Estou a dizer um doente que precisa de uma boca mais hidratada, estou a dizer um doente que vem com um penso, que se calhar já não vem em boas condições e que precisava de ser feito, mas não há tempo para o fazer. Não sei se me estou a fazer entender, ver o doente holisticamente, como um todo, aquela vertente biopsicossocial.

**Entrevistador: Isso vai um bocadinho dentro da humanização de cuidados, não é?**

**E8:** Sim, sim. Aqui às vezes faz lembrar um pouco, não gosto de fazer esta comparação, mas você está a ver um pouco o que é que é uma linha de montagem, que é a pessoa chega, senta-se, sangue, medicação, próximo, senta-se sangue medicação, ah, porque a demanda é grande e os recursos nem sempre são os suficientes para a procura que existe. Então a gente começa a ver aquilo ali a acumular-se, pessoas que já foram avaliadas pelo médico e têm duas, três horas de espera para colher análises ou fazer medicação, as coisas começam a entrar numa rotatividade muito grande, e aquele que seria um cuidado, ah de saúde mais humanizado, mais centrado no doente, ah, eu não estou a dizer que seja sempre, o problema é que às vezes as pessoas habituem-se a trabalhar neste formato, um formato de guerra. Depois não sabemos trabalhar em paz e depois acaba por uma exceção transforma-se em regra numa facilidade brutal. E a maior parte deles imagine quem entra agora é integrado neste tipo de condições, neste tipo de situação, então se calhar para eles isto é a normalidade e não é.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E8:** Trabalhar aqui todos os dias é fazer com que nós, ah, acabamos por testemunhar sentimentos muito maus, não é, trabalhamos todos os dias com morte, com dor e com uma coisa que me incomoda pessoalmente, que é o abandono, ah, não sei se tem a noção do número de casos sociais que nós temos aqui todos os dias de pessoas que as famílias não têm condições para os ter, ou então há uma alteração clínica no doente que interfere com a sua capacidade, deixam de ser independentes, passam a tornar-se mais dependentes e a família a partir desse momento deixa de ter capacidade para os ter em casa e isso é algo que acontece com muita frequência. E, felizmente, nós temos um serviço social, que trabalha relativamente bem nesse sentido, mas há muitas situações dessas, de pessoas que não têm acompanhamento familiar em casa, ou então ficam sozinhos em casa mesmo até às últimas e às vezes quando chegam aqui ao serviço já vêm em condições nutricionais, de higiene bastante reduzidas. E é aquilo que eu noto assim mais, quedas, ah, temos

muitas pessoas, pronto, às vezes este rastreio tem que ser feito, aquela pessoa que num espaço de 3/4 semanas vem ao serviço de urgência por quedas, alguém tem que fazer alguma coisa sobre isto. Isto tem que ser reportado, nem que seja o pré-hospitalar tem que reportar isto, não pode continuar, alguém tem que fazer alguma coisa por esta pessoa.

**Entrevistador: então estamos a falar de solidão?**

**E8:** é sim, eu noto pessoas em idade avançada, muitas delas casais ou pessoas sozinhas que são muito ajudadas por, talvez porque as pessoas têm algumas dificuldades económicas e não conseguem outro tipo de suporte, às vezes a comunidade não consegue chegar a todo o lado, os serviços de apoio domiciliário e outras organizações sem fins lucrativos que não conseguem chegar a todo o lado. Eu aqui acabo por testemunhar muitas pessoas que já carecem de alguma dependência nas suas atividades de vida diárias, a higiene, a alimentação, mobilização, eliminação. Ah, e vivem um pouco à custa da solidariedade dos vizinhos, dos amigos, noto muito isso, incomoda-me um pouco. Incomoda-me um pouco isso, a gente somos empáticos e não sabemos o que é nos espera no futuro e às vezes penso muito isso.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E8:** Isto acaba por ser um pouco como falamos há bocadinho, um pouco multifatorial, no sentido em que além das limitações físicas, muitas pessoas com demência, cognitivo também, nota-se muito. Sabe que eu tive aqui um interregno, tive 5 anos fora, estive fora entre 2014 e 2019 e quando voltei essa foi uma das principais coisas que eu notei no serviço de urgência, em primeiro lugar notei pessoas com idade mais avançada, ah, noventas, cem anos, noventas e tal anos. Isso era uma coisa que eu nunca encontrava aqui, em 2011, 2012 quando aparecia alguém com 90 anos era mesmo exceção. Depois a segunda coisa que eu notei, foi realmente a tipologia dos doentes, mudou. Ah, obviamente que há concorrência, a concorrência privada, então nós acabamos por ter muito este tipo de doentes que estamos aqui a falar agora, ah, também outro tipo de doentes com outro tipo de problemática toxicodependência, alcoolismos, os tais isentos que nós falamos que são híper utilizadores da casa, ah, muitos emigrantes também ultimamente. Portanto foram essas alterações que eu notei na tipologia de doentes. Agora doentes com idade mais avançada, mais dependentes, com mais alterações cognitivas. Estou a dizer isto empiricamente, não tenho nenhum estudo que comprove isso.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E8:** Aquilo que eu sinto é na hidratação, eles precisavam de mais atenção nesse sentido, precisavam de uma presença mais contínua de profissionais nesse sentido. Obviamente que as pessoas fazem aquilo que conseguem e aquilo que podem não é por falta de vontade, ah. Depois há aqui uma coisa que nós não pensamos muito, mas é importante, que é, as pessoas às vezes ficam aqui 12/14/ 20 e tal horas muitas vezes, não é, e as luzes constantemente acesas, nunca se sabe quando é que é de dia e quando é que é de noite, que horas são, que horas não são.

**Entrevistador: a questão também do ruído.**

**E8:** o ruído, é muito ruído, é serviço bastante barulhento também, e outra coisa muito importante, é na mobilização. Nós ir lá sempre posicionar os doentes de 3 em 3 horas, mas 3 horas pode ser suficiente e não é suficiente para mim, pela minha condição clínica, pelo meu estado de emagrecimento, pelos meus topos ósseos, e as pessoas também pedem muito para se voltarem e nem sempre é possível ser logo no imediato, às vezes só é possível na hora que está agendado realizar esse tipo de procedimento, mas pronto, tentamos sempre, ah, cumprir dentro das nossas possibilidades.

**Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua percepção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E8:** Ah, nos, ah, em contexto pandémico, foi criado aqui dentro um grupo de informações, constituído por enfermeiras, elas próprias com uma idade mais avançada, com algumas limitações físicas, mas pessoas com muita experiência. E pronto, no contexto pandémico as famílias não podiam entrar cá dentro, não é? E então, e eu notei pessoalmente do ponto de vista comunicacional, ah, era extremamente satisfatório e notava-se a satisfação das famílias, na presença desses elementos. Eu próprio, não aqui neste hospital, mas num hospital do Centro em que tive um familiar lá que foi utente, tive a possibilidade de participar nesse processo enquanto utente e saí extremamente satisfeito. Eu nunca me apresentei como enfermeiro e o meu colega foi extraordinário. Eu acho que é uma mais-valia os hospitais que conseguem ter a possibilidade desse grupo de informações à família ou pessoa significativa. Não havendo essa possibilidade, como você viu, ah, uma porta aberta e do ponto de vista de legislação não o doente internando, porque esse tem horas específicas para visitas, mas o doente que está em observação tem direito a estar sempre acompanhado, portanto nunca, a não ser em casos de exceção ou de segurança do serviço

ou de privacidade de algum doente é que podemos pedir para alguém sair e isso faz com que muitas vezes, os familiares estejam muito presentes ao pé dos doentes. Tem aspetos positivos e tem aspetos menos positivos. Os aspetos positivos é as pessoas serem integradas na prestação dos cuidados ao próprio doente, apoiá-los e auxiliá-los a algumas atividades de vida, como aquela que acabamos há pouco de falar. Mas por outro lado, ah, acaba por ser mais no contexto de trabalho que nós temos aqui, ah, imagine há um enfermeiro aqui deste balcão que tem 20 doentes, normalmente cada enfermeiro daqui tem 20 doentes atribuídos, começa com 20 e vai acabar com outros 20, ah, são muitas solicitações, são muitas interrupções, é muito multitasking, ah, a probabilidade de erro é enorme. E nem sempre há o tempo para essa comunicação ou para essa relação terapêutica, obviamente que tentamos fazer, há coisas que têm que ser mesmo feitas, nomeadamente os ensinamentos, alguém que sai daqui algaliado, alguém que sai daqui com um determinado tipo de dispositivo médico que carece de ensino, ou uma condição clínica nova que careça do ensino, isso é sempre feito e nós já temos do ponto de vista informático tudo feito para imprimir e fazer esse ensino *in loco* à família e ao doente. Mas às vezes determinados tipos de informação, ah, que a pessoa necessite, carecia de alguma melhoria e de tempo.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

#### **- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E8:** A principal dificuldade é, para nós que trabalhamos aqui, isto acaba por ser o nosso dia-a-dia, ah, mas para quem vem de fora, quem não está habituado a este mundo, acredito que seja, ah, é um pouco difícil nos estarmos a ver um familiar nosso deitado numa maca com uma situação de desequilíbrio do seu estado de saúde, isso por si só já destabiliza a pessoa emocionalmente, depois todas as outras características, o ruído como falou, ah, a falta de tempo, ou às vezes a não total disponibilidade para o esclarecimento de alguma dúvida, às vezes a linguagem verbal e não verbal menos adequada, é logo um rastilho para o conflito. Portanto é um ambiente facilitador nesse sentido, para o conflito, obviamente que isto depois depende da personalidade e habilidade de cada profissional de saúde para conseguir contornar isto, depois temos aqui o fator social, ah, a população algarvia não é propriamente fácil, as abordagens iniciais nem sempre são fáceis de conseguir encaixar e contornar, há pessoas que conseguem ter essa capacidade e há outras que nem por isso. Acho que a formação é bastante importante nisso, formação sobre

atendimento ao público sobre gestão de conflitos, acho que é uma mais-valia para contornar esse tipo de situações, mas continuamos a ter algumas. Em todas as classes profissionais, não vou dizer que são uns mais do que outros, não, são todas.

**Entrevistador: E os familiares que estão do lado de fora? Acha que é fácil chegar ao doente?**

**E8:** é aquilo que lhe disse, os que estão em observação não é difícil chegar ao doente, neste momento pós-pandémico, não é difícil chegar ao doente, tem o direito de entrar, às vezes até permitimos que saia um e entre outro, desde que seja só um, mais do que um não, até porque nem a lei nem as condições do serviço permitem. Mas o doente que está internado, que tem horas específicas de visitas, como é o caso do internamento, pois aí acredito que muitas vezes tenham algumas questões, algumas dúvidas, a maior parte das dúvidas, muitas vezes, são dúvidas clínicas, não, é raro você ver um familiar que queira saber se, imagine, se o familiar almoçou bem, ou se comeu a comida toda, ou se a eliminação teve alguma alteração, normalmente é sempre a vertente clínica, e aqui nesse sentido, os doentes estão normalmente lá em baixo na medicina interna, a especialidade médica, são os médicos, e normalmente o posto de trabalho deles é lá nesse setor, portanto, desse ponto de vista é acaba por ser um pouco fácil essa informação.

**Entrevistador: então e imaginando um familiar que está a trabalhar?**

**E8:** Isso posso lhe dar, isso as horas estão estipuladas, mas há sempre exceções. Posso lhe dar outro exemplo, temos pessoas que estão aqui e o filho é do porto e soube que o pai ficou internado e só conseguir chegar ao hospital às 10 da noite, obviamente que perante isso nós conseguimos abrir uma exceção para o filho conseguir vir visitar o pai nem que seja 10 minutos 15 minutos, não vai conseguir ficar uma horas, mas não somos fundamentalistas nesse aspeto, ah, e o mesmo se coloca com a questão que fez, que se por motivos profissionais, é um trabalhador por turnos, por exemplo, normalmente o chefe de equipa de enfermagem permite sempre, a não ser que haja algo de grave.

**Entrevistador: e se ele quiser via telefónica falar com alguém?**

**E8:** aí a pandemia veio mudar um pouco isso, não é, posso lhe dizer que no conceito pré pandémico ninguém dava informações via telefone. Na pandemia as coisas, pronto, foram diferentes e neste momento ainda, apesar de estarmos em período pós-pandémico ainda se dá informações por telefone, ainda é possível, não lhe vou dizer que está escrito.

**Entrevistador: é importante a informação dos doentes por telefone porque há doentes que entram num estado que ninguém sabe de nada sobre eles.**

**E8:** sim às vezes, os pedidos de informações são bastante precoces relativamente à chegada do doente ao serviço, ainda o doente não está estabilizado, ainda não há resultados de exames complementares de diagnóstico, e já temos famílias a perguntar sobre a situação clínica do doente, o que não inviabiliza que possa ser dada, se está estável, se não está estável, quais são as hipóteses de diagnóstico que o médico está a considerar ou do ponto de vista de enfermagem o que é que pode ser transmitido à família. Isso pode ser considerado, mas sim existem alguns pedidos de informação precoces.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E8:** Sim, considero, considero.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E8:** Eu acho que nós neste momento estamos a trabalhar nesse sentido, ah, nós temos uma triagem de Manchester, como sabe, em que acaba por priorizar as pessoas por prioridade clínica, se assim se possa dizer, tem tempos alvos anexados a cada prioridade, só que depois tínhamos aqui um problema, é que nós triávamos as pessoas separávamos por prioridades, mas depois elas eram todas afuniladas no mesmo circuito. Eram todas vistas pelos mesmos médicos pelos mesmos enfermeiros. E neste momento esses circuitos estão a começar a ser definidos. E o que é que isto cria? Nós ao termos circuitos definidos começamos a ter áreas dedicadas também definidas e ao ter áreas dedicadas definidas, os doentes acabam por não estar tão dispersos e isso acaba por ser vantajoso até mesmo para o doente idoso que está numa maca e acaba por ter um enfermeiro responsável que está alocado numa área específica e que está balizada. Não sei se me estou a fazer entender, eu estou constantemente perto do doente, eu não me ausento, fisicamente não me ausento do doente, portanto eu consigo estar mais atento às suas necessidades, riscos de queda, necessidades de hidratação, necessidades de mobilização, necessidades de comunicação.

**Entrevistador: então está a dizer que na triagem poderia haver algum sítio onde colocar os acamados por exemplo?**

**E8:** exatamente.

**Entrevistador: não existe, mas vai existir, é isso?**

**E8:** É essa a ideia, sim. Nós, por exemplo, neste momento temos este balcão de atendimento geral dos doentes verdes e laranjas, você tem doentes em maca e tem doentes em ambulatório. E estes dois enfermeiros que estão aqui, têm uma, ou seja, eles têm doentes atribuídos num espaço físico muito disperso, onde eles estão dentro de um balcão, mas têm doentes em todos os corredores. Portanto, eles não estão a maior parte do tempo perto do doente, eles são responsáveis por aquele doente, mas nem sempre estão perto daquele doente. Neste momento, nós criamos um balcão laranjas onde era a antiga unidade de cuidados intermédios, e se você for lá, naquela sala aqueles dois enfermeiros estão sempre constantemente ao pé dos doentes. Bem para já são laranjas, carecem de uma vigilância mais apertada, mas estão constantemente perto daqueles doentes, ah, e isto do ponto de vista, pronto temos doentes de várias idades lá dentro, mas o doente laranja é normalmente tem idades avançadas e são os doentes que demoram mais tempo no circuito e são os doentes que têm mais processos de internamento. Inicialmente quando aquela decisão clínica, há muitos anos atrás, o objetivo era doentes em maca na decisão clínica e doentes em ambulatório, nesta parte cá de cima da urgência. Isto seria possível de manter. Exceto se não houvesse os 30, 40 processos de internamento que ocupam o nosso espaço físico, consomem os nossos recursos humanos e consomem os nossos equipamentos. Essa foi a ideia inicial quando se abriu a decisão clínica, mas depois temos estas limitações que não nos permitem fazer separação de doentes. Mesmo que não fosse naquela decisão, os doentes acamados tivessem mais condicionados em que houvesse uma presença contínua.

**Entrevistador:** Que pronto, podem ser todos os doentes, mas se calhar os idosos são aqueles que existem em maior número.

#### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E8:** Quais seriam os objetivos desse gabinete? Isso depende de quais eram os objetivos desse projeto.

**Entrevistador:** era isso que eu ia perguntar a seguir. Porque o principal objetivo era mesmo melhorar o atendimento do serviço principalmente para com o idoso. **Objetivos, funcionamento isso eu ainda não sei.**

**E8:** Especificamente, quais eram as áreas de atuação que esse gabinete teria?

**Entrevistador: Isso é a parte de que vocês profissionais que trabalham aqui, se considerarem que podia ser uma mais-valia.**

**E8:** o que nós temos aqui, é uma coisa que está a regressar agora e que é uma mais-valia para esse tipo de pessoas, principalmente pessoas que não têm visitas de familiares ou não têm permanentemente familiares ao pé deles são os voluntários, estão a regressar novamente aqui ao hospital. Portanto o voluntariado é uma vantagem para o doente idoso. Um posto de informações, ou seja, se a informação tivesse incluída neste gabinete seria outra área de interesse. Ah, o que é que poderíamos fazer mais? Epá o serviço social normalmente também está sempre muito ligado a este tipo de doentes. Portanto, este gabinete do idoso acabaria por ser um interlocutor nestas áreas todas, e outras que se possam eventualmente verificar que sejam áreas de interesse.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar? Podia haver um espaço, não é, e talvez, isto estou eu a perguntar, o objetivo seria aliviar profissionais, porque viemos a falar disso, os enfermeiros estão constantemente a ser interrompidos, e se houvesse algum sítio onde eles se pudessem dirigir quando tivessem alguma dúvida, e aí já havia uma certa drenagem.**

**E8:** Um determinado tipo de acompanhamento, não é? Eu acho uma ideia interessante.

**Entrevistador: Agora se devíamos dividir entre a parte, ou seja, alguns profissionais para a parte de transmissão de informação, e outros profissionais, que aí podíamos incluir os voluntários ou talvez assistentes operacionais que tivessem mesmo definidos para isto, que era de x em x horas dar uma volta.**

**E8:** Para beber água, para ser posicionado, falar sempre com o profissional responsável se não há contraindicação para.

**Entrevistador: a forma de funcionamento também não sei bem se seria a própria equipa a ir à procura de doentes que precisassem de ajuda ou familiares, ou se eram os familiares ou os profissionais ou os próprios doentes que se dirigiam ao sítio. Qual é a sua opinião?**

**E8:** Esse tipo de pensamento, que na minha opinião é bastante interessante, ah, causa sempre alguns, isto agora dentro da minha área hierárquica, causa sempre alguns, epá não vou dizer atritos, mas há sempre opiniões divergentes, vá se assim se possa dizer relativamente a isso, do ponto de vista de esfera de competências, nós sabemos que realmente os voluntários são um auxílio extraordinário para nós e mais ainda para o doente mas a responsabilidade de qualquer das atividades de vida é sempre do enfermeiro

responsável. Não sei se me estou a fazer entender, e às vezes introduzir outros profissionais numa área de competências que já está atribuída pode às vezes causar algum tipo de confusão ou de má interpretação. Se é que me faço entender.

**Entrevistador: mas agora íamos passar à parte de que classes profissionais é que devia englobar esse gabinete. Porque nesse gabinete, muito provavelmente teriam que estar enfermeiros.**

**E8:** Na parte das informações não tenho qualquer tipo de dúvida, ah, do ponto de vista de outro tipo de apoios ah, a assistente social não conseguir lá ficar, mas esse elemento vai ser sempre o tal elemento interlocutor com esse tipo de situações. Relativamente às outras necessidades, mais dirigidas para as atividades da vida diárias, aí terão que ser ou voluntários ou assistentes operacionais sob a responsabilidade e sobre a supervisão do enfermeiro responsável pelo doente. É aquilo que eu vejo.

**Entrevistador: ou seja, o gabinete poderia ter uma equipa multidisciplinar?**

**E8:** Poderia.

**Entrevistador: E um médico, não?**

**E8:** Poderia, não sei é se temos recursos para isso. Mas idealmente, podemos ter o idealismo, o ideal e a realidade com que nos deparamos, não é? O que é exequível. E já verificamos que é exequível com enfermeiros, alias nós temos tantos enfermeiros nesta casa que infelizmente por algumas limitações clínicas ou traumáticas que tiveram na vida que não conseguem estar diretamente na prestação de cuidados, mas que são pessoas muito válidas do ponto de vista de experiencia e dos conhecimentos que têm, ah, de competências até mesmo comunicacionais e que são uma mais valia para este tipo de projetos, acabam por não encaixar nos cuidados diretos ao doente mas que seriam uma mais valia neste tipo de postos que tanto contribuem na minha humilde opinião, para a satisfação do doente e para a satisfação das famílias.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E8:** O horário de funcionamento, daquilo que eu tenho conhecimento dos gabinetes de apoio, nunca trabalham em regime noturno. Nem sempre justifica, mas num regime que possa ir um pouco além do horário útil, seria ótimo, pelo menos até às 9/10 da noite. Como disse há pouco aqueles familiares que só conseguem chegar ao hospital num horário pós-laboral.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E8:** Ele funcionou nesta sala aqui ao lado, esse gabinete de informações que nós estávamos a falar em contexto pandêmico.

**Entrevistador: mas esse era muito telefónico não era?**

**E8:** Era muito telefónico, mas repare, mesmo que não tivéssemos em período pandêmico há uma sala aberta que está mesmo ao lado da sala de espera quase, do hospital que tem um acesso direto, com uma boa identificação, ah, chegava-se lá e era possível. O que acontece é que cada vez mais especialidades estão a ser integradas no serviço de urgência, havia uma necessidade de a psiquiatria passar cá para cima, portanto, nós já temos esta limitação arquitetónica, neste momento as nossas salas estão todas completamente ocupadas. Ah, só aproveitar algum gabinete, sabe onde é que era a antiga infecto? Quando você vai ali para o raio x tem ali as máquinas, se você ver à esquerda tem uma rampa para baixo, esse espaço era a antiga infecto.

**Entrevistador: mas isso já é um bocadinho longe da urgência, não é?**

**E8:** É aqui ao lado, mas não é uma zona central, é uma zona periférica.

**Entrevistador: Teria que ser uma zona mais próxima da sala de espera, por ali. Porque os familiares muitas vezes dirigem-se diretamente ali à admissão.**

**E8:** eu não consigo ver um gabinete, mas consigo ver um espaço que é desaproveitado, raramente é utilizado, que é ali em frente às casas de banho, ao balcão principal de enfermagem, tem um balcão de atendimento, é um balcão que tem uma cadeira, tem um computador e é uma zona que está na passagem de todo o serviço de urgência. É um sítio estrategicamente interessante para esse projeto ou outro.

### **Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E8:** Não, mais nada de especial, sem ser desejar-lhe boa sorte no seu trajeto académico.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação?**

**E8:** Esta problemática, não é uma área de interesse pessoal minha, obviamente, mas acho a temática do trabalho bastante interessante, atual e ah, principalmente exequível, ah, a mim custa-me muito eu também já passei por este processo e aquilo que mais me custava era estar a fazer algo apenas no âmbito académico e depois de ter o seu propósito académico ser colocado numa gaveta, a mim pessoalmente não me fazia muito sentido. Portanto, se eu conseguir trazer algo da academia para a prática clínica que beneficie a qualidade assistencial dos nossos doentes, então já é uma mais-valia só por si.

## **Entrevista 9**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 43 anos

**Género:** Masculino

**Profissão:** Assistente operacional

**Anos de Serviço:** 24 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que o serviço de urgência enfrenta?**

**E9:** Os problemas é cada vez termos mais doentes, ah, menos profissionais, às vezes falta de macas, cadeiras de rodas.

**Entrevistador: ou seja, há mais pessoas do que equipamento?**

**E9:** Exatamente

**Entrevistador: E o espaço físico também?**

**E9:** sim exatamente, basicamente é isso

**Entrevistador: e acha que esse é um dos principais desafios que o serviço de urgência enfrenta?**

**E9:** sim.

**- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E9:** há sempre quem fale bem e quem fale mal. Mas muitas pessoas que falam bem, conseguem perceber as dificuldades que a gente tem no serviço. Mas pronto, há sempre aqueles que pensam mais no umbigo deles e acabam por dizer mal. Que se ouve também lá fora.

**Entrevistador: e cá dentro? O que dizem quando estão cá dentro?**

**E9:** é igual, há sempre uns que falam bem e outros que falam mal. Há pessoas que conseguem ver que a gente não para durante o turno, mas há outros, que... se bem que há situações que o doente reclama e tem efetivamente razão, não é.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E9:** Sem dúvida. Essa parte, mas já não é de agora, já estamos com uma população envelhecida que cada vez temos mais pessoas idosas a vir ao serviço, e não só enquanto utentes, mas também os familiares dos utentes, que acho que essa parte, era importante haver um apoio extra a essa população mais envelhecida.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E9:** As dificuldades às vezes é quererem saber as informações e não terem, não saberem onde se dirigir, ah...

**Entrevistador: a questão da comunicação, não é?**

**E9:** sim, às um diz: “ah não é comigo, e o outro diz, ah não é comigo”, e havendo um espaço para essas pessoas poderem reclamar, “olhe, está aqui este gabinete que aqui é que lhe podem ajudar”. Portanto, haver alguém que esteja estipulado para essa matéria.

**Entrevistador: eles podem querer saber alguma coisa, mas não sabem a quem se dirigir.**

**E9:** Exatamente, e depois dirigem-se ao primeiro que aparece e pessoal que responde às vezes, não sei se bem se mal, às vezes o pessoal está atarefado e diz as coisas sem pensar e às vezes também podemos perder 30 segundos e informar, mas às vezes o tempo é que não permite, porque andamos atarefados. E assim, tendo um espaço definido, em que a pessoa, a gente possa informar, olhe está ali aquele gabinete que há de estar lá alguém que o vai informar corretamente.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E9:** Essa parte, é assim, salas de espera são terríveis, aquilo que eu me tenho apercebido ao longo do ano, porque as pessoas estão nas salas de espera, algumas com dificuldades financeiras e não têm como comer, ah, deveríamos de ir às salas de espera perguntar às pessoas se precisam de alguma coisa.

**Entrevistador: Porque estão pessoas que não foram atendidas nas salas de espera, não é?**

**E9:** Nas duas, temos duas salas de espera cá dentro e temos as salas de espera de doentes para serem vistos. E depois temos as salas de espera dos doentes que fazem os exames e ficam à espera de exames e às vezes muitas horas. E seria bom, haver alguém estipulado para essas salas de espera. Lá está, se houvesse o tal gabinete de apoio, isso era capaz de resolver muitas destas situações.

**Entrevistador: por acaso ainda não tinha pensado nos doentes que estão na sala e espera. Porque ainda nem sequer foram atendidas.**

**E9:** Temos a sala do PASU, que é a sala onde os doentes abrem ficha antes de ir para a triagem, depois da triagem são encaminhados para as diferentes salas de espera. Os verdes ficam no PASU, depois temos a sala de espera dos amarelos que é ali em frente à triagem, que é a sala 1, que é para os doentes que estão para ser chamados para as salas dos médicos e é onde os doentes esperam pelos exames.

**Entrevistador: Então ninguém vai lá a essas salas de espera? Só quando chamam o doente?**

**E9:** Basicamente. E às vezes até são os próprios que, lá está, pela dificuldade às vezes de não termos macas e não termos cadeiras, os doentes ficam ali sentadinhos e são os próprios familiares de outros doentes que o médico chama para a sala, fulano tal, e a pessoa não tem como se deslocar.

**Entrevistador: E são os familiares de outros utentes que ajudam?**

**E9:** sim muitas vezes são os familiares que vão lá dizer, chamaram este doente. E não conseguem ir por locomoção, não conseguem andar.

**Entrevistador: E às vezes não conseguem ouvir também.**

**E9:** Sim e essa é outra parte. E depois temos a sala de espera de ortopedia, cirurgia e otorrino, que é aquela pequenina ali na entrada. São três pontos de sala de espera.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E9:** Basicamente de ir à casa de banho, comer, beber. Há pessoas que vêm para o hospital e não trazem comida, ou porque não têm ou porque se esqueceram e não vieram preparadas para isso, e levam ali nas salas de espera às vezes 1 dia.

**Entrevistador: Então quer dizer que as necessidades deles são básicas?**

**E9:** Sim são as básicas, as que nós precisamos todos, só que nós levantamo-nos e vamos à casa de banho e, nós levantamo-nos e comemos uma sandes e eles não. E a maior parte não tem dinheiro para comer.

**Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E9:** Eu acho que é assim, por exemplo, entra um familiar aqui no serviço de urgência, que tem um doente aqui internado, e os doentes entram e: “ah sabe-me dizer onde está o

meu pai?” “Como se chama o seu pai? “tal, tal” eu acho que se, só que isto o serviço de urgência apanhou uns vícios que as pessoas entram no serviço de urgência como se entrassem na rua das lojas, toda a gente entra, facilmente se entra, porque a gente encontra pessoas que estão perdidas, mas neste caso têm onde se dirigir, há um balcão de informações lá fora. Agora eu acho é que, não sei se por falta de pessoal ou se... às vezes as pessoas vão ao balcão de informações e são informados que o pai está na urgência, eu acho que devia de haver alguém a acompanhar essa pessoa até ao seu pai, desde o balcão de informações, até ao pai. Não sei se a pessoa dá informação ou um mensageiro que tivesse no serviço lá fora, para evitar que a pessoa desde que entra ali, interpela 9, 10, 12 funcionários até chegar efetivamente ao pé do pai. E às vezes o que acontece por vezes quando chega para ver o pai, um doente em SO, ainda não houve informação ali que o doente já possa ter subido para o serviço, anda aqui à procura e afinal o doente já cá não está. Já tem acontecido. Eu acho que aí resolvia-se isso. É porque depois é assim, você chega à procura de um familiar, apanha um funcionário, as pessoas precisam de ajuda, pronto, “ah consegue me dizer onde é que está o meu pai” “agora não posso”, depois vai a outro. Isto é tudo tempo que a gente perde para pudermos fazer outras coisas que têm que ser feitas, porque são 4/5 minutos a ir ao computador, depois vem outro que são mais 4/5 minutos e chegamos ao fim do turno, perde-se uma hora de turno, já estou a falar assim por baixo, que se as coisas fossem bem feitas logo à entrada que isso não acontecia, ganhávamos mais uma hora, se calhar todos os funcionários, isto acontece N vezes. Eu acho que ali no gabinete de informações as pessoas deviam ser encaminhadas diretamente.

**Entrevistador: Ou seja, ali no gabinete de informações eles não conseguem ter acesso?**

**E9:** Conseguem, têm computador, mais facilmente que nós.

**Entrevistador: Então e como é que fazem agora?**

**E9:** Agora dão informação se está no SO ou na urgência, e a pessoa entra por aí, e “ah o meu pai ontem estava aqui, hoje já não está”. A gente às não consegue ter sempre o doente no mesmo sítio. Outras vezes o doente já não está em ficha, já está no SO, já esta internado, já vai para outro lado.

**Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E9:** As dificuldades deles basicamente são essas. A falta de informação, essa parte é a número um. E se essa parte ficar resolvida muita coisa começa a fluir normalmente.

#### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E9:** Há sempre espaço para melhorar. Mas isso é basicamente vindo de fora, se as informações forem dadas corretamente lá fora a coisa flui muito melhor. Haver alguém que acompanhasse o familiar, e dizer “olhe o sei pai está ali”. Porque se não, as pessoas vêm dali de fora, então e onde é que está o meu pai?

#### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E8:** Melhorava com certeza.

**Se sim:**

**Entrevistador:** Esse gabinete poderia acompanhar os familiares, falamos também de ver os doentes que estão na sala de espera para ver se eles estão bem ou se estão mal. E que mais?

**E9:** Basicamente isso, melhorando a informação, tudo melhorava. Também a criação de um elo de ligação entre o idoso e a família, apoio ao idoso na alimentação.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E9:** Acho que era importante, ou seja, eu se vier ao serviço, venho a acompanhar um familiar, eu enquanto não tiver uma informação, eu não me vou embora. Se: “olhe volte daqui a 4 horas que eu já lhe consigo dizer alguma coisa”, epá e eu saio daqui e vou para casa, vou-me alimentar. Isto às vezes a forma como comunicamos melhora logo o relacionamento entre os familiares e o profissional. Agora se a gente temos uma abordagem para eles: “ah eu não sei”, isto não é nada. E às vezes até um “olhe espere só um bocadinho que eu vou ver”, que é o suficiente. E se as pessoas tiverem informadas, se calhar já saem daqui, vão às compras, vão se organizar e dizemos assim “olhe daqui a duas horas já lhe vamos dar uma informação sobre o seu familiar”. As pessoas nessas

duas horas, em vez de estarem na sala de espera a ocupar espaço para outros doentes, se calhar vão embora e estão mais descansados. E não levam a perguntar se os exames já estão feitos, se falta muito tempo.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E9:** Cá está depende da necessidade de cada utente, um assistente operacional, para irem à casa de banho, para alimentação, um administrativo e um assistente operacional. Um enfermeiro para dar informação clínica de análises assim, mas para as necessidades básicas e fisiológicas, apenas um assistente operacional. Às vezes precisamos do enfermeiro quando eles têm dificuldade em comer ou para perguntar se podem comer que tipo de exames é que têm que fazer, porque há exames que exigem jejum.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E9:** Eu acho que tinha manhã, tarde, noite. Há familiares que dormem aí nas salas de espera, não vão embora, uns porque não têm como ir para casa que vêm com o vizinho, outros porque não têm informação não saem daqui.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E9:** O espaço físico da urgência é muito complicado, não sei se... olhe porque aqui os espaços estão todos preenchidos. Não há espaços físicos neste momento na urgência esse tipo de, teria que se criar, fazendo falta teria que se criar, nem que fosse exterior, ali ao pé do núcleo de transportes.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E9:** Não, acho esse é o maior problema do serviço de urgência, dos tempos de espera, que os doentes levam sem informações, essas coisas. Eu acho que se isso melhorar, muita coisa melhora depois, porque não somos interpolados de 10 em 10 min. Assim se a pessoa tiver um sítio onde se dirigir, olha é fulano tal que está com o seu pai. Há uma pessoa que o traz até ao pé do medico ao do enfermeiro, ou do familiar.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E9:** É boa, então e se conseguirmos avançar com essa criação então é excelente e é muito útil para o utente, para os familiares e para os profissionais, é útil para toda a gente. Ganhamos todos com isso, seria excelente para o serviço. Porque a gente está a fazer uma tarefa já está o familiar a fazer perguntas, ou a gente está a mudar uma fralda e já está o outro a bater-me nas costas. O mensageiro se tiver naquele computador ao pé dos médicos

é sempre abordado, a gente quer levar os doentes ao raio x não consegue porque está sempre alguém a pedir informações. Mas experimente vir um dia a partir das 11h da manhã, e metes-te a qui no corredor a ver quantas vezes nós somos abordados. É incrível, eu tenho noção das vezes que sou interpolado nesse tipo de situações, é incalculável, num turno devem ser aí umas 40 a 50 vezes, depois há turnos melhores e há turnos piores, eu, depois tenho um colega que são 40 a 50 vezes. E depois é assim nós queremos fazer a nossa tarefa, mas não queremos ser mal-educados para os familiares, mesmo eles chegam ali e não sabem onde se meter, não sabem qual é a sala 5, tem 3 ou 4 médicos, na sala 3 tem outros 3 ou 4 boxes, não sabem se dirigir em lado nenhum, se tivesse uma pessoa e chegava ali ao pé da pessoa. Precisa de informações? Ok então essa pessoa, ia com o doente ou com o familiar, é tal médico e tal enfermeiro. Se a gente apanha ali a pessoa no corredor: “olhe chamaram-me para a sala 6, qual é que é o médico?” e a gente não sabemos dizer né? É um bocado chato. Eu acho que se melhorasse a parte da comunicação se calhar cada profissional ganhava no mínimo 1 hora para tratar de outras tarefas.

## **Entrevista 10**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 42 anos

**Género:** Feminino

**Profissão:** Assistente social

**Anos de Serviço:** 10 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E10:** Na nossa área, o serviço para o número de pessoas que a acedem a este serviço já se torna pequeno e sem capacidade, é uma questão de espaço físico. Depois para nós enquanto serviço social não temos nenhum gabinete de atendimento, nem aqui nem mesmo no hospital e faz com que tenhamos que fazer as nossas entrevistas sociais e estar a falar da vida pessoal da pessoa, entre o corredor e não são as condições ideais. A nível

de constrangimentos, temos sempre as pessoas do lado que ouvem a conversa e intervêm. E é sempre constrangedor, tanto para nós como para os outros profissionais acho que o espaço físico em si será o maior desafio e o que será assim mais complicado.

**- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E10:** Os comentários que se houve lá fora acabam por ser negativos, pronto às vezes de tempo de espera, a nível das condições, a nível da organização, a nível dos cuidados. Mas também me parece a mim que há muitas pessoas que comentam negativamente o serviço, mas que também não se, temos que perceber que isto é um serviço de urgência, é um serviço para a pessoa vir quando tem alguma situação de urgência e não para recorrer por certas situações que às vezes acontece, pronto. Agora efetivamente aquilo que se houve, por norma é negativo.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

**E10:** Sim, são pessoas que acabam por ser mais vulneráveis, porque têm mais idade, normalmente têm mais dependências, recorrem muito aos serviços. E às vezes ficam muito tempo aí nos corredores e pode ser prejudicial, porque muitas pessoas desorientam porque estão aqui algum tempo, o facto de estar muito escuro, não terem noção da manhã, da tarde ou da noite, faz com que, até para pessoas como nós faz, quanto mais uma pessoa idosa. Depois a questão de terem que ficar aqui um, dois, três dias e de estarem em maca, não é? Pois aqui no serviço de urgência não há reabilitação nem há fisioterapeuta, não podem fazer levantar e tudo mais, isso torna uma pessoa idosa, torna-se mais complicado no pós-alta. E necessitam de mais ajuda da equipa, dos auxiliares, dos enfermeiros, ocupam aqui muito a dinâmica do serviço, ir à casa de banho, água, estão sempre a pedir água, estão sempre a pedir isto, e acaba também por não haver estrutura física. Os auxiliares fazem o que podem e os enfermeiros também não param, mas os idosos são muito apelativos.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E10:** Às vezes não falam, não conseguem falar e torna-se complicado transmitir porque é que cá vieram, às vezes vêm sozinhos não vêm acompanhados e depois nem sempre há aqui uma comunicação com um familiar, nem que seja um contacto telefónico por parte do médico às vezes eles também não se explicam bem, outras vezes acham que eles não têm ninguém e no fundo têm. O facto de serem também mais apelativos de quererem mais

atenção, às vezes a faixa etária é dos 90 anos então são pessoas que já não conseguem falar com ninguém e às vezes os médicos também ficam condicionados, porque não sabem o que é que a pessoa toma, o que é que não toma, e isso acaba por atrasar muito o atendimento. Depois pedem muito a nossa ajuda para saberem em que lar é que está ou quem é o cuidador quem não é. A família também não pode estar a entrar e sair, e isto tudo todos os dias também acho que é complicado.

**- Maioritariamente as dificuldades são de que carácter?**

**E10:** Frustração a nível dos profissionais e das pessoas que aqui estão. Nos doentes mais dependentes piora um pouco, vão ver a pessoa depois a pessoa não responde, têm que ir à procura do familiar, e o atendimento atrasa mais do que se fosse uma pessoa nova, que soubesse responder logo. Nós aqui o médico acaba por pedir a nossa intervenção quando não consegue ter informação por parte do idoso ou quando ali a informação parece que não está muito correta, também acontece muitas as pessoas na triagem darem o motivo de entrada e depois quando se vai falar com o familiar apercebemo-nos que afinal não foi só aquela situação que os levou ali, mas pedem muito a nossa informação no sentido de esclarecimentos ou de tentar ter, às vezes não há contactos de familiares, tentarmos ver a situação da pessoa e tentarmos ver se existe um familiar de referência com quem possam falar e tirar depois dúvidas.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E10:** Lá está, haver mais pessoas para lhes darem mais conforto, atenção. Antigamente havia voluntariado aqui, neste momento andam a ver, mas ainda não está nada definido, faz um bocadinho de falta haver, porque os profissionais não têm tempo. Estão a prestar os cuidados, mas se calhar se voltasse a haver aqui a equipa de voluntariado para dar aqui apoio nas refeições, para dar apoio as pessoas, porque no fundo as pessoas necessitam, porque aqui é uma correria, os enfermeiros passam apoiam na alimentação, na higiene, mas não existe aqui nem capacidade nem é essa a função, de prestar aqui alguma atenção. E muitas destas pessoas estão mais vulneráveis, sentem-se isoladas, sentem-se sozinhas porque mesmo que tenham família o familiar trabalha, ou não tem tempo. Muitas vezes nós estamos a passar e eles chamam-nos, ou porque querem alguma coisa ou porque têm sede, ou é porque estão há muito tempo à espera ou é porque têm a fralda suja, pedem para puxar para cima, porque estão todos tortos. Estão sempre a pedir água, depois nós temos que ir ver se a pessoa pode beber água, e não sabemos se pode beber água, se se pode engasgar, são sempre situações que temos que perguntar à enfermagem se a pessoa

pode ou não beber água. Depois a enfermagem não pode responder porque estão ocupados a fazer outra coisa e a pessoa continua lá sem beber água, e a gente não pode dar logo e a pessoa continua a pedir.

### **Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua percepção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E10:** Sempre que são envolvidas mais do que uma pessoa a informação pode vir com algumas lacunas e isso para já, os enfermeiros, o médico, o assistente social, a família, o utente, já estamos aqui a ver 5 envolvidos à partida pode não correr bem. Isto é um serviço de urgência e estamos todos a correr, com a agravante de, às vezes os familiares pedem para ligar ao serviço social porque não conseguem fazer ligação para aqui, não conseguem saber o ponto de situação do familiar, pronto, essa é uma questão. A questão do médico com o utente, pois acredito que a maior parte dos médicos que falem e que transmitam a situação ao utente, em relação aos familiares, aqui depende muito, há médicos que não contactam, que não dão essa informação, e às vezes os familiares as questões que nos põem é que não sabem qual é a situação nem como é que está, nem como é que não, está a nível clínico e depois fazem uma espécie de resistência à alta porque não falam com o médico. E depois às vezes envolvem a assistente social por causa dessa resistência do médico a falar com o familiar, e o familiar apenas quer informação clínica. Depois aí depende, há médicos que sim, vêm falar e que esclarecem e há outros que não. Mas pronto, ou não ficaram com o utente de um turno para o outro. Os médicos mudam, o médico da noite deu alta ao doente x, o médico vem, assume o doente porque o colega saiu, mas para ele é uma alta pendente, o colega deu alta, ele não tem que dizer nada, este colega não deu informação à família. Depois chega cá a família a querer saber a informação clínica, este colega que chegou, é uma alta pendente não mexeu não viu, e não sabe. Pronto estas situações aqui, acho que devia de haver uma forma, acho que os médicos não têm tempo de estar a contactar os familiares todos mas devia de haver aqui uma forma de tornar isto menos constrangedor.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E10:** É assim é essa parte da comunicação, depois aqui na nossa área há muitas dificuldades, é assim a maior parte dos familiares hoje em dia trabalham, não é? Têm os horários deles, as rotinas, filhos menores que andam na escola, e às vezes torna-se complicado terem tempo, não é, quando a pessoa está mais dependente ou necessita de mais atenção, às vezes torna-se complicado porque os recursos da comunidade tornam-se insuficientes, ou não há vaga no Centro de Dia, há cada vez menos instituições com essa resposta, os apoios domiciliários às vezes não têm vaga, também é um serviço que se torna insuficiente porque vão lá duas vezes por dia ou uma, não é, fazem higiene a medicação e vêm embora, e depois aquelas pessoas que já não conseguem orientar-se sozinhas esse apoio torna-se insuficiente, depois não existem respostas em lar para quem não tem capacidade para um lar privado, é muito complicado conseguirem arranjar vagas. Mesmo no particular torna-se difícil e o valor é mais elevado. Às vezes torna-se difícil porque as pessoas até entram aqui com alguma autonomia, mas depois perdem autonomia no tempo que estão aqui, ou porque se sentiram mal e isto acaba por ser um serviço de urgência e a pessoa é vista e se não tem critérios de internamento a nível clínico, a pessoa tem alta clínica, e a situação altera-se porque a família nunca está preparada, acham sempre que se a pessoa foi sempre autónoma até ali, nós ouvimos muitas vezes: “ah mas ele foi para aí a andar e era autónomo” e nós respondemos sempre: “pois mas ele já tem uma certa idade”. nós temos situações em que os familiares já não têm condições para terem a pessoa em casa e que a solução deles foi irem ao serviço de urgência e dizer agora não consigo levar, não tenho condições. Muitas vezes vêm encaminhados de foram para se pedir rede de cuidados continuados que não é possível pedir no serviço de urgência, é no internamento que existe um serviço de gestão de altas. Mas muitas vezes até no próprio Centro de Saúde encaminham para aqui. E nós ficamos numa situação muito desconfortável com a família e com o utente também porque fica frustrado, vai perdendo ainda mais as capacidades, não tem conforto.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E10:** Há espaço para melhorar se houver recursos. A nível de hospital se calhar devia de haver uma melhoria na comunicação entre a família e o idoso, devia de haver aqui um espaço em que as pessoas também pudessem recorrer quando tivessem alguma dúvida ou

quisessem ser esclarecidas por alguma situação, sem ser se calhar diretamente com o médico, porque nem sempre eles conseguem também estar a perder esse tempo diário, não é, para poder dar informações a toda a gente. Mas também se torna complicado para a família não saber o que é que se passou, o que é que vai fazer a seguir, ah, vai ao médico de família, não vai, há situações em que eles até escrevem e dão a nota de alta, mas aqui a comunicação. O espaço físico neste momento já não tem capacidades para o número de utentes que todos os dias recorrem ao serviço de urgência. Sala de espera cá fora é muito grande, mas a cá de dentro é muito pequena. As pessoas estão todas ali juntinhas, depois há muitas que ficam pelo corredor. Os auxiliares fazem o que podem, mas são poucos. Acho que eu a saúde devia alterar algumas coisas, nomeadamente os Centros de Saúde dar outra resposta sem ser a consulta de recurso. Muitas pessoas acabam por não tentar a consulta de recurso e vêm diretamente ao hospital. Depois temos muitos triados de verde, temos alguns que vêm falar com a assistente social, enviam das SUB's para vir falar com uma assistente social.

### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

#### **Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E10:** Eu acho que devia de haver um gabinete não só do idoso, devia de ser um gabinete geral a nível de informação. O gabinete do idoso a ser criado, também tinha que ser muito bem estipulado, e a população devia saber bem para o que é que servia se não, se não começa a dar azos a... porque há um gabinete de apoio ao idoso na Câmara de Faro, e devia de ser lá que as pessoas deviam recorrer. Porque às vezes vêm ao nosso gabinete perguntar situações de baixas e isso é com a segurança social.

**Se sim:**

#### **- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E10:** De facto eu não tenho assim muita opinião acerca do assunto, sendo só idosos, a verdade é que há muitos aqui no serviço de urgência, mas não é a única população que precisaria de uma resposta. Um gabinete de informação, porque a pessoa que está ali no informativo não tem a capacidade de estar a atender telefones, trazer as pessoas cá dentro, e falar com o médico e avisar das altas, contactar os familiares, não tem essa capacidade, pronto. Isso até dá azo a reclamações na verdade, há tantas pessoas a reclamar porque querem informação. Então haver um gabinete, agora se seria especificamente do idoso,

não sei, eu acho que fazia sentido haver um gabinete para a apoiar as famílias e haver aqui a nível de recursos e tudo mais, mas se não há recursos. Não podemos encaminhar as pessoas quando não há respostas, então as pessoas acabam por ficar no serviço de urgência.

**Entrevistador: então acha que criar uma proposta de melhoria de atendimento aos idosos acha que não seria benéfico e que deveria ser para a população em geral?**

**E10:** Mas é que se calhar só os idosos é que necessitam mais dessa atenção, porque uma pessoa com as suas faculdades mentais, um adulto está apto para com, ou seja, entra na urgência e sai da urgência, telefona ele próprio para o familiar ou alguém o vir buscar, o idoso não consegue fazer isso porque não consegue pegar no telefone. Seria importante esse gabinete a nível de transmissão de informação com a família, e a família também perceber aqui a situação do idoso aqui a nível clínico, a nível de poder apoiar ou informar aquilo que existe na comunidade, tanto de apoio como de recursos. Mas acho que era fundamental haver aqui uma ligação, ou fazer parte desse gabinete o voluntariado, porque havia a necessidade de haver aqui também essas pessoas que teriam a disponibilidade para dar atenção que eles precisam e que não se conseguem com os profissionais, pois os profissionais são profissionais de saúde, estão a fazer o trabalho deles e a prestar os cuidados, não têm capacidade para fazer essa parte. antigamente havia aqui, que vinham á horas das refeições, apoiavam quem podia e quem não podia comer e ia dando a alimentação, libertava um bocadinho os auxiliares. Agora está na hora de repensarem o voluntariado, haver a parte social, haver a parte clínica, se calhar alguém da enfermagem. A estrutura física também devia de melhorar, ajuda muito um sítio bonito, o Centro de Saúde é mais arranjado que o Hospital.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E10:** Assistente social, enfermeiro e um assistente social e depois o voluntário na retaguarda para apoiar. Um médico seria bom, mas eu acho que não é viável. Os médicos têm que estar na prestação da emergência aqui. O que é mais complicado e difícil aqui são as mudanças de turno e as passagens de condição do doente e depois quando são altas pendentes porque a pessoa não saiu à noite, só sai de manhã. A informação passa por muita gente, então é o telefone estragado. Um administrativo também fazia falta.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E10:** Aí temos uma questão, que é o horário que os profissionais deveriam estar disponíveis não será o mesmo horário a que os familiares, que se calhar têm mais capacidade de vir ao fim do dia.

**Entrevistador: Então devia ser um horário mais alargado?**

**E10:** Para que os profissionais tivessem que vir pessoalmente e para, pronto também podia haver uma linha telefónica específica mesmo desse gabinete, que acho que era importante em vez de passar ali pelas informações, as comunicações são muito complicadas, mesmo nós quando ligamos para ali.

Porque depois temos aqui uma situação, temos um serviço de urgência, mas também temos o SO que faz parte de um internamento enquanto não há vagas no piso ou a pessoa precisa de estar em observação alguns dias e às vezes depois até vai para casa, não vai para o internamento, às vezes as pessoas ficam ali alguns dias, e depois têm visitas, têm horário de visitas e depois não encontram os médicos porque no horário das visitas não encontram, e os médicos de internamento vão mudando de dia para dia.

Aqui a maior lacuna é a parte da informação, agora eticamente não sei depois quem é que deve dar essa informação clínica ou não, como é que se poderia organizar.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E10:** Acho deveria haver um espaço físico, e acho que devia ser mais na entrada, há sempre ali muita gente nos transportes. Uma espécie de guichê como o dos transportes, e está sempre muita gente ali. Por exemplo.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E10:** O espaço físico faz diferença, estou sempre a falar nisso, mesmo que seja um guichê com uma receção mais calorosa, porque contribui para que a informação seja melhor, o facto de nós falarmos com as pessoas no corredor também não ajuda, ah, falarmos com os familiares em pé ali também não ajuda nada e sempre com alguém a intervir. E isso faz com que as pessoas também reclamem e assim nós não estamos a proteger a nossa instituição, se nós arranjarmos um espaço simpático onde possamos receber as pessoas e conversar sem interferências, falarmos baixo sem ser aos gritos, faz diferença, não há pessoas a passar. É um passo que se podia pensar.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação?**

**E10:** É um assunto importantíssimo porque a nossa população e a esperança de vida cada vez é maior e nós deparamo-nos, se calhar há uns anos atrás não havia tanto, mas hoje em dia há muitas pessoas de 89, noventas para cima e pessoas que têm estado sempre bem e que de um momento para o outro deixam de estar ou pessoas que vão degradando a sua situação e depois chega a um ponto que já não conseguem estar sozinhas. E depois não têm amigos ou não têm família, e quanto têm estão a trabalhar. Ouvimos muitas vezes: “ah o meu filho não pode, tem a vida dele”. A nível económico a maior parte das pensões são baixas, os problemas habitacionais também são muitos. Às vezes a pessoas têm a vontade delas e às vezes não querem ir para o lar, porque estão conscientes e orientadas e não querem. E a gente temos de lidar com as instituições a dizerem que a pessoa tem que ir para o lar, mas a pessoa não quer ir para o lar, com a vontade da família que às vezes não é igual à da pessoa. E às vezes aqui na urgência estamos a trabalhar com assuntos que deviam ter sido trabalhados na comunidade. Acho que os idosos é um assunto que temos que trabalhar na comunidade e o hospital servir como passagem.

## **Entrevista 11**

### **Caracterização do Profissional de saúde**

**Idade:** 43 anos

**Género:** Feminino

**Profissão:** Administradora do departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos

**Anos de Serviço:** 14 anos

**Teve alguma formação na área de gerontologia/geriatria?** Não

### **Desafios do Serviço de Urgência**

**- Quais os principais desafios que que o serviço de urgência enfrenta?**

**E11:** Neste momento verifica-se em todos os serviços de urgência do CHUA um aumento muito grande da procura dos serviços por parte da população, ah, inclusivamente, essa procura, essa afluência aos serviços de urgência é mais elevada do que acontecia antes da pandemia por covid 19. Quando comparado com 2019 nós estamos efetivamente acima,

e bem acima. Portanto, as nossas infraestruturas não são diferentes, são iguais às que tínhamos com a agravante de que os profissionais estão muito cansados e têm reduzido o número de horas de serviço conosco, portanto temos equipas mais reduzidas de profissionais, especialmente médicos. Também temos um défice de enfermeiros e de auxiliares, ah, portanto, trabalho aumentou bastante e as equipas reduziram em termos da sua constituição. Acho que essa é a principal dificuldade neste momento, claro que não temos as condições físicas ideais e não temos, tanto a nível de estrutura de edifícios como a nível de investimentos de equipamentos. Mas eu acho que o principal desafio em mesmo em termos de recursos humanos.

Não há privacidade, porque não há espaço para ter privacidade, então temos doentes internados do corredor a mudar fraldas na frente de toda a gente. Se tivéssemos, aliás, se não tivéssemos no serviço de urgência, os doentes internados, se todos os doentes internados tivessem nas suas enfermarias de responsabilidade, não é? Na medicina, ortopedia, onde quer que eles devessem estar internados, se já não tivessem no serviço de urgência, e estamos a falar de diariamente 30 ou 40 doentes que não deviam lá estar, que são internados em maca que são dependentes para tudo, ahm, teríamos mais espaço, teríamos maiores disponibilidades de profissionais para tomar conta de doentes que efetivamente estão na urgência, mas isso é um problema que persiste há muitos anos e não tem resolução à vista. Portanto não temos espaço, não temos espaço, não temos privacidade. A própria estrutura do serviço, nós temos um espaço único aberto temos dois postos de trabalho de médicos com esta distância das nossas secretarias, eu estou a falar ao médico que tenho hemorroidas e está uma pessoa ao meu lado a ouvir, e isso acho que é super desconfortável. Mas lá está, tudo isto implica uma mudança estrutural profunda que até ao momento não foi possível fazer.

#### **- Quais os principais comentários acerca do funcionamento do serviço?**

**E11:** Sempre foram maus, ah, porque também é comum acontecer que as pessoas são mais entusiastas ao fazer uma reclamação e não uma pessoa que tenha algo de bom a dizer, acaba não o fazer, não fazer por escrito num elogio à instituição, enquanto as reclamações estão sempre a acontecer e querem respostas imediatas para a sua condição, para a sua reclamação. E no serviço de urgência, tanto os doentes como os familiares não chegam cá insatisfeitos à partida, já vêm descontentes porque o seu familiar está doente e já vêm ansiosos e com um nível de irritabilidade, e depois se as coisas não acontecem

de acordo com a sua vontade ou de acordo com a sua expectativa, piora muito. Portanto, qualquer coisa que aconteça mais negativa é só um gatilho para que a reclamação seja feita. Quando as coisas correm bem, é o expectável. Portanto não há comentários. E é muito nós fora daqui ouvirmos falar mal. “ah no outro dia fui á urgência e aconteceu-me isto e isto e isto”. É muito raro ouvir-se: “ah não, nunca me aconteceu nada, correu sempre tudo bem”. E acho que é um bocadinho por aí.

**- Considera os idosos como sendo o grupo etário que mais necessita de especial atenção?**

Considero. Considero, mas acho que essa atenção não devia ser prestada pelo serviço de urgência. E a noção que eu tenho é que os idosos estão cada vez mais, é um dos grupos dos utilizadores frequentes no serviço de urgência e são utilizadores frequentes porque têm agudizações das suas patologias, e têm muitas comorbilidades associadas às suas patologias de base. E considero também que eles não têm um apoio devido, nem um acompanhamento devido, do seu médico de família. Acho que se este grupo de doentes fosse apoiado devidamente nos cuidados de saúde primários, não haveria necessidade de tantas vindas ao serviço de urgência, mas efetivamente esses cuidados não estão a ser prestados onde deviam, e eles estão a recorrer aqui ao serviço de urgência. E não são doentes que são triados de verde e azul, são doentes que são triados de amarelo e laranja, porque são doentes em que as suas patologias base existem, muitas das vezes são doentes que estão sozinhos no seu domicílio e não fazem a medicação de acordo com o plano que os médicos assim estipulam, não comem, não fazem as suas refeições de forma adequada, não se hidratam de forma adequada, não havendo essa vigilância, há necessidade de recorrerem aqui. Enquanto que, se houvesse uma ponte com os cuidados de saúde primários, poderia apenas haver um apoio de alteração da medicação ou de alteração da frequência das tomas e que isso se calhar poderia evitar que eles viessem ao serviço de urgência. Esta é a minha perceção.

**- Quais as principais dificuldades encontradas nos idosos que recorrem ao serviço de urgência?**

**E11:** dificuldades em que sentido?

**Entrevistador:** a nível físico, psicológico.

**E11:** depende muito do tipo, se o doente tiver consciente depois provavelmente sentirá a necessidade de apoio da sua família ou de... mas eu penso que efetivamente o problema do idoso que esteja cá são aqueles que demoram mais tempo para ter alta, ah , e demoram

mais tempo para ter alta se calhar por vários motivos, ah, porque as suas doenças base são várias e há necessidade de estabilizar até poderem sair e quando chega esse momento se calhar a família recusa receber o doente porque entende que está mais debilitado, entendo que já não consegue prestar o apoio que o doente necessita e aí acresce a questão que já não pode ir para casa e tem que ser integrado em lar e tem que ser integrado em cuidados continuados e isso faz com que o processo atrase, porque não há resposta imediata nessas situações e o principal problema é esse. Lá está, isto é a minha opinião.

**- Quais as suas maiores necessidades quando se encontram hospitalizados?**

**E11:** Neste momento é tão difícil falar sobre porque o serviço de urgência está saturado com doentes que estão internados que não conseguem seguir para os pisos. A pouca equipa de profissionais que existe na urgência, ainda tem que fazer trabalho de enfermaria, portanto tem que se dividir entre o que é o efetivo trabalho no serviço de urgência e o apoio ao doente internado. Por isso, muitas vezes, acho que se calhar a comida não é dada a horas, a fralda não é mudada tantas vezes quantas devia, a higiene se calhar não é feita atempadamente ou não é feito como devia. Mas se calhar a equipa de enfermagem saberá melhor informar. Mas penso que será um bocadinho por aí.

**Articulação/Comunicação no Serviço de Urgência do CHUA**

**- Na sua perceção, como decorre a comunicação no serviço de urgência (utente-família; família- profissionais de saúde; profissionais de saúde-utente)?**

**E11:** Eu acho que por norma não corre muito bem, e depende muito do profissional que está responsável pelo doente e não devia. Eu acho que deve haver muita coisa a fazer por aí, mas se o profissional e falo tanto o médico como o enfermeiro, depois também há dificuldade de comunicação entre o médico e o enfermeiro. O médico até sabe que aquele doente é para internar e não comunica ao enfermeiro e ninguém comunica à família. Ou sabe que o doente em determinada altura vai ter alta, mediante os exames que faz e também essa informação não é passada. Muitas das vezes o médico também está dependente de um parecer de uma especialidade. E acho que nesta comunicação há aqui muito ruído e não é transmitida de forma efetiva, acho que há muito trabalho a fazer neste campo. Até porque agora está se a recuperar um bocadinho isso, mas durante a pandemia foi muito difícil. Porque os familiares não podiam sequer entrar para acompanhar os doentes, agora já não está a acontecer bem assim, mas de qualquer forma não é muito comum um doente consciente e orientado ter ao seu lado um familiar e muito menos

durante todo o episódio. Portanto isso é aí uma falha, mas até com a saturação do próprio serviço é impossível o serviço comportar todos os doentes e seus familiares, é um bocadinho utópico pensar que isso é possível. Vamos analisando caso a caso, dando prioridade aos mais vulneráveis.

### **Dificuldades dos familiares/cuidadores dos idosos**

**- Na sua opinião, quais as dificuldades sentidas pelos familiares/cuidadores dos idosos durante a permanência dos idosos no serviço de urgência?**

**E11:** Eu penso que será a falta de informação. Eu penso que é mesmo o mais difícil de lidar, ah, em tempo nós tivemos aqui no serviço de urgência um projeto que a nível da equipa de enfermagem que transmitia a informação. Eu enquanto profissional sabia que existia, mas tive possibilidade de experienciar isso enquanto familiar, porque na altura a minha avó deu entrada aqui no hospital e ligou-me uma enfermeira que me conhecia perfeitamente, mas não sabia que estava a falar comigo, e ligou porque tinha essa tarefa, tinha essa incumbência de ligar ao familiar de contacto da senhora, ah, e ligou-me informar o que é que se estava a passar com a minha avó, que já tinha feito exames, estava a aguardar isto, estava a aguardar isto, estava a aguardar aquilo, e confesso que é confortável para o familiar. Da minha experiência pessoal. Já achava isso enquanto profissional, sempre achei que era um bom projeto, mas também não sei se dispensar enfermeiros que nos fazem tanta falta para esta tarefa seja o mais adequado, mas esta tarefa em si era importante para os familiares.

### **Propostas de melhoria**

**- Tendo em conta a sua experiência profissional, considera que há espaço para melhorar o atendimento aos idosos no serviço de urgência?**

**E11:** Claro que sim, aos idosos e não só.

**- Se sim, quais as estratégias/atividades/propostas que sugeria para melhorar o atendimento aos idosos?**

**E11:** acho que se conseguíssemos recuperar um bocadinho as tarefas desse projeto, ah, o contacto mais próximo com o familiar, um apoio, aí já não depende só de nós, mas um apoio desses doentes idosos com várias doenças de base por parte dos cuidados de saúde primários. Há um hospital em Sines, litoral alentejano, eles têm um projeto já há muitos anos, de gestão de caso, em que têm nos cuidados de saúde primários, equipas definidas

de apoio a doentes utilizadores frequentes no serviço de urgência e que têm no hospital pontos de referência de contacto caso haja necessidade de apoiar esses doentes sem a necessidade de o doente se deslocar ao serviço de urgência. Ahm, e foi um projeto que daquilo que eu sei, funcionou muito bem. Nós aqui, também um bocadinho na sequência da minha tese de mestrado, e do que foi possível fazer com os ACES aqui do algarve, enviamos mensalmente às diretoras executivas dos ACES, as listagens dos utilizadores frequentes do serviço de urgência do centro hospitalar, porque na altura se percebeu que muitos destes utilizadores frequentes nem tinham médico de família. Então começamos por aí para tentar que elas dentro dos ACES conseguissem atribuir médicos de família e uma atenção especial e perceber há quanto tempo é que estes doentes não vão ao centro de saúde e tentar puxá-los para as suas consultas. Não tenho a percepção de termos tido grande sucesso porque os doentes continuam a recorrer cá muito. Também, isto já acontece há uns dois anos ou três, a percepção que tenho é que já não são propriamente os mesmos doentes, mas também não tive possibilidade de fazer um acompanhamento, e isso também era interessante, para saber o que é que aconteceu a esses doentes iniciais. O que acontece muito, e não devia, é que nós estamos sempre a reagir, nós não temos propriamente tempo para pensar e para estudar, ah e então não há um planeamento, não há uma reflexão e isso também era importante.

#### **Gabinete de apoio ao idoso no serviço de urgência do CHUA**

**Considera que a criação de um gabinete de apoio podia melhorar o atendimento no serviço de urgência do CHUA?**

**E11:** Eu penso que sim, se esse gabinete de apoio ao idoso conseguisse fazer esta ponte entre o idoso que está cá e o familiar que está em casa, e que incorporasse também um assistente social que permitisse apoiar os familiares no regresso do idoso ao seu ambiente familiar. Acho que podia ser importante sim.

**Se sim:**

**- Quais deveriam ser os seus objetivos?**

**E11:** Seria o contacto entre os familiares e profissionais aqui do serviço, seria o apoio no regresso do idoso, tanto à sua casa como a integração em lar. Mesmo que os profissionais não tivessem uma ajuda efetiva, mas que lhes pudessem disponibilizar informações úteis de quais são as respostas dos cuidados de saúde na região, tanto a nível de apoios domiciliários, como das carteiras de serviços dos centros de saúde e das unidades de saúde familiares, coisas muito simples. Que muitas vezes a população não está informada, e isso

poderia fazer a diferença entre escolher ir ao centro de saúde ou ir ao serviço de urgência. Ou tentar que o próprio centro de saúde o apoie sem o doente ter que se deslocar, acho que para um idoso, às vezes com dificuldade em se movimentar, ah, era mais confortável o idoso permanecer nesse ambiente.

**- Na sua opinião, de que forma devia funcionar?**

**E11:** Pois isso já me ultrapassa, não sei. Se calhar fazer uma recolha dessas informações junto da comunidade e termos essa informação para disponibilizar. Mesmo a existência de empresas de apoio domiciliário na região ou de apoios da segurança social para pessoa mais desfavorecidas financeiramente e que muitas dessas pessoas não estão sensibilizadas para isso, nem conhecem que tipo de apoios podem pedir, e aí a parte do assistente social é fundamental.

**- Quais as classes profissionais que este gabinete deveria englobar?**

**E11:** O assistente social, o assistente técnico poderia fazer essa ponte, mas aí havia a questão da proteção de dados, portanto se calhar temos que ficar mesmo com um profissional de enfermagem. Acho que um psicólogo também era importante, se calhar não em permanência física, mas que tivesse um psicólogo alocado a esse gabinete que fosse possível de chamar quando necessário. E penso que em termos de profissionais é isto.

**Entrevistador: E acha que algum assistente de operacional, a preocupar-se com as necessidades básicas dos doentes, quer os que estão lá fora na sala de espera, quer os que estão dentro do serviço de urgência para aliviar os profissionais que estão em prestação de cuidados mais urgentes?**

**E11:** eu penso que sim, havendo esse gabinete é muito mais fácil dar essa atenção estar mais focada nesse grupo de doentes, é sempre uma mais-valia.

**- Qual o melhor horário de funcionamento?**

**E11:** Eu neste momento não tenho informação de dados que possam fundamentar esta questão, se bem que o período da noite é sempre muito mais calmo, tanto a nível dos doentes dentro do serviço como de doentes em espera, portanto eu penso que a iniciar seria com horário diurno, não podendo pensar em 24horas, penso que não se justifica o gabinete estar aberto durante a noite, mas se calhar um horário alargado, um horário de 12horas acho que seria importante. Das 10h às 10h talvez, porque das 8h às 10h é a passagem dos turnos, portanto esses profissionais ainda não terão grande informação para prestar à família.

**- Existe algum espaço físico onde poderia ser implementado?**

**E11:** Espaço não há, mas deveria de ser um espaço contíguo à admissão de doentes, ali nas redondezas, mas isso é encontrar uma agulha no palheiro neste hospital, é espaço, espaço porque estamos a funcionar no limite das nossas capacidades, já para lá do limite, portanto, ah, não sei mais onde vamos conseguir arranjar espaços.

**Conclusão sobre a entrevista e agradecimentos**

**- Gostaria de acrescentar algo que considere relevante para este estudo?**

**E11:** Não sei, acho que já falei de tudo.

**- Qual a sua opinião, no geral, acerca desta investigação**

**E11:** Acho que é uma mais-valia, acho que é importante percebermos também onde é que podemos melhorar, e nós não temos tempo para fazer isso. E é uma ótima ajuda para nós e é uma ótima ajuda para o doente e para o familiar se nós conseguirmos concretizar algumas das suas sugestões. Acho que só temos a agradecer.