



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Sousa, Liliana; Almeida, Assunção; Simões, Carlos Jorge
Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes
Saúde e Sociedade, vol. 20, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 195-206
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263674021>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vivências em Serviço de Urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes¹

Emergency Room: the role of the accompanying person

Liliana Sousa

PhD, Professora Auxiliar com Agregação no Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

Endereço: Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, CEP 3810-193 Aveiro, Portugal.

E-mail: liliana@ua.pt

Assunção Almeida

PhD, Equiparada a Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

Endereço: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, CEP 3810-193 Aveiro, Portugal.

E-mail: laranjeira.almeida@ua.pt

Carlos Jorge Simões

Licenciado em Enfermagem, Equiparado a Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal

Endereço: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, CEP 3810-193 Aveiro, Portugal.

E-mail: cjsimoes@ua.pt

¹ Financiado pela Unidade de Investigação Centro de Investigação em Educação e Ciências do Comportamento, Universidade de Aveiro, Fundação para a Ciência e Tecnologia (Portugal).

Resumo

As pessoas que acompanham um utente no serviço de urgência (SU), familiares ou não, são parte integrante da unidade de cuidados. Em Portugal, a prática comum no acompanhamento a adultos é a permanência numa sala de espera exterior. Este estudo exploratório realizado em Portugal procura compreender melhor as vivências em SU dos diversos envolvidos, procurando clarificar o papel dos acompanhantes no serviço de urgência, para reflectir sobre formas de promover a sua participação em todo o processo. Adoptou-se a técnica dos incidentes críticos que foi aplicada por entrevista a 71 indivíduos que representam as diversas partes envolvidas: 2 administrativos (2,8%); 7 médicos (9,9%); 9 auxiliares de acção médica (12,7%); 9 bombeiros (12,7%); 9 utentes (12,7%); 20 enfermeiros (28,2%); 15 acompanhantes (21,1%). Os principais resultados indicam que: i) os participantes relatam mais incidentes negativos que positivos (72,9%), associados a comportamentos e atitudes emocionais (tais como, agressividade dos acompanhantes, distância e agressividade dos profissionais e acompanhantes que dificultam a prestação de cuidados); ii) os participantes raramente referem insatisfação ou ineficácia dos cuidados e tratamentos (constituem 4,3% dos incidentes); iii) os incidentes positivos (17,1%) referem-se a profissionais humanos e sensíveis (50%) e eficazes (25%). O serviço de urgência constitui uma zona de tempestade emocional e é necessário repensar a forma como o acompanhante dos doentes decorre.

Palavras-chave: Acompanhantes; Família; Urgência.

Abstract

Those who accompany a patient in the emergency service, either members of the family or others, are an integral part of the care unit. In Portugal, the usual practice in adults' accompaniment is the permanence in an exterior waiting room. This exploratory study aims at better understanding the emergency service experiences of all those involved, trying to clarify the role of the accompanying person, and reflecting on ways of promoting their participation in the entire process. The Critical Incidents Technique was adopted and administered by interview to 71 participants that represent the several involved parts: 2 administrative workers (2.8%); 7 doctors (9.9%); 9 medical assistants (12.7%); 9 fire-fighters (12.7%); 9 users (12.7%); 20 nurses (28.2%); 15 accompanying persons (21.1%). The main results suggest that: i) participants report more negative incidents (72.9%), related to emotional behaviours and attitudes (such as accompanying person's aggressiveness, professionals' distance and aggressiveness); ii) participants' reference to dissatisfaction or inefficacy of care is rare (4.3% of the incidents); iii) positive incidents are centred on sensitive professionals (50%) and efficacy (25%). The emergency service is an area of emotional storm and it is necessary to rethink the way users are being accompanied by their dear ones.

Keywords: Accompanying Persons; Family; Emergency Service.

Introdução

Em Portugal os utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm o direito de visita e acompanhamento familiar em situação de internamento. Em relação aos SU (Serviços de Urgência) a regulamentação ainda não é clara². O acompanhamento é a possibilidade da pessoa admitida num SU ser acompanhada por uma pessoa indicada por si (ou caso o doente não possa expressar a sua vontade, por alguém que demonstre o seu parentesco ou relação com o doente) na zona de consulta e tratamentos. Sublinhe-se que crianças, adolescentes e doentes portadores de deficiência têm o direito a acompanhamento. Mas, o acompanhamento de adultos e idosos que recorrem a um SU depende do regulamento do hospital e/ou da decisão do profissional que faz a triagem. O recurso a um SU é sempre um momento de fragilização do doente e dos seus familiares que tendem a sentir-se ansiosos e com medo do diagnóstico clínico.

Num momento em que em nível internacional se discute possibilidade de os acompanhantes estarem presentes durante procedimentos mais invasivos e ressuscitação, em Portugal discute-se ainda a possibilidade (condições e situações) em que os acompanhantes podem “entrar” no SU com o doente. De facto, a situação mais comum no nosso país é que quando adultos e idosos se dirigem a um SU vão “entrar” sozinhos, enquanto o acompanhante (familiar ou não) fica no exterior numa sala de espera (podendo ter alguma informação, quando solicitada, através da assistente social; ou beneficiando da gentileza de algum profissional que permite uma breve visita ao doente).

É reconhecido que os acompanhantes de pessoas doentes em SU são parte integrante da unidade de cuidados; contudo existem poucos dados empíricos sobre as suas necessidades durante este período de cuidados (Redley e col., 2003; Meyers e col., 2004). Além disso, em relação à presença da família no SU (em alternativa a ficar na sala de espera exterior) há algumas questões que precisam ser aprofundadas: i) A presença da família é reconfortante para o paciente? A presença do acompanhante é stressante para o

² Em 14 de Julho de 2009 (já após a realização deste estudo), foi publicada a Lei nº 33/2009, que consagra o direito de acompanhamento de todos utentes dos SU do Serviço Nacional de Saúde. Esta lei tem agora de ser regulamentada, em termos de normas e condições de aplicação, pelas instituições de saúde.

próprio? Ou é des/confortável para os profissionais? Pouca investigação existe que clarifique estas questões, especialmente incidindo em procedimentos invasivos ou ressuscitação cardiovascular. Meyers e colaboradores (2004) observaram que os acompanhantes (especialmente familiares) acreditam que estar com o paciente é um direito; além disso, percebem-se como participantes activos no processo de cuidado, principalmente providenciando conforto. Os acompanhantes sentem que para serem eficazes necessitam de estar informados e interagir com o doente.

A qualidade dos cuidados de saúde pode ser promovida através de abordagens centradas no paciente e sua família, que reconhecem o papel integral da família e encorajam uma colaboração mutuamente benéfica entre paciente, sua família e profissionais de saúde (Schamban e col., 2008). As vantagens de ter elementos da família presentes no SU têm sido reconhecidas, por exemplo como uma importante estratégia clínica para apoiar as famílias a gerir a morte súbita de um dos seus membros.

Providenciar os melhores cuidados e tratamentos é o objectivo dos profissionais de saúde que trabalham num SU, por isso torna-se relevante identificar as experiências relacionadas com os acompanhantes em serviço de urgência considerando a perspectiva dos diversos envolvidos (doentes, acompanhantes, bombeiros, vigilantes, auxiliares de acção médica, administrativos, enfermeiros, médicos, estudantes de enfermagem). Deste modo, podemos compreender melhor o papel dos acompanhantes e reflectir sobre formas de promover a sua participação.

Metodologia

A metodologia baseia-se na técnica dos incidentes críticos (TIC), um método que permite recolher factos (incidentes que ocorreram) junto a especialistas (profissionais ou clientes de um serviço), de forma a aprofundar o conhecimento nessa área e melhorar o desempenho dos envolvidos (Kemppainen, 2000). Um incidente é uma actividade humana observável, suficientemente completa para permitir inferências e predições; a maioria dos incidentes críticos não é dramática, mas acontecimentos da rotina diária que devem ser foco de reflexão (Flanagan, 1954; Francis,

2004). No âmbito dos cuidados de saúde, este desenho de investigação apresenta como vantagens permitir (Kemppainen, 2000): identificar as experiências dos pacientes/acompanhantes nos locais de prestação de cuidados; explorar dimensões da interacção entre profissionais e pacientes; identificar o modo como os pacientes respondem à doença e aos tratamentos.

Instrumento

A TIC foi administrada em contexto de entrevista orientada pelo seguinte convite:

“Por favor, pense numa situação que se tenha passado num serviço de urgência envolvendo familiar(es)/acompanhante(s) de utentes. Pense numa situação relativamente recente e que tenha sido significativa para si (ou seja, que tenha ficado gravada na sua memória), indicando se a experiência foi positiva ou negativa”.

Este “convite” era acompanhado de instruções e questões: ser preciso na descrição do incidente (o que aconteceu, quem esteve envolvido, porque foi significativo para o inquirido); descrever quem fez o quê; identificar o incidente como positivo ou negativo; escolher um incidente recente, de preferência ocorrido nos últimos 6 meses, pois à medida que o tempo passa aumenta há o perigo de as respostas se basearem em estereótipos. O questionário incorporava, ainda, um conjunto de informação sobre o objectivo do estudo, a natureza voluntária da participação e a garantia de anonimato e confidencialidade.

Recolha de dados

O projecto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Infante D. Pedro, EPE, de Aveiro. A recolha de dados foi efectuada por alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade de Aveiro (com formação em metodologias de investigação) entre Setembro e Dezembro de 2008. Decorreu nesse hospital (após obtida autorização do SU), mas também através do processo bola-de-neve e em outras instituições de saúde (designadamente, outros hospitais que deram autorização) em que os alunos estagiavam. Nos hospitais onde se procedeu à recolha de dados (como, em geral, nos hospitais portugueses) o acompanhamento é um direito para

crianças, adolescentes e doentes portadores de deficiência; para as restantes pessoas que são admitidas no SU, o acompanhamento é decidido na triagem, havendo recomendações emanadas das administrações dos hospitais para que tal seja facilitado a doentes com problemas sensoriais, cognitivos e/ou de saúde mental.

Os médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica e administrativos foram contactados em contexto hospitalar ou pelo processo bola-de-neve; os bombeiros foram contactados através de corporações de bombeiros (que formalizaram a autorização); os doentes e acompanhantes foram contactados nas instituições de saúde e pelo processo bola de neve.

O pedido de colaboração aos potenciais participantes decorria do seguinte modo: numa primeira abordagem era indicado o objectivo do estudo, colaboração solicitada e explicava-se que os participantes deveriam ter tido um contacto recente com o serviço de urgência (indicando os papéis possíveis); quando os potenciais participantes concordavam em participar e respeitavam o critério de inclusão, era-lhe explicado o instrumento e perguntava-se se

preferiam responder por entrevista ou auto-preenchimento; por norma, os profissionais preferiam auto-preenchimento (alguns preenchiam no momento, outros levavam para preencher e combinavam uma data e local para entrega) e doentes e acompanhantes preferiam a entrevista (com duração entre 15 e 60 minutos). Na administração do instrumento, as principais dificuldades foram: disponibilidade de tempo por parte de alguns profissionais; dificuldade na devolução dos questionários nos casos de auto-preenchimento.

Amostra

Foram inquiridos 71 sujeitos (Tabela 1) com média etária de 35,6 anos, variando entre os 20 e os 76 anos; 59,2% do sexo masculino. Os homens eram significativamente ($t=-1.949$; $p=0.049$) mais velhos ($M=38,1$; $DP=13,0$) do que as mulheres ($M=32$; $DP=12,8$). Relativamente ao papel que desempenham organizam-se do modo seguinte: 2,8% administrativos; 9,9% médicos; 12,7% auxiliares de acção médica; 12,7% bombeiros; 12,7% doentes; 28,2% enfermeiros; 21,1% familiares/accompanhantes de doentes.

Tabela 1 - Distribuição do nº, proporção de sujeitos pertencentes a amostra, idade média e desvio padrão segundo sexo e papel desempenhado no serviço de urgência. Hospital de Aveiro (Portugal), 2008

Papel no serviço de urgência	Total		Sexo				Idade (em anos)	
	N	%	Masculino		Feminino		Média I	Desvio-padrão
			n	%	n	%		
Auxiliares	9	12,7	7	16,7	2	6,9	35,0	9,8
Administrativos	2	2,8	2	4,8	-	-	36,0	4,2
Bombeiros	9	12,7	7	16,7	2	6,9	36,3	5,1
Doentes	9	12,7	5	11,9	4	13,8	45,9	19,2
Enfermeiros	20	28,2	4	9,5	16	55,2	34,0	10,9
Familiares	15	21,1	11	26,2	4	13,8	35,9	14,3
Médicos	7	9,9	6	14,3	1	3,4	45,7	9,0
Total	71	100	42	59,2	29	40,8	35,6	13,2

Análise dos dados

Todas as entrevistas foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo. O processo compreendeu duas fases: definição de categorias e subcategorias; classificação dos incidentes das (sub)categorias identificadas.

A primeira fase centrou-se na criação e testagem do sistema de categorização, tendo sido um processo de sucessivo refinamento. Envolveu dois juízes independentes (as 2 primeiras autoras). Cada juiz leu todos os incidentes e desenvolveu uma lista de categorias e subcategorias. Depois reuniram-se para

comparar e discutir as propostas, até chegarem a um acordo. Depois cada juiz categorizou aleatoriamente 5 incidentes de forma a confirmar se o sistema de

categorização se adequava. Por fim, organizou-se a lista de categorias e subcategorias, incluindo a definição e exemplos (Quadro 1).

Quadro 1 - Sub/categorias: definições e exemplos

Sub/categorias	Definição e exemplos	
1. Estrutura e organização		
1.1. Recursos insuficientes	Em momentos de maior afluência, algum material (por exemplo, macas e cadeiras) e recursos humanos são insuficientes. <i>“Fui atendido na triagem e fui para a sala de espera que estava vazia. Ao fim de uns 45m piorei e desfaleci, não sei quanto tempo fiquei inconsciente, até que entrou outro paciente e pediu auxílio para mim. Não havia nenhum profissional. Finalmente fui atendido!”</i> [doente, 29 anos, homem]	
1.2. Elevado tempo de espera	O tempo de espera é elevado e aumenta com o volume de atendimento: i) os doentes esperam, por vezes com dores para serem atendidos (após a triagem), por um médico de especialidade e para beber água ou comer algo após terem pedido; ii) os acompanhantes esperam para ter informações; iii) os bombeiros esperam até terem uma maca para deixar o doente. Alguns relatos indicam que as pessoas chegam a estar um dia inteiro na urgência. <i>“Vim acompanhar um familiar à urgência. Desde que foi triado até ser observado por um médico passaram horas!”</i> [acompanhante, 36 anos, homem]	
1.3. Pouca articulação	Refere-se à desarticulação: entre hospitais relativas a transferências; e indisponibilidade de bombeiros para levarem os doentes a casa.	
2. Profissionais		
2.1. Humanismo	2.1.1. Humanos e sensíveis Os profissionais são atenciosos, simpáticos e respeitadores: i) informam os acompanhantes; ii) dão apoio em situações complicadas (p. ex., morte de um familiar próximo). <i>“Estava um doente em fase terminal e foi permitido aos familiares passarem os últimos momentos junto dele!”</i> [enfermeiro, 26 anos, masculino]	2.1.2. Agressivos e distantes Os profissionais: i) ignoram os pedidos dos doentes; ii) não cumprimentam; iii) não valorizam as queixas dos doentes (por exemplo, um doente está a gemer na maca e passam sem ligar); iv) executam os procedimentos sem dar informação; v) não informam o acompanhante; v) são verbalmente agressivos com acompanhantes, doentes e outros profissionais. <i>“Ele nem a viu, olhou para o Rx, receitou qualquer coisa e mandou a minha mãe embora!”</i> [acompanhante, 23 anos, feminino]
2.2. Cuidados e tratamentos	2.2.1. Eficaz Os doentes sentem-se bem tratados e/ou sentem-se bem por serem ajudados. <i>“Tudo correu bem: fui triado, entrei, esperei um pouco, fui atendido, medicado e vim embora!”</i> [doente, 63 anos, masculino]	2.2.2. Ineficaz O tratamento recomendado não é eficaz: o doente não fica bem e/ou piora nas próximas horas/dias. <i>“Levei-o para casa e cada vez sentia-se pior!”</i> [acompanhante, 30 anos, feminino]
2.3. Tomada de decisões complexas	Os profissionais são confrontados com a necessidade de tomar decisões difíceis sobre os doentes, que têm de ser rápidas e, algumas vezes, sem o doente e/ou um familiar poder ser consultado.	
3. Doentes		
3.1. Agressividade	Os doentes são agressivos com: i) profissionais (insultam, ameaçam, agredem, gritam, normalmente devido ao elevado tempo de espera; ii) acompanhantes. <i>“A rapariga dizia que tinha muitas dores! Deixaram entrar a mãe, mas quando esta se dirigia à filha para a acalmar, ela respondia-lhe mal e queria que ela fosse embora. Recusava a medicação e falava mal a toda a equipa!”</i> [enfermeira, 21 anos, feminino]	

(continua)

Quadro 1 - Sub/categorias: definições e exemplos (continuação)

Sub/categorias	Definição e exemplos	
4. Acompanhantes		
4.1. Agressividade	Os acompanhantes são agressivos com: i) profissionais (enganam, insultam, gritam, querem saber o que estão a fazer e porque demora, já que querem ir para casa com o doente); ii) outros acompanhantes (discutem, agridem); iii) doentes que acompanham (demonstram que estão chateados por estar ali). <i>“Há uns meses presenciei na sala de espera uma enorme discussão. Para além da discussão diziam várias asneiras a ponto de a maioria das pessoas abandonar a sala!”</i> [acompanhante, 50 anos, feminino]	
4.2. Facilitar/difícultar cuidados	4.2.1. Facilitam os cuidados Os acompanhantes facilitam os cuidados, por exemplo falando com o doente para aceitar os cuidados propostos ou ajudando-o a diminuir a ansiedade. <i>“Uma doente com história de abuso de álcool, não permitia que lhe prestassem qualquer cuidado invasivo. Chamou-se a irmã que estava na sala de acompanhantes e ela convenceu a doente!”</i> [enfermeira, 21 anos, feminino]	4.2.2. Dificultam os cuidados Alguns acompanhantes dificultam os cuidados quando: i) insistem, gritam e fazem muitas perguntas impedindo os profissionais de trabalhar; ii) não dão algumas informações aos profissionais impedindo cuidados mais eficazes; iii) são indiferentes com o doente (falam como se não estivesse lá, tratam-no com agressividade e/ou não o querem levar para casa após a alta clínica). <i>“O familiar de um utente estava sempre a solicitar os médicos e enfermeiros, para pedir informações ou para dizer que o pai era diabético. Não fazíamos mais nada!”</i> [enfermeira, 21 anos, feminino]
5. Outros		
	Inclui: doentes com muitas entradas em pouco tempo; abandonar as urgências sem ser atendido; não seguir as instruções médicas; ir às urgências por problemas que não o justificam; diversidade cultural e de problemas.	

Na segunda fase, os dois juízes categorizaram de modo independente cada incidente. Em seguida reuniram-se para analisar as (dis)concordâncias, a concordância entre juízes (valor calculado pela divisão do número de concordâncias pelo total de concordâncias e discordâncias) foi de 91,4%, o que representa uma boa fiabilidade (Miles e Huberman, 1984). Por fim, discutiram os incidentes em que havia discordância e este processo conduziu à concordância em relação a todos os incidentes.

Categorias e subcategorias

As experiências, positivas e negativas, dos inquiridos foram organizadas 4 categorias (quadro 1): “estrutura e organização” que envolve aspectos associados aos recursos e tempo de espera; “profissionais” associada aos seus comportamentos, atitudes e competência; “doentes” relacionada com o seu comportamento; “acompanhantes” associada ao seu comportamento e colaboração nos cuidados ao utente (pessoas que acompanham).

Resultados

Cada participante (71) relatou 1 incidente, contudo 1 incidente foi anulado por não descrever um acontecimento, mas ser uma apreciação global de um serviço de urgência. Assim, os incidentes utilizáveis são 70 relatados por 70 participantes. Os participantes relatam mais incidentes negativos (73,9%), do que positivos (17,4%); classificam ainda alguns incidentes como positivos e negativos (8,7%), pois consideram que as implicações são diferentes consoante os envolvidos (por exemplo, um utente que chega muito ferido ao serviço acaba por morrer, o que é negativo, mas os profissionais conseguem que os familiares o acompanhem nos últimos momentos, o que é positivo). As mulheres relatam 41,4% dos incidentes e os homens 58,6%; em termos da classificação dos incidentes em positivos/negativos as distribuições dos géneros é similar (χ^2 (2) = 1,66; p=0.436). A média etária dos respondentes

que relatam incidentes positivos/negativos é estatisticamente similar ($t=1,878$; $p=0,457$), sugerindo que a idade não influencia a classificação dos incidentes. Também a função exercida na urgência não influencia o relato de incidentes positivos/negativos ($\chi^2(6) = 1,94$; $p=0,376$), de facto todos relatam mais incidentes negativos; de realçar que os auxiliares de acção médica e os administrativos apenas relatam eventos negativos; os restantes envolvidos relatam mais incidentes negativos, mas também alguns positivos e positivos/negativos.

A classificação dos incidentes (Tabela 2) indica que os incidentes ocorrem principalmente em duas categorias: “profissionais” (34,3%) e “acompanhantes” (35,7%). A categoria menos referida é: “doentes” – 4,3%. Ou seja, os relatos centram-se nos acompanhantes e profissionais, quase não focando os doentes. As categorias onde mais incidem os incidentes negativos são: “acompanhantes” (37,3%) e “estrutura e organização” (31,4%); os incidentes positivos centram-se na categoria “profissionais” (75%). No que se refere às subcategorias, no global: i) as mais referidas são “agressividade dos acom-

panhantes” (18,6%), “os acompanhantes dificultam os cuidados” (15,7%) e “elevado tempo de espera” (14,3%); ii) as menos mencionadas são “os acompanhantes facilitam os cuidados” (1,4%), “pouca articulação entre profissionais e serviços” (2,9%) e “tomada de decisões complexas” (2,9%).

As subcategorias classificadas como negativas mais referidas são “agressividade dos acompanhantes” (21,6%), “elevado tempo de espera” (19,6%) e “profissionais agressivos e distantes” (17,6%). Por oposto, as subcategorias classificadas como positivas mais mencionadas são “profissionais humanos e sensíveis” (50%) e “cuidados e tratamentos eficazes” (25%). Assim, os dados sugerem que os contributos para os incidentes negativos emergem principalmente dos acompanhantes e dos profissionais, enquanto para os eventos positivos os contributos são principalmente dos profissionais. O tempo de espera parece ser um elemento mediador, pois à medida que se alonga terá tendência a aumentar a irritabilidade dos acompanhantes que querem ir para casa com a pessoa que acompanham sabendo que está bem.

Tabela 2 - Classificação dos eventos nas categorias

Classificação	Negativo		Positivo		Pos/negativo		Total	
Sub/categorias	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Estrutura e organização	16	31,4	0	-	0	-	16	22,9
1.1. Recursos insuficientes	4	7,8	0	-	0	-	4	5,7
1.2. Elevado tempo de espera	10	19,6	0	-	0	-	10	14,3
1.3. Pouca articulação	2	3,9	0	-	0	-	2	2,9
2. Profissionais	14	27,5	9	75	0	-	24	34,3
2.1.1. Humanos e sensíveis	1	1,9	6	50	0	-	7	10,0
2.1.2. Agressivos e distantes	9	17,6	0	-	0	-	9	12,9
2.2.1. Cuidados eficazes	0	-	3	25	0	-	3	4,3
2.2.2. Cuidados ineficazes	3	5,9	0	-	0	-	3	4,3
2.3. Tomada de decisões	1	1,9	0	-	1	16,7	2	2,9
3. Doentes	2	3,9	0	-	1	16,7	3	4,3
3.1. Agressividade	2	3,9	0	-	1	16,7	3	4,3
4. Acompanhantes	19	37,3	2	16,7	3	50	25	35,7
4.1. Agressividade	11	21,6	1	8,3	0	-	13	18,6
4.2.1. Facilitam cuidados	0	-	1	8,3	0	-	1	1,4
4.2.2. Dificultam cuidados	8	15,7	0	-	3	50	11	15,7
5. Outros	0	-	1	8,3	1	16,7	2	2,9
Total	51	72,9	12	17,1	6	8,6	70	100

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos segundo papel do respondente versus sub/categorias dos incidentes (1)

Categorias	Auxiliares de Acção Médica		Adminis- trativos		Bombeiros (2)		Doentes		Enfermeiros (3)		Acompa- nhantes (4)		Médicos (5)		
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	
1. Estrutura e organização		2		0		6		2		1		5		0	
1.1. Recursos insuficientes		0		0		3		0		0		1		0	
1.2. Elevado tempo de espera		1		0		2		2		1		4		0	
1.3. Pouca articulação		1		0		1		0		0		0		0	
2. Profissionais		3		1		0		4		1		5		0	
2.1.1. Profissionais: humanos e sensíveis		1		0		0	1	0	5	0		0		0	
2.1.2. Profissionais: agressivos e distantes		1		1		0		2		1		4		0	
2.2.1. Cuidados e tratamentos: eficazes		0		0		0	1	0		0	1	0	1	0	
2.2.2. Cuidados e tratamentos: ineficazes		0		0		0		2		0		1		0	
2.3. Tomada de decisões complexas		1		0		0		0		0		0		0	
3. Doentes		0		0		1		0		1		0		0	
3.1. Agressividade		0		0		1		0		1		0		0	
4. Acompanhantes		3		1		0		1		7		3		4	
4.1. Agressividade		1		1		0		1		3	1	3		2	
4.2.1. Acompanhantes: facilitam cuidados		0		0		0		0	1	0		0		0	
4.2.2. Acompanhantes: dificultam cuidados		2		0		0		0		4		0		2	
5. Outros		0		0		0		0		0		0	1	0	
Total		0	8	0	2	0	7	2	7	6	10	2	13	2	4

(1) Não contabilizámos os incidentes classificados como positivos e negativos, pois são apenas 6.

(2) Relatam 1 incidente positivo e negativo.

(3) Relatam 3 incidentes positivos e negativos.

(4) Relatam 2 incidentes positivos e negativos.

A análise das (sub)categorias pelo papel desempenhado pelo narrador (quadro 4) sugere que o papel influencia as categorias referidas nos episódios relatados. Assim: i) os auxiliares de acção médica relatam incidentes associados a “profissionais”, “acompanhantes” e “estrutura e organização”; ii) os bombeiros focam a “estrutura e organização”; iii) os doentes centram os “profissionais”; vi) os enfermeiros realçam “profissionais” e “acompanhantes”; v) acompanhantes salientam “estrutura e organização”, “profissionais” e “acompanhantes”; vi) os médicos salientam os “acompanhantes”. Estes dados sugerem que cada parte envolvida salienta a área mais ligada às funções que desempenha.

Passamos agora a analisar a distribuição dos relatos positivos por subcategorias e narrador: i) auxiliares de acção médica, administrativos e

bombeiros não apresentam relatos positivos; ii) os doentes e os acompanhantes realçam o “humanismo e sensibilidade dos profissionais” e a “eficácia dos tratamentos e cuidados”; iii) os enfermeiros realçam o “humanismo dos profissionais” e também os “acompanhantes que facilitam os cuidados”; iii) os médicos salientam a “eficácia dos tratamentos e cuidados”. Estes resultados sugerem os papéis complementares dos vários elementos envolvidos num SU.

A mesma análise considerando os incidentes negativos sugere que cada envolvido relata eventos que descrevem os obstáculos que enfrentam a realizar de forma efectiva a sua função. Assim: i) os auxiliares de acção médica focam “estrutura e organização” (elevado tempo de espera e pouca articulação), “profissionais” (agressivos e distantes) e

“acompanhantes” (agressividade e dificultar os cuidados), parecendo ter uma intervenção transversal num serviço de urgência; ii) os bombeiros centram a “estrutura e organização” (recursos insuficientes e elevado tempo de espera); iii) os doentes centram os “profissionais” (agressivos e distantes e a ineficácia dos tratamentos) e ainda a “estrutura e organização” (elevado tempo de espera); iv) os enfermeiros e os médicos centram os “acompanhantes” (agressividade e dificultam os cuidados); v) os acompanhantes focam “profissionais” (agressivos e distantes), “estrutura e organização” (elevado tempo de espera) e “acompanhantes” (agressividade).

Discussão

Os resultados revelam o predomínio de relatos de incidentes negativos (72,9%), que não parecem indicar ineficácia ou insatisfação com os cuidados e tratamentos que constituem 4,3% dos incidentes. Parecem antes demonstrar que o SU é uma “zona de tempestade emocional” (Griffin, 2008), pois os relatos negativos focam agressividade dos acompanhantes (21,6%), profissionais distantes e agressivos (17,6%) e acompanhantes que dificultam os cuidados (15,7%). A estas circunstâncias associa-se o elevado tempo de espera (19,6%) que aumenta a ansiedade dos envolvidos e, por isso, pode potenciar as situações anteriores. Os relatos positivos constituem 17,1% e incidem nos profissionais, humanos e sensíveis (50%) e eficazes (25%). Parece que as dificuldades não estão na prestação de cuidados, mas em circunstâncias que a envolvem. Principalmente porque os acompanhantes podem aguardar durante longas horas na sala de espera, sem informações sobre a pessoa que acompanham e sem terem a possibilidade de a ver. Assim, a sua ansiedade é elevada e pode evoluir em escalada pelo contacto com outros acompanhantes que partilham a mesma sala de espera e vivem circunstâncias similares.

Os relatos negativos incidem em acompanhantes (37,3%), organização (31,4%) e profissionais (27,5%). Ou seja, parece que as dificuldades emergem principalmente na relação entre profissionais e acompanhantes pautada por alguns comportamentos agressivos e mediada por aspectos organizativos (elevado tempo de espera). A leitura destes resul-

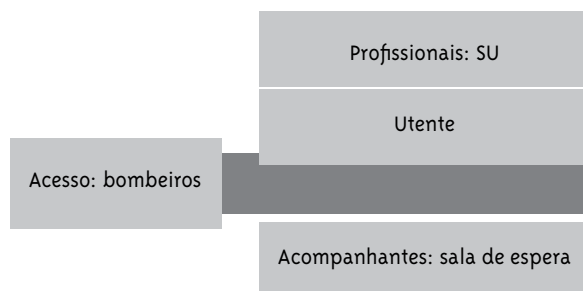
tados parece indicar que acompanhantes (levar o doente a ser cuidado e levá-lo bem e rapidamente para casa) e profissionais (cuidar rapidamente de todos os doentes) querem desempenhar bem/eficientemente a sua função. Contudo negligenciam a interdependência de funções, a atenção ao outro e à sua perspectiva (empatia).

Dos relatos é possível compreender que os acompanhantes, à medida que aumenta o tempo de espera, vão começando a pensar em diversas questões: *porque está a demorar tanto? Porque não nos dizem nada? Será que estão a tratar bem da pessoa que estou a acompanhar? Será que é muito grave? À medida que emergem estes pensamentos, passam a insistir mais para obterem informações dos profissionais; por sua vez, estes vão pensando: porque não nos deixam trabalhar? Porque estão sempre a fazer perguntas? Ainda não há nada para dizer! Estamos a fazer tudo o que podemos e temos tanto trabalho!* E, as perguntas de uns são respondidas pelos pensamentos dos outros, mas a interligação é pouca. Ou seja, há duas perspectivas (cada um centra a sua, sem se aperceber de como influencia o outro): i) os acompanhantes ficam agressivos ou dificultam os cuidados, porque estão muito tempo à espera, com pouca informação e sentem que os profissionais são distantes e/ou agressivos, “logo podem não estar” a cuidar do doente; ii) os profissionais, por vezes, são mais distantes pois estão a fazer o seu trabalho e têm de atender muitos doentes; fazem o melhor e os acompanhantes dificultam a sua eficácia ao querer informação.

Num serviço de urgência encontram-se pessoas diversas com diferentes funções e objectivos. Os bombeiros desempenham uma função de acesso ao SU (levar os doentes o mais rápido possível até ao hospital e, por vezes, transportá-los de regresso a casa). Relatam principalmente incidentes negativos que focam a estrutura e organização (recursos insuficientes e elevado tempo de espera). Ou seja, os aspectos que os impedem de ser eficientes. Os auxiliares de acção médica colaboram em diversas tarefas de apoio aos profissionais de saúde, assumindo uma função de suporte e transversal no SU. Daí que os incidentes negativos que relatam se dispersem pelas diversas categorias. Os utentes dirigem-se ao SU porque se sentem doentes e querem ser atendi-

dos com sensibilidade e rapidez, sentir-se melhor e ir para casa; por isso incidem os relatos negativos em tempo de espera, (ausência de) humanismo e in/eficácia dos profissionais. Os acompanhantes querem que os “seus” sejam atendidos rapidamente (porque estão doentes), com humanismo e eficácia (e irem para casa depressa). Por isso focam os relatos em tempo de espera, distância dos profissionais e agressividade de outros acompanhantes. Os profissionais (médicos, enfermeiros) querem prestar os melhores cuidados com rapidez, por isso focam os acompanhantes que são agressivos e/ou dificultam os cuidados e centram os incidentes positivos no humanismo dos profissionais. Todos os envolvidos desejam eficiência e rapidez na prestação de cuidados com humanismo, mas há incompreensão entre os envolvidos (Figura 1).

Figura 1 - Profissionais versus acompanhantes?!



Todos os envolvidos partilham um objectivo comum: cuidar do doente com rapidez, humanismo e eficácia. Mas desempenham funções complementares, muitas vezes não se apercebendo da interdependência. A área cinzenta (figura 1) é uma barreira comunicacional: os acompanhantes não sabem o que se passa com o seu familiar; querem vê-lo, falar com ele, saber se está bem. Paralelamente, os profissionais não sabem o que os acompanhantes estão a pensar ou a sofrer (sabem que estão a dar o seu melhor). Provavelmente isto ocorre porque os acompanhantes desempenham a sua função de forma individualizada (um acompanhante, um utente), enquanto os profissionais desempenham a sua função com menor individualização e maior generalização (vários profissionais complementam-

se nos cuidados e tratamentos a diversos utentes). Ao mesmo tempo desempenham as suas funções complementares em locais diferenciados, sem acesso entre si: os profissionais estão no interior do SU, os acompanhantes na sala de espera (e os doentes ou no SU ou entre um e o outro local).

A empatia exige que os profissionais se coloquem a seguinte pergunta: como se sentiriam estando na sala de espera sem saber nada do vosso familiar? O que se passa é que os médicos e enfermeiros trabalham para lá de uma barreira, enquanto as famílias esperam cá fora por notícias. Esta situação tem vindo a mudar em muitos países e SU's, que abrem as portas aos familiares. Os acompanhantes ficam ansiosos quando deixam um familiar no SU, muitas vezes em circunstâncias de sobrelotação, pessoal insuficiente, esperas prolongadas e pouca comunicação/informação. Os dados sugerem que se os profissionais querem o seu trabalho apreciado e valorizado têm de *abrir as portas* aos acompanhantes. Paralelamente os acompanhantes também terão de ser empáticos e aprender a ser respeitar e compreender o trabalho que está a ser feito.

A comunicação entre os profissionais de saúde e os clientes tem sido apontada como o principal factor que contribui para a satisfação do cliente (Dubuque, 2005). Manter os pacientes e seus acompanhantes atempadamente informados: do processo e situação de cuidados; de atrasos na progressão expectável dos cuidados.

O desafio de gerir da melhor forma a interligação com os acompanhantes dos doentes assume-se como mais complexa em SU. Uma das características de um SU é a diversidade dos doentes que lá chegam para serem atendidos: em idade, origem cultural e social, problemas, histórias que os acompanham. A diversidade existe num clima de imprevisibilidade (que problemas vão surgir? Que casos vão chegar?) e de tensão permanente. Assim, gerir a diversidade é um desafio (Stewart, 2008).

Recomendações

A melhoria contínua do SU parece poder ser fomentada por actuar na zona cinzenta (figura 1) e na compreensão mútua: i) um sistema de informação mais eficaz que possa “libertar” os profissionais para *fazerem o seu trabalho* com menos interferências

dos acompanhantes; por exemplo, apresentando um ecrã com tempo de espera, realizando um *briefing* aos acompanhantes; ii) permitir maior acompanhamento dos utentes pelos acompanhantes (sempre que possível, sem prejudicar/dificultar os cuidados); iii) criar ambientes calmos nas salas de espera, por exemplo, colocando música relaxante e evitando ter as televisões a dar programas que falam de doenças graves, catástrofes ...; dividindo as salas de espera para evitar aglomerações de pessoas. O grande desafio dos profissionais em Portugal parece ser um acompanhamento mais regular dos doentes. É necessário que os espaços e os profissionais e os acompanhantes estejam preparados. Hanneman e colaboradores (2008) argumentam que envolver os pacientes e os acompanhantes evita problemas, por exemplo, relativos a negligência.

Limitações e perspectivas de pesquisa

Este estudo exploratório necessita de ser replicado, principalmente utilizando outras abordagens metodológicas. Nomeadamente, seria interessante utilizar desenhos mais fenomenológicos e a observação participativa, que permitissem caracterizar “um dia no SU”. Além disso, esta seria uma abordagem que recorreria menos à memória e seria mais fidedigna.

Conclusões

Os acompanhantes são parte integrante da unidade de cuidados num SU. Assim, a evolução de uma SU passa também por melhorar a ligação e participação dos acompanhantes, designadamente: aumentar a compreensão mútua e empatia entre profissionais e acompanhantes; melhorar o sistema de informação de forma a facilitar a ligação entre profissionais, acompanhantes e utentes.

Além disso, torna-se cada vez mais relevante reflectir sobre presença dos acompanhantes na zona de tratamento. Por exemplo, estando presente durante a realização de alguns procedimentos, uma nova prática ainda controversa, mas com efeitos benéficos no familiar que tende a expressar apreço pelos esforços da equipa. Os profissionais (médicos e enfermeiros) mais experientes tendem a ser a favor desta prática). Acresce a importância de garantir

apoio emocional aos profissionais que trabalham numa zona de tempestade emocional, que muitas vezes são desvalorizados (Griffin, 2008).

Referências

- DUBUQUE, P. Simple solutions for client satisfaction. *Topics in Emergency Medicine*, Baltimore, v. 27, n. 4, p. 277-280, oct-dec. 2005.
- FLANAGAN, J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, Washington, D. C., v. 51, n. 4 p. 327-358, july 1954.
- FRANCIS, D. Reconstructing the meaning given to critical incidents in nurse education. *Nursing Education in Practice*, Baltimore, v. 4, n. 4, p. 244-249, dec. 2004.
- GRIFFIN, E. I Get by with a little help from my friends: peer emotional support in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, East Lansing, v. 34, n. 6, 547-549, dec. 2008.
- HANNEMAN, K. et al. Errors, near misses and adverse events in the emergency department: What can patients tell us? *Canadian journal of emergency medical care*, Ottawa, v.10, n. 5, p. 421-427, sep. 2008.
- KEMPPAINEN, J. The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*. v. 32, n. 5, p. 1264-1271, nov. 2000.
- MEYERS, T. A. et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses, and physicians. *Topics in Emergency Medicine*, v. 26, n. 1, p. 61-73, jan./march 2004.
- MILES, M.; HUBERMAN, A. *Qualitative data analysis*. Beverly Hill: SAGE, 1984.
- REDLEY, B. et al. Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advance in Nursing*, Oxford, v. 43, n. 6, p. 606-615, sep. 2003.
- SCHAMBAN, N. et al. Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department. *Canadian journal of emergency medical care*, Ottawa, v. 10, n. 1, p. 38-43, jan. 2008.

STEWART, C. *Cultural diversity: crossing contextual borders in emergency care*. School of Nursing and Social Work, University of Melbourne, VIC, Australia, 2008.

Recebido em: 23/06/2009

Reapresentado em: 09/02/2010

Aprovado em: 31/03/2010