

Família presente no atendimento da emergência pediátrica: e agora, equipe?

Family present at pediatric emergency care: now what, team?

Familia presente en cuidado de emergencia pediátrica: ¿y ahora, equipo?

Maria Emília Ribeiro dos Santos¹, Dayane Medeiros Dias², Mariana Xavier e Silva³

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba - Paraná.

²Farmacêutica. Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba - Paraná.

³Mestre em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Vice-coordenadora do Internato do Curso de Graduação em Medicina da Faculdades Pequeno Príncipe. Curitiba - Paraná.

RESUMO

O atendimento na emergência pediátrica compreende passos importantes no manejo do paciente crítico e pode-se considerar, ou não, a presença da família. O objetivo é analisar a percepção da equipe de saúde multiprofissional, em um pronto atendimento pediátrico, em um município do estado do Paraná, referente à presença da família na emergência pediátrica. O método foi exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os profissionais se mostraram favoráveis à permanência da família, auxiliando na recuperação da criança, proporcionando segurança e tranquilidade. Destacaram que a instabilidade familiar atrapalha o desempenho da equipe. Recomenda-se que instituições hospitalares proporcionem a educação permanente em saúde como forma

Autor de Correspondência:

*Maria Emília Ribeiro dos Santos. E-mail: mar.emiliarib@gmail.com

de capacitação dos profissionais, além de reflexões sobre o processo de trabalho envolvido no acolhimento da família para estruturação de um protocolo interno que padronize as ações.

Palavras-chave: Medicina de emergência. Pediatria. Relações Profissional-Família.

ABSTRACT

Pediatric emergency care comprises important steps in the management of critical patients, and the presence of the family may or may not be considered. The objective was to analyze the perception of the multiprofessional health team who work in a pediatric emergency department, in a city in the state of Paraná, regarding the presence of the patient's family at the pediatric emergency room. The method was exploratory-descriptive, with a qualitative approach. Data were submitted to thematic content analysis. It was noted that the professionals were favorable to the family's permanence, which helps in the child's recovery, therefore providing safety and tranquility. Yet, they highlighted that family instability usually impairs the team's performance. It is recommended that hospital institutions provide permanent health education as a way of training professionals, and also reflections on the work process involved in welcoming the family, as to structure an internal protocol that standardizes actions.

Keywords: Emergency Medicine. Pediatrics. Professional-Family Relations.

RESUMEN

La atención de emergencia pediátrica comprende pasos importantes en el manejo de pacientes críticos y la presencia de la familia puede o no ser considerada. El objetivo es analizar la percepción del equipo de salud multiprofesional, en una sala de emergencias pediátricas, en una ciudad del estado de Paraná, con respecto a la presencia de la familia en la emergencia pediátrica. El método fue exploratorio-descriptivo, con enfoque cualitativo. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático. Los profesionales fueron favorables a la permanencia de la familia, ayudando a la recuperación del niño, brindándole seguridad y tranquilidad. Destacaron que la inestabilidad familiar dificulta la actuación del equipo. Se recomienda que las instituciones hospitalarias brinden educación permanente en la salud como una forma de capacitación de profesionales, además de reflexiones sobre el proceso de trabajo involucrado en la acogida a la familia para estructurar un protocolo interno que estandarice las acciones.

Palabras clave: Medicina de Emergencia. Pediatría. Relaciones Profesional-Familia.

INTRODUÇÃO

A definição conceitual da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos (PI) e de reanimação cardiopulmonar (RCP) é a permanência de um ou mais membros familiares em um local com contato visual e/ou físico com o paciente. Contudo, a decisão dos profissionais da área de saúde de viabilizar a presença da família está embasada em seus valores, conhecimentos e crenças¹. A RCP e os PI compreendem passos importantes no atendimento de emergência pediátrica e, diante deles, pode-se considerar, ou não, a presença de familiares².

Em um contexto histórico internacional, pode-se afirmar que, ao longo da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o cenário hospitalar carregava consigo certa soturnidade e tristeza devido à exclusão dos pais no cuidado do filho, justificado pelo receio de disseminações infecciosas. Na Inglaterra, no ano de 1959, foi publicado o Relatório Platt que, em seus preceitos, abordou a melhoria dos cuidados às crianças hospitalizadas. Nele, houve menção de visitas sem restrições, treinamento da equipe de médicos e enfermeiros, e a permanência materna nos hospitais³.

Em cenário nacional, a evolução da presença da família na prestação de serviço hospitalar à saúde da criança vem, de fato, acontecendo. Como exemplo a citar, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1983, preconizou o alojamento conjunto entre mãe e filho no pós-parto, o que passou a ser obrigatoriedade em unidades hospitalares. Porém, as necessidades de muitos recursos no aspecto físico e humano dificultaram a adesão em diversos hospitais brasileiros, principalmente nas áreas mais carentes, sendo, na época e por muitos anos, realidade de hospitais particulares⁴.

Em 1993, o Ministério da Saúde trouxe em sua Portaria MS/GM N° 1016, normas referentes ao Alojamento Conjunto para todas as Unidades

Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS, de forma que as recomendações devem compreender um mínimo ideal para que o binômio mãe-filho tenha condições adequadas de atendimento⁴. Hoje, todo sistema de saúde se organizou para tal recomendação, visto as vantagens como o incentivo à lactação e aleitamento materno, diminuição do risco de infecção hospitalar, maior integração da equipe multiprofissional de saúde em diferentes níveis⁴.

No tocante à hospitalização da criança, a preocupação com a permanência dos pais só veio a se tornar mais efetiva após a promulgação da Lei n°. 8.069, de 13 de julho de 1990. Ela regulamenta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dispõe em seu Artigo 12: *"os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente"*⁵.

Nessa mesma época surge o Instituto do Cuidado Centrado na Família (ICCF), que tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família e restaurar seu controle e dignidade, de modo que as ações devam compreender o corpo biológico, considerando o apoio emocional, social e de desenvolvimento como componentes do cuidado à saúde. Vale ressaltar que embora seja centrado na família, o cuidado não elimina a competência individual de cada membro em relação à tomada de decisão de sua própria saúde⁶.

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH),⁷ referiu-se aos participantes da prestação de serviços como protagonistas e responsáveis pelo cuidado voltado à família, posicionando-se como um dos pilares para a humanização da assistência à saúde. Evoluindo ainda mais nesse contexto binômio criança-família, a Lei n° 13.257, de 2016, traz no Art. 12, o dever dos estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia

intensiva e de cuidados intermediários, proporcionar condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, em casos de internação de criança ou adolescente⁸.

Referente aos procedimentos invasivos, que compreendem intubação orotraqueal, punção lombar, punção intraóssea, acesso periférico e central, e a reanimação cardiopulmonar, a *American Heart Association* (2015) atualizou a possibilidade da presença dos familiares no serviço de emergência⁹.

As vantagens da presença da família na sala de emergência, de acordo com a literatura, podem estar relacionadas com o fortalecimento do vínculo entre família e equipe de saúde, com a tranquilização do paciente durante o procedimento, bem como a manutenção da informação à família sobre a condição clínica da criança², colaborando com a contínua assistência holística ao paciente¹⁰. Desta forma, tornou-se indispensável uma mudança no paradigma destinado ao atendimento e atenção, que antes eram dados exclusivamente ao paciente, sendo impreterível que o cuidado deva ser direcionado ao binômio criança-família, atendendo a todas as suas necessidades e fragilidades.

No entanto, do ponto de vista dos profissionais, os estudos apontam a preocupação da equipe de saúde na perda do controle emocional, interferindo no cuidado prestado, no receio dos profissionais quanto às recordações estressantes da família relacionadas ao atendimento, principalmente em desfechos desfavoráveis, além de pouco espaço físico para comportar equipe, material e família, bem como o número de profissionais reduzido para atendimento de emergência, demonstrando as desvantagens da presença da família na sala de emergência⁹.

Diante disso, questionou-se: qual a percepção da equipe de saúde multiprofissional em um hospital pediátrico referente à presença da família no serviço de emergência pediátrica?

Esse estudo tem como objetivo compreender a

percepção da equipe de saúde multiprofissional sobre a presença da família no atendimento da emergência pediátrica.

MÉTODO

Esta pesquisa utilizou o método descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva objetiva o detalhamento de experiências e fatos relacionados ao tema, assim como levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população¹¹. Por fim, a abordagem qualitativa tem como característica ressaltar o caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais.

Foram incluídos no estudo membros da equipe de atendimento às emergências no pronto-socorro que aceitaram participar da pesquisa e que estavam em exercício profissional e regulamentados na instituição, no período de coleta das informações. Foram excluídos do estudo menores de 18 anos, estagiários e acadêmicos da área de saúde.

A pesquisa foi realizada em um pronto atendimento pediátrico no setor público de um hospital de ensino em um município do estado do Paraná. Este é referência no atendimento pediátrico de urgência e emergência de um número expressivo de crianças de todo o Brasil. A equipe é composta por médicos, residentes, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores, de agosto a dezembro de 2018, em sala reservada no setor de emergência, individualmente, com duração média de 10 minutos. Foram gravadas em áudio com gravador de dispositivo eletrônico e transcritas pelas autoras na íntegra. O instrumento de pesquisa constou de questões sociodemográficas, incluindo idade, gênero, formação, tempo de formação, tempo de atuação no setor de emergência e formação específica na área de emergência, além de questões abertas, quais sejam: "Quais são os pontos positivos

sobre a presença da família na sala de emergência?"; "Quais são os pontos negativos sobre a presença da família na sala de emergência?" e "Qual a sua percepção como integrante da equipe de saúde multiprofissional neste hospital pediátrico sobre a presença da família no atendimento de emergência pediátrica?".

Os depoimentos foram submetidos à análise de conteúdo temática, por meio da técnica proposta por Bardin¹², constituída de três etapas. A primeira etapa compreendeu a pré-análise, a qual consistiu na organização do material a ser analisado, a fim de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais, buscando a identificação de temas relacionados ao objeto e aos objetivos do estudo. Envolveu uma leitura flutuante, escolha dos documentos e preparação do material. A segunda etapa referiu-se à exploração do material, que consistiu em organizar os dados brutos e agregá-los em unidades que permitiram uma descrição das características pertinentes do assunto. Nessa etapa, ocorreu a codificação (identificação dos temas) e a categorização (aproximação dos temas afins para a constituição das categorias temáticas). A terceira etapa envolveu o tratamento dos resultados, que se referiu à interpretação dos dados obtidos, baseados na categorização da etapa anterior.

Assim, a análise das informações iniciou após a transcrição completa das entrevistas de forma fidedigna, sendo identificadas pela letra E (entrevista), seguida do número aleatório estabelecido pelas autoras, de forma a preservar anonimato e a não identificação da qualificação do entrevistado.

A categoria pré-determinada pelos pesquisadores para responder a pergunta de pesquisa foi: "*presença da família no serviço de emergência pediátrica*" e como subcategoria buscou-se revelar os 'aspectos positivos e negativos da presença da família' (figura 1).

A exploração do material exigiu dos pesquisadores a análise criteriosa de todo o documento na busca de sentido e significações para responder à questão de pesquisa.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número do CAAE 90968318.5.0000.5580 e número do parecer 2.757.447, atendendo a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho reuniu dezesseis profissionais da equipe de saúde no serviço de emergência pediátrica, sendo oito médicos, dos quais quatro eram residentes, incluindo R1, R2 e R3, quatro enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem.

Os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de pesquisa indicaram que o perfil sociodemográfico dos 16 participantes apresentou idade entre 21 e 51 anos, sendo 14 do gênero feminino.

Houve predomínio da formação médica com tempo de formação de oito meses a vinte e sete anos.

Ao se realizar a análise em profundidade emergiram três Unidades de Significação para os aspectos positivos e três Unidades de Significação para os aspectos negativos, ambas relacionadas à criança, família e equipe de saúde (figura 1).

A primeira Unidade de Significação acerca da presença da família no serviço de emergência pediátrica abordou os aspectos positivos para a criança, demonstrado pelos depoimentos que oferecem segurança e auxiliam na recuperação. Nesse sentido, apresentamos alguns exemplos a seguir:

[...] no bem-estar da criança, dela se sentir mais segura, com a mãe do lado, [...]. (E11)

[...], ela felizmente pode olhar para o lado e ver a figura da mãe, [...]. (E1)

[...] quando uma criança vê a presença do familiar, isso pra ela é muito importante, [pausa], ela não se sente só. (E15)

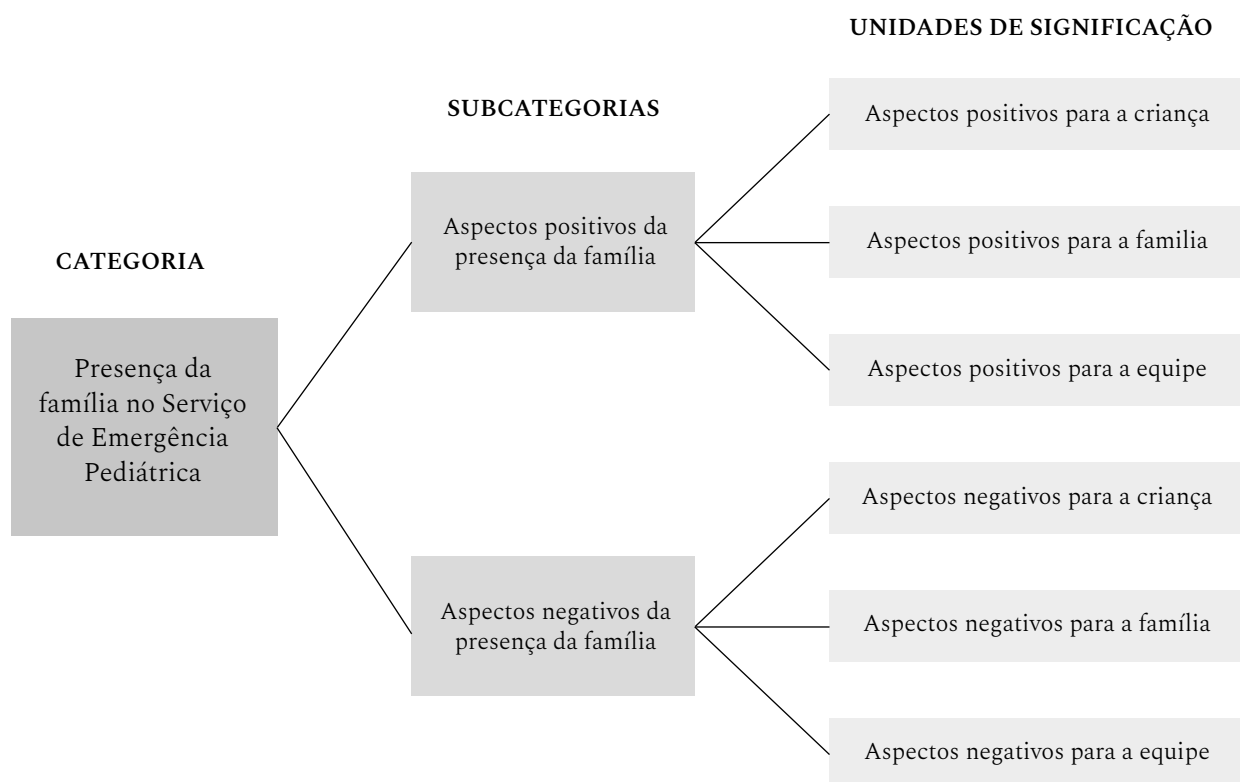
Para as crianças [...], que são maiorzinhas, [...] nesse momento de emergência, a criança acaba ficando mais tranquila [...] (E6)

Em estudo abordando grupos comparativos de pacientes pediátricos com e sem familiares em hospitalização, inferiu-se que crianças sem a presença de sua família apresentaram maior irritabilidade. Ademais, a ansiedade apresentada pelos pacientes refletia uma maior excitabilidade do sistema nervoso autônomo, acarretando mudanças na pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura. Além disso, a hospitalização na visão pediátrica pode representar um castigo, experiência que pode aumentar na ausência de pais e cuidadores. Assim sendo, a criança pode utilizar a êmese como forma de externalizar a sua dor, dificultando sua recuperação¹⁴. Em contrapartida, sabe-se que o apoio à criança

em situações de agravo, especialmente de seus familiares, eleva os níveis de células de defesa do organismo e, conseqüentemente, há uma diminuição no tempo de internação hospitalar¹⁵, contribuindo com a melhoria dos dados vitais do paciente, com conseqüente desocupação de leitos hospitalares.

Em uma tentativa de amenizar a ansiedade infantil decorrente de sua condição clínica e do período de hospitalização, de acordo com as desvantagens apresentadas pela separação de crianças e seus familiares, faz-se necessária a menção do cuidado centrado na família (CCF), que tem como elemento central a parceria entre pacientes, família e membros da equipe¹⁶. Autores sobre a temática enfatizaram que a família vem se tornando o foco do cuidado durante a hospitalização infantil, pois sua participação gera confiança, segurança e tranquilidade, tanto para a criança, como para a família¹⁷.

Figura 1: Representação gráfica do processo de categorização das informações. Curitiba, 2019.



Incorporar a família no plano de cuidados da criança torna-se essencial para seu bem-estar, amenizando a hostilidade do ambiente hospitalar e contribuindo com a adaptação da criança a este meio¹⁸.

Desvelou-se que a criança com nível de consciência preservado, permanece no serviço de emergência de forma mais tranquila e calma com a presença da família, sendo que esta auxilia a equipe no sentido de apoiar a criança durante a situação de emergência.

[...] se a criança tem um nível de consciência preservado [...] ela se sente mais tranquila, [pausa] com a presença do responsável [...] (E3)

[...] a gente [profissionais] é como se fosse um monstro no momento da emergência [...]. Então a família estando junto e acalmando, dá uma segurança maior [...]. (E10)

[...] um dia tive um pai que disse "eu vou segurar ela, eu seguro ela pra você", o pai foi importante tá ali do lado [...] (E1)

Quando a criança ainda tá lúcida, orientada, que fica sem a mãe, desestabiliza muito a criança [...] (E8)

A hospitalização da criança configura-se como um dos principais estressores com os quais ela se depara, impondo a ela a separação, a perda de controle, lesão corporal e dor. Durante a internação ocorre uma mudança brusca da rotina diária, pois a criança é afastada de seu ambiente e de seus pertences, o que pode ocasionar grande ansiedade e estresse¹⁹.

Considerando a doença e a hospitalização, alguns aspectos podem ser determinantes para a repercussão e alterações emocionais nas crianças, quais sejam: a equipe de saúde representando um grande arsenal de pessoas não previamente conhecidas, a não familiaridade com o ambiente hospitalar e a separação da família. Por ser um momento crítico, esses sentimentos podem ser amenizados se houver, ao seu lado, alguém em quem ela possa confiar. Surge, então, a figura do acompanhante, que representa o meio social do paciente, e que fica com ele durante sua permanência no ambiente hospitalar²⁰.

Ao abordar o grau de maturidade, a literatura aponta que para crianças menores de um ano de idade, quando os períodos de internação são duradouros ou, até mesmo, repetitivos, a criança tende a apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor²⁰. Crianças menores que três anos possuem uma concepção irreal do internamento, sendo a hospitalização considerada como um abandono por parte dos pais²¹.

Por outro lado, os pré-adolescentes e adolescentes estão, de certa forma, protegidos pelas suas capacidades cognitivas para manter relações estáveis apesar da separação, além de compreenderem a necessidade de certos tratamentos e a possibilidade de algum controle dos medos e ansiedade²².

Na segunda Unidade de Significação relacionada aos aspectos positivos para a família, os depoimentos indicaram sensação de acolhimento e possibilidade de acompanhar o quadro clínico em tempo real. A permanência do familiar na emergência torna-se um facilitador para a condução do cuidado à criança, com aceitação aos poucos por parte dos profissionais, superação de obstáculos, os quais são relatados como auxílio da família, pois esta se torna parte da equipe. Há referência para o enfrentamento dos casos mais graves que podem evoluir ao óbito, em que a presença da família oportuniza a escolha de permanecer, ou não, no acompanhamento da criança nesse momento mais crítico.

[...] é a sensação de acolhimento, porque é muito drástico você por um familiar para fora, e é mais drástico ainda, se o familiar for resistente (E1)

[...] ela [a mãe] ficou junto na reanimação e a criança foi a óbito, e aparentemente foi muito positivo, essa sensação de acolhimento ficou maior com ela na sala [...] parece que a conformidade dela [a mãe] vai ser melhor, [pausa] isso é importante para elaboração do luto [...] (E1)

[...] isso [dar opção a família de estar presente] sempre é colocado, [...] a gente [profissionais] deixa muito livre [...] (E1)

[...] quando a criança tá com risco de morte [...] a gente pede licença pros pais, [...]. Mas, eles [os pais] têm a livre escolha de ficar ou não. (E9)

[...] ela [a criança] tava em insuficiência respiratória, [...], a criança teve um mal súbito e parou, e a mãe estava junto, e a gente deu a opção da mãe ficar e a mãe ficou [...] (E2)

O Instituto para o Cuidado Centrado a Paciente e Família (ICCPF)², descreve, em seus conceitos centrais, que o profissional precisa ouvir e honrar as perspectivas e escolhas dos pacientes e famílias, incorporando-os ao planejamento e prestação de cuidados³.

Toda a experiência hospitalar vem acompanhada do medo da morte e do desconhecido, o que torna marcante para o paciente e sua família. Muitas vezes, esse ambiente hostil para a família cria uma relação assimétrica, em que o profissional da saúde é o possuidor do saber técnico²³. Existe um dever importante por parte da equipe de saúde de apoiar a família em luto no final da vida da criança e após o óbito. Isto pode ser particularmente difícil na emergência, uma vez que em condições agudas, em sua maioria, não existe uma relação preexistente com o paciente e a família²⁴. Portanto, diante de desfechos desfavoráveis, o vínculo criado entre profissional e o binômio criança/família facilita a aplicação de protocolos de comunicação de más notícias, como o protocolo SPIKES, um mnemônico de seis passos (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*) que pode proporcionar mais segurança ao profissional²³ e, desta forma, facilitar a elaboração do luto.

O acompanhamento do quadro clínico da criança em tempo real foi indicado pelos depoimentos, pela possibilidade do familiar observar os procedimentos que estão sendo realizados com o paciente, evitando a imaginação do que pode estar acontecendo com a criança, sem estar presente.

[...] assistir a emergência e ver que o profissional está fazendo, o que é possível para seu filho [...]. (E3)

[...] menor possibilidade de fantasia, porque numa reanimação, por exemplo, é o pai ficando fora da sala, né, ele tem o direito de imagina o que ele quiser [...] (E1)

Os pais podem ser considerados como colaboradores dos cuidados de saúde dos filhos e, desta forma, assumem uma estratégia mais proativa no papel dos cuidados de saúde de seus filhos¹⁰. Diante disso, ressalta-se a necessidade dos familiares receberem a opção de estar presente, ou não, em situações de emergência²⁵, o que deve estar estabelecido em protocolo padronizado pela instituição local²⁵.

A terceira Unidade de Significação analisou os aspectos positivos para a equipe de saúde destacando que aumenta o vínculo com a própria equipe, assim como do binômio criança/família, além da colaboração da família com a equipe.

[...] os responsáveis são o elo principal que a gente tem que fazer, em como proceder no internamento [...] (E6)

[...] [o pai] tá num momento de fragilidade, [...], você [o profissional] tem que entender isso, entender o sentimento dos pais e tentar montar um vínculo legal. (E6)

Proporcionar o cuidado centrado na família significa que a equipe inclui no atendimento o conhecimento e a convicção de que a família é uma constante na vida da criança. Dessa forma, ao incluir os pais no atendimento, o paciente receberá um cuidado de maior qualidade²⁶.

As informações coletadas ofereceram subsídios para a análise com relação à contribuição da presença da família no serviço de emergência como colaboradora para a apreensão de informações sobre a criança, além de facilitar o exame físico e ser informada sobre o tratamento.

[...] ela [a família] ajuda o profissional na coleta de dados, de pegar informações importantes, [...] evitar erros da equipe. (E11)

[...] ela [a família] é boa porque ela dá informação do paciente, [...] pra tomar alguma conduta, de alergia, de peso, se já teve isso antes [...] (E8)

Se a família não tiver a disposição, e não tiver colaborando para o tratamento da criança, simplesmente nada funciona [pausa]. (E7)

[...] e ela [a mãe] tava preparada para aquilo e em nenhum momento ela [a mãe] afetou o funcionamento da equipe, [...] porque é criança crônica [...] (E2)

Os familiares ou responsáveis, além de participarem de forma passiva como tranquilizadores de suas crianças, também podem servir como provedores da história clínica do paciente pediátrico, fornecendo informações críticas sobre eventos que o levaram à emergência, bem como a história médica progressa²⁷.

Assim, quanto mais a equipe estiver atenta às informações sobre o paciente, mais chances possuem de desenvolver e implementar intervenções centradas na família, a fim de auxiliar pacientes gravemente doentes, facilitando a adaptação dos familiares à situação aguda que enfrentam²⁸.

Seguindo o processo de unitarização, a quarta Unidade de Significação referiu-se aos aspectos negativos da presença da família no serviço de emergência pediátrica para a criança revelando, através dos depoimentos, que o manejo clínico pode ser afetado pela instabilidade familiar. Além disso, outro aspecto apreendido está relacionado à transferência da ansiedade familiar para a criança, o que pode afetar o quadro clínico do paciente pediátrico.

[...] já teve situações que o pai quis tirar a criança da sala de emergência, [...] é necessário aquele procedimento de emergência para aquele paciente sobreviver. [...] muitas vezes você tem que acabar redirecionando um outro profissional que está ajudando a salvar aquela criança pra atendimento dos pais. (E3)

Quando a criança está instável, [...] a mãe acaba que fica muito ansiosa e isto transfere pra criança, e acaba, às vezes, até numa parada, por exemplo, a mãe ansiosa atrapalha a equipe, ela questiona, ela, [pausa] não que ela não deva questionar, mas ela, às vezes, não deixa você mexer num acesso central, por exemplo que a criança tenha, [suspiro] eu já passei por isso [...] (E5)

A hospitalização de uma criança exige reorganização do sistema no cerne familiar e, para atender às demandas impostas pelo processo de adoecimento, a família, além de assumir novas atividades, também necessita adaptar-se ao novo meio, que se traduz em mudanças na rotina profissional, pessoal e social, o que, somado ao quadro clínico do paciente, pode gerar instabilidade familiar²⁹.

Os serviços de urgência e emergência apresentam uma dinamicidade que habitualmente impede que o profissional destine o cuidado ao acompanhante, sendo que a família desestabilizada emocionalmente, muitas vezes, torna-se o fator limitante deste processo⁶. Desta forma, uma das desvantagens descritas na literatura refere que os familiares podem influenciar negativamente no desempenho da equipe ao interferir em sua atuação⁶, corroborando com prejuízo no manejo e na resposta terapêutica do paciente.

A quinta Unidade de Significação fez menção aos aspectos negativos para a família, em que foi possível perceber, pelos depoimentos, algumas posturas profissionais no momento do atendimento e a vivência do estresse causado pela situação crítica da emergência pediátrica.

O que tem de negativo, às vezes é erro, acho que da nossa [da equipe] própria postura, né, de falar alguma coisa indevida, de algum profissional mais exaltado, falar algum palavrão [...], a equipe no geral precisa de um curso de etiqueta. (E1)

[...] ou passam [os familiares] mal, já teve pais que tiveram situações de desmaiar, muitas vezes você tem que acabar redirecionando um outro profissional que está ajudando a salvar aquela criança pra atendimento

dos pais, né, então os pontos negativos é quando os pais não estão preparados para emergência, ou eles querem intervir [...] (E3)

A literatura aponta que as atitudes desfavoráveis de profissionais de saúde ao receberem membros da família na emergência pediátrica referem-se às condições estressantes de trabalho com longas horas, diversidade de funções, ritmo excessivo de esforço físico, além da falta de formação qualificada para lidar com a comunicação das informações de forma atualizada, imediata e com termos compreensíveis pela família, transmitindo notícias com termos complexos e difíceis de entender²⁸.

Investir na educação permanente dos profissionais², e na criação de procedimentos operacionais padrões, a fim de estabelecer claramente os papéis, reforçar atitudes, comportamentos e valores que promovam a presença e a parceria com a família nos cuidados com a criança, pode ser um fator positivo, talvez até determinante para dissolver as inseguranças da equipe e possibilitar avanços nesse aspecto.

A sexta e última Unidade de Significação referiu-se aos aspectos negativos para a equipe de saúde, demonstrando que a aceitação por parte desta, em algumas situações, não ocorre, destacando a exposição do desempenho profissional e do próprio ambiente de trabalho.

[...] acaba atrapalhando no sentido que a família quer ficar em cima da criança, porque daí a família muitas vezes acaba querendo te perguntar muitas coisas, querendo, assim, que você aja, que seja extremamente rápida [...] (E4)

[...] dependendo do estado clínico da criança, a família tá bem desequilibrada e atrapalha o atendimento, assim, tira um pouco da nossa liberdade, da nossa confiança, da nossa segurança, na hora de trabalhar e atender o paciente. (E10)

Relatos literários realizados por Mekitarian e Ângelo⁹ apontaram que, comumente, são os profissionais de

saúde que detêm a decisão da permanência, ou não, de familiares em emergência hospitalar. De acordo com suas percepções, a exclusão da família é atribuída ao receio, por parte do profissional, à interferência no atendimento e à escassez do equilíbrio emocional familiar. Os profissionais entendem ainda que, ao realizar o atendimento na presença de familiares, possa surgir certa inquietude, principalmente quando se trata do profissional em treinamento, prejudicando, portanto, seu manejo⁹.

Nessa continuidade, a presença da família torna-se um fator negativo, pois as equipes muitas vezes necessitam priorizar o atendimento e não conseguem, ao mesmo tempo, oferecer o suporte necessário que a família precisa naquele momento.

Eu prefiro que na sala de emergência, quando é uma emergência grave, uma parada, ou qualquer outro problema que a gente precise intubar, precise fazer manobras, eu não gosto quando a família tá junto, sabe, acho que isso afeta, afeta toda equipe de trabalho [...], de quem tá ajudando ali, por causa do estresse, sabe, prefiro tá trabalhando num ambiente que a gente esteja totalmente concentrado, que não tenha influencias externas [...] você consegue pensar melhor e você consegue raciocinar [...] (E8)

Observa-se uma legislação ainda inespecífica quanto à presença da família em sala de emergência, setor relacionado a cuidados complexos¹⁸, como a reanimação cardiopulmonar (RCP) e procedimentos invasivos (PI), exemplificados por punção venosa periférica, coleta de líquido, punção intraóssea e intubação traqueal, tornando um desafio para a equipe multiprofissional responsável pelos cuidados pediátricos².

A *American Heart Association*³⁰ enfatiza que os hospitais devem manter equipes bem treinadas para realizar a RCP, que incluam também um médico com experiência em ressuscitação e *expertise* em supervisionar médicos em treinamento de RCP. Esse profissional, dado como líder da equipe, deve realizar *debriefings* (reflexões e discussões) após

cada atendimento de parada cardiorrespiratória, enfocando vários domínios, como habilidades psicomotoras, aspectos cognitivos, funcionamento de equipe e aspectos emocionais relacionados à equipe e à família³⁰.

CONCLUSÕES

Ao analisar a percepção da equipe de saúde, apreendeu-se que a maioria se mostrou favorável à permanência da família no momento da emergência pediátrica, por entender que o familiar auxilia na recuperação do doente, além de proporcionar segurança e tranquilidade à criança de forma a fortalecer o vínculo profissional com o binômio criança-família. Desta maneira, é tido como relevante que a permanência da família junto ao atendimento pediátrico na sala de emergência traz a possibilidade de acompanhamento do quadro clínico da criança em tempo real, diminuindo a possibilidade de situações fantasiosas, bem como da melhor elaboração do luto dos familiares diante de situações eventualmente desfavoráveis.

Os profissionais revelaram que a presença da família é importante para a comunicação efetiva de informações sobre a criança, referente ao quadro clínico atual e história clínica pregressa, auxiliando a equipe no manejo do paciente em condição crítica.

De outra forma, ainda que existam vantagens com a presença da família na sala de emergência pediátrica, a equipe destacou que a instabilidade familiar pode agravar o quadro clínico da criança, uma vez que a ansiedade da família é transferida ao paciente, assim como compromete o desempenho e funcionalidade da equipe, acarretando prejuízo no atendimento inicial, o qual exige agilidade e tecnicidade no processo. Ademais, através de alguns relatos ficaram evidentes que as condições estressantes em ambiente de urgência e emergência podem acarretar uma postura indevida de alguns profissionais, dificultando o vínculo da equipe com a família.

Em face do exposto, recomenda-se que as instituições hospitalares locais utilizem um protocolo interno confeccionado de maneira padrão, para viabilizar a presença da família na sala de emergência pediátrica. É imprescindível que o protocolo discorra sobre itens referentes à manutenção de um ambiente seguro para a família e para o paciente, além de fazer referência à capacitação dos profissionais, destinando, inclusive, um membro da equipe para atender às demandas familiares. Faz-se necessário, também, investir em uma educação permanente dos profissionais, incluindo reuniões periódicas com a equipe multiprofissional.

A limitação apresentada no desenvolvimento da pesquisa está em sua realização exclusiva em um hospital pediátrico, não incluindo percepções de outros campos de saúde, como nos hospitais gerais ou especializados como, por exemplo, os que atendem trauma e pacientes oncológicos, o que inviabiliza a comparação com a instituição incluída no presente trabalho. Além disso, o estudo foi conduzido em um hospital escola e isso corroborou para que os pesquisadores tivessem mais acesso à população estudada.

Essa pesquisa não teve o objetivo de exaurir o tema, mas tão somente demonstrar que o familiar está cada vez mais presente no ambiente de uma emergência hospitalar, situação que traz consigo bônus e ônus, mas que exige que a equipe entenda, assimile o fato e encontre meios de se adaptar a essa nova realidade, tirando disso o melhor proveito tanto para quem está atendendo, como para quem está sendo atendido.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Nov 14;26:e3046.
2. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA.

- Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):107-13.
3. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuid e Saúde.* 2011 Oct 9;10(4):861-5.
 4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 1016, de 26 de Agosto de 1993. Diário Oficial da União ago 1993 [Internet]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html
 5. Brasil. Lei n° 8069, de 13 de Julho de 1990. Presidência da República Casa Civil. Diário Oficial da União 13 jul 1990. [Internet]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
 6. Batista MJ, Vasconcelos P, Miranda R, Amaral T, Gerales J, Fernandes AP. Family presence during emergency situations: the opinion of nurses in the adult emergency department. *Rev Enferm Ref.* 2017 Jun 30;4(13):83-92.
 7. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização HumanizaSUS. Brasília - DF, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde [Internet]. 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
 8. Brasil. Lei n° 13257, de 08 de Março de 2016. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União 08 mar 2016 [Internet]. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm
 9. Mekitarian FFP, Angelo M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Rev Paul Pediatr.* 2015 Dec;33(4):460-6.
 10. Pruitt LM, Johnson A, Elliott C, Polley K. Parental Presence during Pediatric Invasive Procedures. *J Pediatr Heal Care.* 2008 Mar;22(2):120-7.
 11. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Atlas; 2008. p. 27-28.
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 13. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução n° 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diário Oficial da União 12 dez 2012. [Internet]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 14. Oliveira GF, Dantas FDC, Fonsêca PN. The impact of the hospitalization in children from 1 to 5 years of age. *Rev da Soc Bras Psicol Hospitalar.* 2004;7(2):37-54.
 15. Calvetti PÜ, Silva LM, Gauer GJC. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Rev Psicol da Vetor Ed.* 2008;9(2):229-34.
 16. Dennis C, Baxter P, Ploeg J, Blatz S. Models of partnership within family-centred care in the acute paediatric setting: a discussion paper. *J Adv Nurs.* 2016 Feb 1;73(2):361-74.
 17. Sampaio PSS, Angelo M. Cuidado da família em pediatria: vivência de enfermeiros em um hospital universitário. *Rev da Soc Bras Enfermeiros Pediatras.* 2015;15(2):85-92.
 18. Silva JH, Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Portela JL, Jantsch LB. Permanência de familiares no atendimento de emergência pediátrica: percepções da equipe de saúde. *Rev Baiana Enfermagem.* 2017 Oct 27;31(3).
 19. Farias DD, Gabatz RIB, Terra AP, Couto GR, Milbrath M, Schwartz E. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE online [Internet].* 2017;11(2):703-11. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/313458902>
 20. Santos AMR, Amorim NMA, Braga CH, Lima FDM, Macedo EMA, Lima CF. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. *Rev Esc Enferm da USP [Internet].* 2011;45(2):473-9. Disponível em: www.scielo.br/reeusp
 21. Rossit RAS, Kovacs ACTB. Intervenção essencial de terapia ocupacional em enfermaria pediátrica. *Cad Ter Ocupacional da UFSCar.* 1998;7(2):58-67.
 22. Barros L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil Prevenção e controle. *Análise Psicológica.* 1998;1(XVI):11-28.
 23. Cruz CO, Riera R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Rev Diagnóstico Trat [Internet].* 2016;21(3):106-8. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov>
 24. Dietrich AM. family-presence-during-pediatric-resuscitations-and-invasive-procedures. *Reli Media [Internet].* 2014; Disponível em: <https://www>

reliasmedia.com/articles/print/31361-family-presence-during-pediatric-resuscitations-and-invasive-procedures1/17www.reliasmedia.com/articles/31361

25. Kingsnorth J, O'Connell K, Guzzetta CE, Edens JC, Atabaki S, Mecherikunnel A, et al. Family Presence During Trauma Activations and Medical Resuscitations in a Pediatric Emergency Department: An Evidence-based Practice Project. *J Emerg Nurs*. 2010 Mar;36(2):115-21.

26. Angelo M, Cruz AC, Mekitarian FFP, Santos CC da S, Martinho MJCM, Martins MMFPS. Nurses' attitudes regarding the importance of families in pediatric nursing care. *Rev da Esc Enferm*. 2014;48(SpecialIssue):75-81.

27. Dewitt S. Should Family-witnessed Resuscitation Become Our Standard? *J Emerg Med*. 2015 Oct 1;49(4):500-2.

28. Barreto MS, Marcon SS, Garcia-Vivar C. Patterns of behaviour in families of critically ill patients in the emergency room: a focused ethnography. *J Adv Nurs*. 2016 Mar 1;73(3):633-42.

29. Santos LF, Oliveira LMAC, Barbosa MA, Siqueira KM, Peixoto MKAV. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):473-8.

30. Carvalho PRA, Ferreira AR, Silva VB, Loch LF. Diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica-2015 COMENTANDO CONSENSOS E DIRETRIZES [Internet]. Vol. 6, Residência Pediátrica. 2016. Disponível em: www.gradeworkinggroup.org

DATA DE SUBMISSÃO: 15/03/20 | DATA DE ACEITE: 26/05/20