**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FRANCINE FERNANDES PIRES MEKITARIAN

**A presença da família na sala de emergência
pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde**

**São Paulo
2013**

FRANCINE FERNANDES PIRES MEKITARIAN

**A presença da família na sala de emergência
pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em
Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Margareth Angelo

São Paulo
2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Francine Fernandes Pires Mekitarian
Título: A presença da família na sala de emergência
pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Dedico esta dissertação àquele que emprestou
boa parte do tempo que deveria ser dedicado a ele,
para que esse trabalho pudesse ser realizado.
Henríquinho, você é o amor incondicional da vida da mamãe,
nada nesse mundo é mais importante do que sua felicidade...*

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Geraldo e Edna, por terem sempre me encaminhado impecavelmente pelo caminho que é direito; e ao meu esposo Eduardo, por ter me recebido e prosseguido com amor pelo mesmo caminho.

A minha mãe, meu esposo, meus sogros Sueli e Eduardo, e as queridas Keki e Fifinha: sem a ajuda de vocês para cuidar do Henriquinho, eu jamais teria me ausentado para a realização desse trabalho.

A minha orientadora Margareth Angelo, enfermeira que me inspirou ainda nos bancos da faculdade: as horas de aprendizado ao seu lado foram incríveis, e me transformaram profissionalmente e como ser humano.

A minha chefe Martha Rumiko Kayo Hashimoto e a enfermeira Gisele Abrão Queiroz, obrigada por toda ajuda para concretizar a realização desse trabalho.

Aos novos amigos adquiridos nessa jornada, que compartilharam aprendizados, angústias e vitórias, Déia Cascaes, Cá Borghi, Patí Moreira, Tel Sousa, Lí Sousa e Carol Cavalcante: muito obrigada por tudo.

As equipes de enfermagem e médica do Pronto Socorro Infantil do Hospital Universitário da USP, e as famílias que participaram desse estudo: meu muito obrigado por compartilharem tantas coisas guardadas no fundo da alma de cada um.

Aos meus pequenos protagonistas deste estudo: sem vocês o trabalho não teria o menor sentido de existir.

*"Ser mãe é descobrir que sua vida tem menos valor.
É descobrir o desejo de sacrificar a própria vida,
mas ao mesmo tempo querer viver mais,
não para realizar seus próprios sonhos,
mas para ver o filho realizar os dele"
(Autor desconhecido)*

Mekitarian FFP. A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças dos pais e profissionais de saúde (dissertação). São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2013, 132f.

RESUMO

A presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e/ou da reanimação cardiopulmonar em pediatria é um tema presente nos debates desencadeados pela literatura nos últimos anos. Atualmente essa é uma prática determinada pelas atitudes dos profissionais em permitir que a família esteja presente nesses momentos. É fundamental conhecer o significado que a própria família atribui ao fato de permanecer ou não no atendimento de emergência. Os **objetivos** deste estudo foram: conhecer a experiência e as crenças das famílias a respeito de sua permanência na sala durante o atendimento de emergência à criança e identificar as percepções e as crenças de profissionais de saúde em relação a presença da família durante o atendimento de emergência. **Método:** Trata-se de estudo exploratório, com abordagens quantitativa e qualitativa. A amostra foi constituída por 46 profissionais de saúde de um serviço de emergência pediátrica de um Hospital Universitário de São Paulo e 6 famílias de crianças atendidas na sala de emergência do mesmo serviço. Para a identificação da percepção e crenças dos profissionais foi utilizado um questionário semi-estruturado de auto-preenchimento e a análise foi realizada segundo os parâmetros da estatística descritiva. Com as famílias foi utilizada a investigação narrativa e os dados obtidos foram analisados buscando identificar temas principais. **Resultados:** Os profissionais de saúde possuem dois tipos de crenças relacionadas à experiência: (1) crenças que apoiam a presença da família – a família observa os esforços realizados para salvar a vida da criança; a família fornece informações importantes; a família possibilita que a criança fique mais colaborativa; a família não interfere no atendimento; dar tranquilidade à família; é um direito da família; o lugar dos pais é do lado do filho; e a família dá conforto à criança e (2) crenças que restringem a presença da família – a família interfere na atuação dos profissionais; não ter tempo para dar atenção à família; a família restringe o ensino aos estudantes; um profissional deve ficar junto com a família; gera memórias negativas do atendimento; e a família interfere no atendimento. A experiência das famílias foi organizada

em cinco temas: a iminência de morte do filho; meu lugar é do lado do meu filho; ser reconhecido como importante; eu sei o que é melhor para mim; se eu tiver que passar por isso que seja assim. Os temas revelam a vulnerabilidade da família e a necessidade de estar presente e fazer escolhas na situação de atendimento de emergência do filho. **Conclusões:** O estudo revelou que tanto as famílias quanto os profissionais de saúde tem a necessidade de dar um sentido às experiências que vivem frente ao atendimento de emergência da criança. Para que se possa prestar uma assistência pautada no modelo do Cuidado Centrado na Família, é necessário que os profissionais de saúde compreendam as crenças de cada membro da família e possam reconhecer as suas próprias crenças, modificando-as quando não cooperam para as necessidades das famílias e para um relacionamento entre a família e os profissionais baseado no respeito, parceria e colaboração.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem da família. Enfermagem Pediátrica. Serviços médicos de emergência. Relações profissional-paciente.

Mekitarian FFP. Family presence in emergency room pediatric beliefs of parents and health professionals (dissertation). Sao Paulo: University of Sao Paulo, School of Nursing, 2013, 132f.

ABSTRACT

Family presence during invasive procedures and/or cardiopulmonary resuscitation in children is a recent and increasingly important issue in health practice. Currently it is determined by the attitudes of professionals to allow or not the family to be present in those moments. It is essential to understand the meaning of staying or not in emergency care for the family. The objectives of this study were to understand the experience and beliefs of families regarding their stay in the emergency room during care to children and to identify the perceptions and beliefs of health professionals regarding this family presence. Methods: This is an exploratory study with quantitative and qualitative approaches. Sample size was 46 health professionals from a pediatric emergency department of a university hospital in Sao Paulo and 6 families of children treated in the emergency room of the same service. To identify the perception of professionals was used a semi-structured self-completion questionnaire and analysis was performed according to the parameters of descriptive statistics. Narrative inquiry was used with families, the data obtained from interviews were analyzed in order to identify key themes in the narratives constructed. Results: Health professionals have two types of beliefs related to the experience: (1) beliefs that support family presence - efforts to save the child's life, provide important information, child becomes more collaborative, family does not interfere in attendance, allows tranquility to the family, is a family right, the place of a parent is the child's hand and comfort for the child and (2) beliefs that restrict the presence of the family - family interferes with the performance of professional; there is no time to give attention to the family; restricts students knowledge, a professional should be together with family, negative memories of care and family interferes in attendance. The experience of families was organized into five themes: the imminent death of his son, and my place is beside my son, be recognized as important, I know what's best for me if I have to go through it to be so . The themes reveal the vulnerability of the family and the need to be present and make choices in situations of emergency care of the child. Conclusions: The study revealed that both families and health

professionals have the need to give meaning to experiences that live across the emergency care of the child. This sense can come to the fore through the stories told about these experiences: narratives of illness. To be able to provide assistance based on the model of the Family Centered Care, it is necessary that health professionals understand the beliefs of each family member and can recognize their own beliefs, modifying them when they do not cooperate in the choice of the family and a relationship between the family and professionals based on respect, partnership and collaboration.

Keywords: Nursing. Family Nursing. Pediatric Nursing. Emergency Medical Services. Professional-Family Relations.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	MOTIVAÇÕES PESSOAIS	12
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	15
1.3	JUSTIFICATIVA	31
2	OBJETIVOS DO ESTUDO	33
3	MÉTODOS	34
3.1	O MODELO DE CRENÇAS COMO PERSPECTIVA TEÓRICA	34
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
3.3	A INVESTIGAÇÃO NARRATIVA COMO CAMINHO METODOLÓGICO	36
3.4	LOCAL DO ESTUDO	41
3.5	PARTICIPANTES DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	43
3.7	ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS	44
3.8	ANÁLISE DE DADOS	46
4	RESULTADOS.....	49
4.1	Os profissionais de saúde e a presença da família na sala de emergência pediátrica	49
4.2	A família e sua presença na sala de emergência pediátrica	67
5	DISCUSSÃO	95
5.1	O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	95
5.2	O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS	105
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
	REFERÊNCIAS.....	117
Anexo A	Termo de consentimento livre e esclarecido dos profissionais de saúde	124
Anexo B -	Crenças dos profissionais de saúde em relação à presença da família em sala de emergência pediátrica	126
Anexo C -	Caracterização do atendimento de emergência	127
Anexo D -	Termo de consentimento livre e esclarecido das famílias	128
Anexo E –	Crenças da família em relação à sua permanência em sala de emergência pediátrica	130
Anexo F –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP	131
Anexo G –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.....	132

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÕES PESSOAIS

Durante todo o ensino da graduação, minha grande preocupação foi adquirir toda a habilidade técnica que me fosse possível. E, por mais que as professoras tentassem amenizar a minha ansiedade, dizendo que a destreza por mim almejada só seria obtida depois que eu me formasse e, sobretudo, que os ensinamentos fornecidos nos bancos da faculdade, rotina nenhuma poderia me oferecer, eu ainda não tinha suficiente maturidade para compreender o que isso significava. Assim, continuei a minha caminhada, desejando ser a melhor “puncionadora” de veias.

Imediatamente após terminar a faculdade, cursei a especialização em enfermagem pediátrica e ingressei como enfermeira assistencial no Pronto Socorro Infantil do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Não demorou muito para que a primeira “profecia” das professoras da faculdade se tornasse verdadeira - o dia a dia no meu novo emprego realmente me trouxe toda a habilidade técnica que eu tanto desejara. E, quanto mais habilidade eu adquiria, mais feliz eu ficava. Entretanto, não tardou para que uma angústia começasse a tomar conta de mim. Toda aquela habilidade técnica tão sonhada não tinha feito de mim uma enfermeira de verdade, ao menos não a enfermeira - inspirada em algumas professoras da graduação - que eu pretendia ser.

Demorou para que eu pudesse descobrir o que estava faltando em mim como profissional, e foi justamente a presença de alunos de graduação, no setor em que trabalho, perguntando-me como eu cuidava das famílias, que me fez recordar a segunda

“profecia” das professoras da graduação. O dia a dia nos corredores do hospital de fato não me ensinariam o que os bancos da faculdade me ensinaram.

Resolvi, então, voltar para a faculdade, na esperança de resgatar aquele algo a mais que talvez eu tivesse deixado por ali quando era graduanda. Dessa vez, contudo, resolvi arriscar algo novo, que talvez fosse a resposta para minhas angústias. Já que me falavam tanto sobre cuidar das famílias, decidi que tinha chegado a hora de me aprofundar naquele modelo de cuidado, do qual tanto ouvia falar: o Cuidado Centrado na Família. E foi só então que eu percebi que, por trás de toda aquela ansiedade por ser a melhor “puncionadora de veias”, eu havia deixado escondido o que as professoras insistiram em me ensinar: a ser enfermeira.

E desse modo, a partir dos novos conhecimentos adquiridos, iniciei a minha nova jornada profissional em direção a um caminho que pudesse me levar a ser aquela enfermeira que eu pretendia ser quando ainda frequentava a faculdade. Porém confesso que, durante um bom tempo eu pensei, embora de uma maneira muito íntima, até um pouco constrangida por pensar algo assim: “Como as pessoas podem achar que sou capaz de cuidar das famílias em um pronto socorro, se mal tenho tempo para cuidar dos pacientes?”

Entretanto, logo fiquei encantada com os novos conhecimentos e passei a acreditar que a família também faz parte do contexto de emergência. Finalmente eu havia compreendido que, a diferença existente nas enfermeiras que me inspiraram ainda na graduação, era justamente em um olhar especial voltado para a família. Sabia que esse novo caminho escolhido não seria fácil, mas estava decidida a segui-lo.

O que mais me incomodava em relação às famílias no pronto socorro era o fato delas permanecerem excluídas da sala de emergência. Imaginava as dúvidas e medos que essa espera do

lado de fora da sala lhes causava. Acreditava ser aquele o momento em que as famílias mais precisariam do nosso cuidado como profissionais de saúde, e percebi que era justamente ali que, há muito tempo, eu as deixava sozinhas.

É claro que, muitas vezes, os desfechos desses atendimentos de emergência são ruins, porém a hora da morte de uma criança passou a significar para mim que havia começado a parte mais difícil do atendimento: cuidar da família. Mas na verdade, durante boa parte do meu trabalho como enfermeira, acabei por me distanciar desses momentos, preservando a minha própria dor e me esquivando da dúvida em relação ao que dizer e fazer. Contudo, invariavelmente, eu ia embora do plantão com a sensação de que eu não tinha dado o meu melhor no atendimento e, de maneira incansável, embora revisasse as técnicas e habilidades desenvolvidas por mim no atendimento à criança, não encontrava nenhum motivo para que aquele sentimento tomasse conta de mim.

Até que em um dia, após a morte acidental de uma criança de apenas seis anos de idade, observei a mãe sozinha, com a imensa dor de ter perdido seu filho, e mesmo com medo, decidi me aproximar. E foi justamente naquele momento que compreendi, entre abraços e lágrimas, que a sensação de não ter dado o meu melhor em tantos atendimentos anteriores era verdadeira, pois eu havia fugido desse encontro com a família durante anos.

Aprendi durante todos os meus atendimentos de emergência que não há como não se envolver emocionalmente com o paciente e sua família. Como permanecer insensível a iminência da morte de uma criança? Sempre acreditei que, o dia em que o atendimento em sala de emergência deixar de me tocar como ser humano, será o dia em que deixarei de prestar assistência direta ao paciente.

E, durante todo esse movimento de voltar a frequentar a faculdade, veio-me mais um motivo, um motivo muito forte, para

estudar as famílias. Tratava-se de uma razão pessoal: a maternidade. Sendo mãe, consegui me aproximar mais daquelas famílias, pois com certeza compartilhávamos de uma experiência humana comum, o mesmo de perder um filho.

Entrei nessa estrada defendendo a ideia de que a família devia ficar na sala de emergência, e permaneço com uma certeza: a de que a família sempre tome a decisão do que é melhor para si.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

- O Cuidado Centrado na Família

O Cuidado Centrado na Família (CCF) é um modelo assistencial destinado ao planejamento, prestação e avaliação do cuidado em saúde, fundamentado em uma parceria entre os profissionais de saúde, os pacientes e sua família. Este modo de cuidar reconhece como unidade de cuidado todos os membros de uma determinada família, e não somente o indivíduo doente.¹ Considera, deste modo, que as necessidades, perspectivas e escolhas de todos os membros da família, são tão importantes quanto aquelas do paciente e, portanto, devem ser incorporadas e levadas em conta durante todo o cuidado prestado.

Esse modelo de cuidado tem como base os seguintes princípios:²

- Reconhecer que a família é uma constante na vida da criança;
- Facilitar a colaboração entre a família e os profissionais em todos os níveis de cuidado em saúde;

- Honrar as diversidades raciais, étnicas, culturais e socioeconômicas das famílias;
- Reconhecer a individualidade de cada família, respeitando os diferentes métodos de enfrentamento de situações difíceis;
- Compartilhar informações sobre o paciente com as famílias, de maneira completa, imparcial e contínua, permitindo assim que possam ser utilizadas para o processo de tomada de decisões;
- Encorajar e facilitar o apoio de redes entre as famílias;
- Responder às necessidades de desenvolvimento, da criança e da família, nas práticas de cuidado em saúde;
- Adotar políticas e práticas institucionais que possam prover apoio emocional e financeiro às famílias;
- Planejar um cuidado em saúde flexível, culturalmente competente e que responda às necessidades das famílias.

Considerando-se os aspectos históricos, inicialmente os cuidados ao paciente eram realizados em sua residência, e não há nada mais natural do que a permanência da família nesse ambiente. Entretanto, com o surgimento dos hospitais e o aumento do cuidado técnico, ocorridos durante os períodos da Depressão e da Segunda Guerra Mundial, esse cuidado foi transferido para o ambiente hospitalar e para as mãos dos profissionais de saúde e, desde então, a família passou a ser excluída do cuidado prestado ao paciente.³

Até a metade do século XX, as crianças eram hospitalizadas por longos períodos sem a presença de seus pais, os cuidados de enfermagem eram realizados isentos de emoções e afeições, e

considerava-se que os médicos tinham a autoridade e a habilidade para determinar unilateralmente todos os interesses dos pacientes. Esse modo de cuidar, na verdade refletia as práticas adotadas pela sociedade em relação à criança, marcadas por um cuidado ritualístico e desprovido de ligação emocional. Essa atitude da sociedade mudou a partir do momento em que se obteve conhecimento das necessidades das crianças e a compreensão das consequências devastadoras que a separação física de seus pais lhes causava em seu desenvolvimento emocional.^{4,5}

A construção e a consolidação do CCF ocorreram a partir de movimentos iniciados pelos pais na década de 1960, reivindicando uma participação mais efetiva das famílias no cuidado prestado às crianças hospitalizadas. As visitas dos pais no ambiente hospitalar passaram, então, a ser livremente permitidas e, com o passar do tempo, conseguiram garantir também um papel importante no cuidado oferecido à criança neste ambiente. Esse modelo de cuidado ocorreu como uma progressão natural dos novos conhecimentos adquiridos pela sociedade e do modo de compreender a relação existente entre o médico, a família e o paciente.⁶

- O CCF e o ambiente de emergência

Reconhecendo que a família é uma constante na vida da criança, e que o modelo do CCF deve ser realizado em todos os níveis de cuidado, torna-se necessário ampliar o olhar para esse modo de cuidar também no ambiente de emergência. As famílias sempre permaneceram excluídas da sala de emergência durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar. Trata-se, provavelmente, de uma decisão tomada pela equipe multiprofissional, ao acreditar que a presença da família pode ser negativa para um atendimento seguro e sem interrupções.

Porém, uma das possibilidades de se pautar esse modelo de cuidar no ambiente de emergência, se encontra justamente na atitude de permitir que a família tome a decisão de permanecer ou não junto ao paciente durante o atendimento de emergência¹, definido pelo Conselho Federal de Medicina como uma situação que implica em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato.⁷

É fundamental que os profissionais de saúde que atuam em serviços de emergência compreendam que, o motivo que leva uma família a um pronto socorro, é com frequência um evento inesperado que pode modificar definitivamente aquelas vidas. As famílias vivenciam, nesse ambiente, incertezas em relação à doença e ao tratamento oferecido à criança, percebendo a iminência da morte e a impotência diante dela.⁸

A ocorrência de tais eventos pode desencadear crises que interferem profundamente no equilíbrio e na dinâmica familiar e, portanto, nesses momentos as famílias têm algumas necessidades específicas, tais como uma comunicação honesta com os profissionais de saúde, estar emocional e fisicamente perto do familiar doente e observar tudo o que está sendo feito para restabelecer a saúde do paciente. Porém, a superlotação característica dos ambientes de emergência, pode causar atrasos e/ou interrupções no cuidado oferecido, impactando de maneira negativa a habilidade dos profissionais de saúde para estabelecer uma parceria efetiva com as famílias. Muitos profissionais acreditam não existir tempo para lidar com as famílias nesse cenário, pois cuidar delas os distanciaria do cuidado ao paciente crítico.^{1,8}

Por outro lado, as famílias acreditam que desempenham um papel insubstituível na vida da criança, sendo sua presença necessária para que ela se recupere e tenha conforto. Deste modo, quando os profissionais de saúde promovem uma separação física

entre a criança e sua família, resta-lhes um ambiente hostil, cercado de pessoas estranhas e sentimentos amedrontadores.⁹

- Presença da família em sala de emergência pediátrica

A discussão sobre permitir ou não a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos, e/ou da reanimação cardiopulmonar, vem sendo realizada nos últimos 20 anos. A realidade atual nos cenários assistenciais é que, mesmo com diversas organizações internacionais, como a *American Heart Association* e a *Emergency Nursing Association*, as quais recomendam uma prática favorável a presença da família durante atendimentos de emergência, os familiares são, em geral, convidados a se retirar da sala de emergência e aguardar por informações.^{10,11,12}

Além das recomendações dessas organizações, temos no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente¹³, o qual respalda essa prática em seu artigo 12, estabelecendo que os serviços de saúde devem proporcionar a permanência integral de um dos pais - ou responsável - nos casos de internação da criança ou do adolescente.

A definição conceitual da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e/ou da reanimação cardiopulmonar, é descrita como a “permanência de um ou mais membros familiares em um local que permita contato físico e/ou visual com o paciente.”¹⁴

A *Emergency Nursing Association*¹² conclui através da literatura disponível sobre o assunto, que há fortes evidências científicas de que a família prefere ter a opção de estar presente durante a reanimação cardiopulmonar e realização de procedimentos invasivos; que a família, quando presente, não interfere na realização dos procedimentos, e que os profissionais de

saúde ficam mais tranquilos durante a realização dessa prática quando um membro da equipe multiprofissional é designado para permanecer junto com a família, fornecendo explicações e provendo conforto emocional. Com base nessas evidências – que refletem moderada certeza clínica e pouca inconsistência científica de que a presença da família é benéfica durante o atendimento de emergência – é considerada como nível B (moderada) de recomendação que seja oferecida para a família a opção de decidir se quer permanecer durante a realização de procedimentos invasivos e/ou reanimação cardiopulmonar.

O primeiro estudo que abordou esse tema foi realizado em 1982, no Hospital *Foot*, em Michigan, Estados Unidos. Familiares de pacientes infartados começaram a pedir para permanecer ao seu lado enquanto as manobras de reanimação eram realizadas, e assim algumas permissões pontuais e breves começaram a ser feitas. Foi então estruturado um programa em que as famílias passaram a decidir se queriam ou não permanecer durante o atendimento de emergência. As famílias que optavam pela presença eram preparadas em relação ao cenário que iriam encontrar na sala de atendimento de emergência e, na maior parte dos casos, somente entravam na sala de atendimento após a realização dos procedimentos invasivos. Não houve registro de interrupções nos atendimentos prestados. Após a implantação do programa, um questionário foi enviado tanto às famílias que optaram pela permanência como para membros da equipe de saúde. No que se refere às famílias, todas relataram que os profissionais fizeram tudo o que poderia ser feito para salvar a vida do paciente; 94% delas tomariam novamente a decisão de estar presentes, 76% constataram que a permanência os ajudou durante o processo de luto, ao passo que apenas 35% consideraram a presença um direito. Já em relação aos profissionais de saúde, a maior parte constatou que o atendimento de reanimação se tornou mais humano com a

presença da família, e somente 30% relataram aumento da ansiedade ou prejuízo de sua performance.¹⁵

Grande parte dos estudos disponíveis na literatura sobre a presença da família em sala de emergência foram realizados nos Estados Unidos. O contexto cultural poderia influenciar as perspectivas, tanto da equipe multiprofissional como da própria família, em relação ao tema estudado.¹⁶

Em Israel, em estudo de 2010, profissionais de um serviço de emergência relataram que, atualmente, as famílias são mais conscientes de seus direitos, e isso torna o trabalho da equipe mais difícil, já que quando envolvida no ambiente de emergência, ela interfere nos procedimentos realizados e pressiona emocionalmente os profissionais.¹⁷ Na Grécia, em um estudo de 2011, 71,9% dos profissionais de terapia intensiva pediátrica relataram ser desfavoráveis a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar. Um fator que pode influenciar o alto número de profissionais que discordam dessa prática é que, mais de 70% deles alegaram nunca ter tido contato com o tema.¹⁸ Em outro estudo, no Canadá, apenas 8% de enfermeiras relataram possuir diretrizes institucionais nos serviços de saúde que atuam, propiciando a presença da família durante o atendimento de emergência.¹⁹ A maior parte dos familiares de pacientes pediátricos na Argentina relataram o desejo de estar presentes durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar, pois acreditavam que poderiam ajudar a conter a criança e, ao mesmo tempo, fiscalizar os procedimentos que estavam sendo realizados pelos profissionais.²⁰ Na Europa, 69,4% dos enfermeiros pediátricos de terapia intensiva acreditavam que os profissionais de saúde poderiam dizer certas coisas, durante o atendimento de emergência, que pudessem deixar as famílias chateadas, ao passo que 86,7% deles não viam a necessidade de

que um membro da equipe ficasse exclusivamente com a família para oferecer suporte emocional nesses momentos.²¹

Em um recente estudo realizado na Austrália, as memórias relatadas pelos pais que permaneceram no atendimento de reanimação sem sucesso dos filhos se referiam, sobretudo, ao sentimento de cuidado e tranquilidade por saber o que estava acontecendo com a criança. Já o grupo de pais que aguardaram em uma sala de espera, relataram ter recebido informações sobre o que estava se passando com o filho apenas em dois momentos: na chegada ao hospital e após o término do atendimento de emergência, fato determinante para que se sentissem angustiados.²²

Em nosso cenário cultural foram encontrados apenas dois estudos que abordam, de algum modo, a temática estudada: um relacionado aos profissionais de saúde e, o outro, às famílias^{23,34}. O objetivo do primeiro estudo foi caracterizar a vivência de enfermeiras durante a realização de reanimação cardiopulmonar pediátrica. Foi discutido que as famílias não permanecem dentro da sala de emergência, pois o foco do cuidado deve ser a criança. As enfermeiras alegaram não saber o que dizer à família nesses momentos, visto que a situação de iminência da morte de uma criança também lhes gera um sofrimento.²³ O segundo estudo teve como objetivo conhecer os sentimentos de familiares que não permaneceram no atendimento de emergência adulto. O deslocamento da família até o hospital é cercado por questionamentos, incertezas e conjecturas sobre fatos reais e imaginários e, desse modo, aguardar por informações amplia ainda mais os sentimentos fantasiosos ligados a morte.²⁴

As perspectivas de permitir que a família decida se quer estar ou não presente durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar são demonstradas em diversas

publicações, as quais exploram três contextos: o do paciente, da família e dos profissionais de saúde.

- Perspectivas do paciente

Em relação ao paciente pediátrico, há poucos estudos que demonstrem os efeitos causados na criança decorrentes da presença de sua família durante o atendimento de emergência. Uma revisão sistemática avaliou o impacto que a presença da família tem sobre a criança durante a realização de procedimentos dolorosos. Entretanto, a maior parte dos estudos não demonstraram haver diferença estatisticamente significativa no comportamento apresentado pela criança.²⁵

Um estudo realizado com pacientes adultos que sobreviveram a situações de emergência, incluindo reanimação cardiopulmonar, verificou que a maior parte deles preferiria que sua família estivesse presente durante o atendimento prestado, já que ela lhes fornece suporte emocional e encorajamento por meio da comunicação e do toque e, além disso, atua em favor de seus interesses.²⁶

- Perspectivas da família

Estudos mostram que quando é dada a opção, as famílias em geral escolhem permanecer durante o atendimento de emergência. Por meio do recebimento de informações do que está acontecendo com a criança durante o atendimento de emergência, a família sente-se segura, porém isso não significa que ela necessite de falsas esperanças que as façam idealizar uma recuperação que não ocorrerá. Na verdade, desejam que o conforto do paciente que está morrendo seja assegurado como prioridade no atendimento prestado.²⁷

Uma revisão sistemática de estudos relacionados a presença da família no ambiente de emergência, entre 1992 e 2011, verificou

que existem mais benefícios do que desvantagens para as famílias que presenciam o atendimento: auxilia o processo de luto em casos de óbito; propicia uma comunicação mais efetiva com a equipe multiprofissional e permite constatar que todos os esforços necessários foram realizados para salvar a vida do paciente.²⁸

Para a família, estar presente na sala de emergência encerra a dúvida sobre o que realmente está acontecendo com a criança, diminuindo, assim, sentimentos de ansiedade e medo.²⁹ Embora a maior parte dos pais prefira permanecer ao lado de seus filhos, uma das principais razões para que se recusem a ficar junto a eles, decorre do comportamento dos profissionais de saúde, os quais por vezes demonstram que sua presença não é bem-vinda.³⁰

Estudos mais antigos também demonstram que os pais preferem estar junto aos seus filhos durante situações difíceis, um estudo na década de 90 propôs situações hipotéticas de atendimentos de emergência para pais cujos filhos encontravam-se em um serviço de emergência, e a maior parte relatou preferir permanecer com seu filho durante a reanimação cardiopulmonar (80,7%), mesmo que a criança estivesse inconsciente (71,4%), e sobretudo se houvesse a possibilidade do desfecho ser a morte (83,4%).³¹

Outro estudo verificou escores de estresse pós-traumáticos em pais que permaneceram durante a reanimação cardiopulmonar sem sucesso de seus filhos, e os resultados encontrados foram similares aos da população em geral. Esses pais relataram que, o processo de aceitação da morte de seus filhos, iniciou-se durante o atendimento prestado, e que ver o que estava sendo realizado não era equivalente a estar em uma sala de espera recebendo informações. Além disso, alegaram que a sua preocupação durante o atendimento de emergência estava voltada para a recuperação e conforto do filho. Portanto, não necessitavam de explicações

detalhadas sobre os procedimentos e, ver que todos os esforços haviam sido realizados, não lhes deixou dúvidas sobre que tudo foi feito para tentar salvar a vida de seus filhos.³²

Ainda no tema da presença dos pais durante a reanimação cardiopulmonar sem sucesso, 71% daqueles que permaneceram ao lado dos filhos durante o procedimento acreditavam que sua presença lhes havia provido conforto, ao passo que 67% tinham a convicção que haviam ajudado os filhos a morrer, pois puderam dar o consentimento para que partissem.³³

Em relação a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos, os resultados encontrados na literatura são semelhantes àqueles em relação a reanimação cardiopulmonar, ou seja, os pais relatam a importância de estar junto aos filhos, sobretudo para dar suporte emocional. Acreditam, ainda, que sua permanência não modifica o cuidado prestado pelos profissionais de saúde.³²

Os pais creem que, ter um membro da equipe de saúde junto à família durante o atendimento de emergência, para explicar o que está sendo realizado e responder as suas dúvidas, permite que o sofrimento causado pela experiência possa ser abreviado.³⁴

- Perspectivas dos profissionais de saúde

No que tange às perspectivas dos profissionais de saúde, trata-se ainda de um tema de ampla discussão. Envolve crenças acerca do medo de que a família perca o controle emocional e interfira no cuidado prestado, da possibilidade de que permaneça com lembranças estressantes relacionadas ao atendimento, da restrição ao processo de ensino a estudantes, do aumento da ansiedade e estresse dos profissionais - interferindo em sua habilidade técnica e concentração - e da possibilidade dos procedimentos realizados serem mal interpretados, resultando em

processos éticos-legais. Contudo, não existem evidências que respaldem tais crenças. Há, pelo contrário, estudos que validam a prática, demonstrando que: pode diminuir a ansiedade da família; que não há interferências significativas no atendimento prestado; em casos de óbitos ajuda no processo de luto das famílias; e não há comprovação de que aumente a ansiedade e/ou prejudique a habilidade técnica dos profissionais de saúde.¹⁶

Em relação à possibilidade da família interromper o cuidado prestado, trata-se de um medo factível e que poderia afetar de maneira negativa a segurança do paciente.³⁵ Pensando nessas circunstâncias, alguns estudos trataram de desenvolver protocolos com diretrizes que possibilitem a presença da família durante o atendimento de emergência, mas que possam, ao mesmo tempo, garantir que sua permanência não interrompa o cuidado ao paciente. As diretrizes desses protocolos incluem as seguintes ações:^{11,35}

- considerar a presença da família como uma opção durante a realização de todos os procedimentos com o paciente;
- designar um membro da equipe de saúde para ficar exclusivamente com a família, proporcionando suporte às necessidades psicossociais e avaliando respostas emocionais;
- avaliar o comportamento da família, de modo a determinar se os membros estão aptos ou não a permanecer no atendimento. Os fatores que excluem a possibilidade de um membro familiar permanecer no atendimento de emergência incluem: comportamentos agressivos ou ameaçadores; volatilidade emocional extrema; discordância incontornável entre os membros familiares; e comportamentos que indiquem intoxicação exógena ou alteração do estado mental.

- avaliar constantemente a condição emocional do familiar que estiver dentro da sala de emergência, e solicitar que se retire do cenário antes que ocorra uma interrupção no atendimento ou uma agressão aos profissionais de saúde;
- estabelecer políticas e protocolos institucionais que proporcionem suporte a realização dessa prática;
- verificar se a equipe médica responsável pelo atendimento concorda com a presença da família na sala de emergência.

Uma revisão sistemática de publicações entre 1980 e 2006, sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar, não encontrou registros significativos de interrupção do atendimento. Houve apenas relatos de interrupções mínimas, as quais não alteraram o cuidado prestado ao paciente e tampouco exigiram que a família fosse retirada do local de atendimento de emergência. O comportamento mais recorrente que os profissionais observaram nos pais foi o de observar à distância o atendimento e/ou oferecer suporte emocional ao filho por meio de contato verbal ou físico.³⁶

Ainda em relação a possibilidade da família interromper a assistência prestada, um estudo observacional registrou apenas 3% de interferência durante a realização de procedimentos invasivos e, além de baixo, o índice foi relacionado a um mau gerenciamento do preparo e cuidado com a família por parte da equipe multiprofissional - uma mãe teve a percepção de que a analgesia de seu filho estava sendo insuficiente, ao passo que outra teve uma síncope.³⁷

Estudando os efeitos diretos que a presença da família causa nos profissionais de saúde e na realização dos procedimentos de emergência, um estudo verificou que praticamente nenhum dos

profissionais relataram sensação de desconforto, tampouco foram alterados o tratamento e tempo dispensados ao atendimento.³²

Um outro estudo nos Estados Unidos comparou a ressuscitação de traumas com e sem a presença da família, e o tempo dispensado ao tratamento foi o mesmo para ambos os casos. Entretanto, os profissionais de saúde relataram ter sentido um aumento em seu nível de estresse, decorrente da presença dos familiares. Essa é uma percepção aceitável desde que não afete o cuidado prestado e as decisões tomadas.³⁸

A presença da família não afetou a realização do procedimento de coleta de liquor em um estudo de 2007. A taxa de sucesso do procedimento, bem como o número de tentativas necessárias para a coleta, não foram alterados pelo fato dos pais estarem presentes.³⁹

Os profissionais de saúde demonstram serem mais favoráveis à permanência da família durante a realização de procedimentos menos complexos e invasivos. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, praticamente toda a amostra estudada foi favorável à presença da família durante a punção venosa periférica, ao passo que esse número foi drasticamente reduzido aumentando-se a complexidade dos procedimentos, como no caso de punção lombar, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar.⁴⁰

A experiência prévia dos profissionais de saúde com a presença da família em situações de emergência mostra-se como o determinante mais favorável para a realização desta prática⁴¹. Outros fatores que influenciam positivamente a decisão dos profissionais em permitir a permanência da família nesses eventos, são sedação e analgesia apropriadas da criança e nível sociocultural da mãe.⁴²

Analisando a opinião dos profissionais de saúde sobre os benefícios e desvantagens da presença familiar durante atendimentos de emergência, um estudo verificou que em relação ao paciente e aos profissionais de saúde, o benefício mais citado foi o de acalmar a criança e, no que se refere à família, saber o que está acontecendo com o filho e a confirmação de que todo tratamento necessário está sendo realizado para preservar a vida da criança. No que tange às desvantagens, os profissionais acreditam que o comportamento da criança poderia ser negativamente afetado pela ansiedade e estresse dos pais, os quais estariam suscetíveis a interromper o atendimento e ter memórias perturbadoras resultantes da experiência, além do risco de ocorrer um aumento da ansiedade e distração dos profissionais de saúde.⁴³

Os enfermeiros acreditam, mais do que os médicos, ser um direito da família optar por estar presente durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar.^{17,32,44} Não há correlação significativa descrita entre o tempo de experiência profissional e as atitudes tomadas pelos profissionais em relação à presença da família durante esses eventos.¹⁷

Embora a família acredite que seja um direito seu optar por permanecer ou não no atendimento de emergência, apenas metade dos médicos e enfermeiros de um determinado serviço de emergência, relataram acreditar que a família deveria, de algum modo, participar da decisão se poderá estar presente nesse momento.⁴⁵

Pesquisadores sugerem que a família identifica no enfermeiro o profissional mais acessível da equipe de saúde. Desse modo, uma intervenção educacional com esses profissionais, relativa ao tema da presença da família em atendimento de emergência, poderia influenciar positivamente a realização dessa prática.⁴⁶ Isso é confirmado por um estudo de intervenção, o qual evidencia que,

após uma abordagem educacional com enfermeiros, ocorreu uma elevação de 55,6% para 88,9% da concordância dos profissionais em relação a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar.⁴⁷

As práticas relatadas pelos próprios profissionais de saúde como propícias para permitir que a família possa estar presente em atendimentos de emergência, incluem a presença de um membro da equipe de saúde exclusivamente com a família, com o intuito de proporcionar suporte emocional.⁴³ Os elementos necessários para que um membro da equipe possa exercer esse papel são: habilidade em desenvolver uma comunicação efetiva com as famílias e capacidade de avaliar as condições emocionais das pessoas que compõem o núcleo familiar, verificando se estão ou não aptas a permanecer na sala de emergência.⁴⁸

- Ferramentas para introduzir a família no atendimento de emergência

Embora muitas instituições de saúde permitam a presença da família em situações de emergência, são poucas as que possuem protocolos específicos para a realização dessa prática.⁴⁹ Entretanto, é importante ressaltar que, permitir que a família esteja presente nesses eventos, não significa que ela possa ser pressionada a permanecer na sala de emergência, já que cada situação é única e diversos fatores devem ser considerados para determinar se os familiares podem ou querem estar ao lado do paciente.⁵⁰

Permitir a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar não transforma, por si só, o modo de cuidar para um cuidado pautado no modelo do CCF, pois essa filosofia de cuidado vai muito além do fato pontual de deixar a família decidir o que é melhor para si. Além disso, a presença da família em uma situação na qual os membros da equipe de saúde não estão preparados para reconhecer as

necessidades dos familiares, poderia ter consequências mais negativas para as famílias do que não estar presente no atendimento.²⁷

A introdução de instrumentos que permitam à família estar presente nos atendimentos de emergência, deve ser realizada de modo gradual e pouco estressante para a equipe multiprofissional, a qual deve ser sensibilizada e treinada acerca dos conceitos do CCF. Além disso, é necessário haver, também, a incorporação dos valores desse modo de cuidado nas políticas e protocolos institucionais, juntamente com a criação de um programa estruturado que possa permitir a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar.^{27,37}

Por fim, deve-se promover uma mudança para o modelo do CCF, a qual requer tempo e paciência, pois os profissionais de saúde que são resistentes a esse modelo de cuidado, possuem conceitos e crenças bem definidos relacionados ao seu modo de cuidar.²⁷

1.3 JUSTIFICATIVA

Uma maneira de introduzir alguns dos conceitos do CCF no ambiente de emergência é permitir que a família faça a opção de permanecer ou não ao lado da criança durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar. Entretanto, embora existam evidências científicas de que as famílias de pacientes com potencial risco de morte precisam obter informações de modo contínuo e, de algum modo, estar perto de seu familiar, elas ainda permanecem, muitas vezes, excluídas dos atendimentos de emergência.

O tema em questão é cercado de mitos, e tanto os profissionais como as famílias tomam decisões baseadas em suas próprias crenças. Em geral, são os profissionais de saúde que decidem se a família poderá estar presente no atendimento de emergência. São, portanto, as crenças dos profissionais de saúde que afetam diretamente a realização dessa prática, o que justifica a necessidade de compreendê-las.

Por outro lado, também é fundamental conhecer o significado que a própria família atribui ao fato de permanecer ou não no atendimento de emergência, uma vez que esta compreensão poderá fornecer subsídios para que os profissionais de saúde possam ajudar as famílias a lidar com essa difícil experiência em suas vidas.

Embora existam publicações internacionais sobre a temática, ainda são escassos os estudos qualitativos na área e, até o presente momento, com o melhor do nosso conhecimento, não há estudos nacionais que abordem especificamente as percepções e crenças dos profissionais de saúde e dos familiares acerca da presença da família em atendimento de emergência.

Com base nas questões apresentadas, este estudo tem a finalidade de preencher as lacunas sobre o assunto.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

- Identificar as crenças e percepções de profissionais de saúde que atuam em um serviço de emergência pediátrico em relação à presença da família durante o atendimento de emergência.
- Conhecer a experiência e crenças das famílias a respeito de sua própria permanência durante o atendimento de emergência à criança.

3 MÉTODOS

3.1 O MODELO DE CRENÇAS COMO PERSPECTIVA TEÓRICA

Partindo-se do princípio que são as crenças dos membros de um núcleo familiar e dos profissionais de saúde que permeiam a experiência da família permanecer ou não durante o atendimento de emergência pediátrica, o referencial teórico adotado neste estudo foi o de crenças de Lorraine Wright e Janice Bell.⁵¹

Segundo as autoras, as crenças representam as lentes pelas quais vemos o mundo, guiando as nossas escolhas, comportamentos e sentimentos. Elas definem como construímos as nossas vidas e o modo como nos relacionamos com os outros e com o mundo. Para compreender melhor o significado desse conceito, parte-se do princípio de que a palavra “crença” contém a ideia de um conjunto persistente de premissas aceitas como verdade por um determinado indivíduo.

Existem diversas lentes oriundas da sociologia, antropologia, psicologia e até mesmo da espiritualidade, pelas quais podemos definir, explicar e descrever o significado de crenças, embora a definição que mais se enquadra em nosso estudo seja a biológica, que considera a crença como uma verdade de uma realidade particular, a qual influencia a estrutura e o funcionamento biológico, psicossocial e espiritual dos indivíduos.⁵¹

As crenças provêm das interações dos indivíduos com sua família, amigos, comunidade e ambiente em que vivem. É partir dessas interações, portanto, que as crenças podem ser adquiridas,

solidificadas e/ou modificadas. Deste modo, para compreender as crenças de um determinado indivíduo, antes de tudo é necessário entender os contextos interacional, social e cultural em que ele está inserido.⁵¹

Algumas crenças são internalizadas com mais recorrência do que outras, uma vez que o ser humano tende a aceitar apenas informações, ideias ou opiniões que confirmem seu ponto de vista. Trata-se de um comportamento muito evidente nas práticas relacionadas ao processo saúde-doença, tanto no comportamento apresentado pelos profissionais de saúde como pelas famílias⁵¹.

Para lidar com as crenças das famílias na ocorrência de uma doença séria, os profissionais de saúde podem utilizar o Modelo de Crenças proposta por Lorraine Wright e Janice Bell⁵¹. Esse modelo se baseia no princípio que o sofrimento que surge devido uma doença ou problema clínico não é necessariamente decorrente deles próprios, e sim das crenças individuais e das famílias acerca delas. Reconhece ainda que tanto as famílias quanto os profissionais de saúde possuem crenças facilitadoras e limitadoras que influenciam o relacionamento, comportamento, sofrimento e o processo de cura.

As crenças facilitadoras permitem que os indivíduos descubram soluções para os problemas, diminuindo seu sofrimento diante situações difíceis, elas devem ser reconhecidas, fortalecidas e ampliadas. Já as crenças limitadoras são aquelas que se utilizadas em um determinado contexto, diminuem a possibilidade de resolução de problemas, e devem, portanto, serem exploradas e modificadas.⁵¹

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

É o desenho de pesquisa que direciona o planejamento e a implementação de um estudo, alinhando-se ao propósito de responder às perguntas propostas pela investigação. Este é um estudo exploratório com abordagem qualitativa e quantitativa.

Para garantir toda a riqueza e complexidade da experiência da família durante o atendimento de emergência pediátrica, optou-se pelo desenho de pesquisa qualitativa. Considera-se, na pesquisa qualitativa, que não existe somente uma única realidade para as experiências de vida, e que todo o conhecimento adquirido só é relevante dentro de uma determinada situação ou contexto, envolvendo assim uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo.⁵²

Neste desenho de pesquisa, há um interesse pelo conhecimento do cotidiano da vida dos indivíduos e de suas perspectivas em relação ao fenômeno estudado. Estudamos, desse modo, os indivíduos em seu ambiente natural, com o objetivo de compreender e interpretar os significados que as pessoas atribuem às suas próprias experiências de vida.⁵²

Visando uma abordagem mais focalizada, pontual e estruturada foi utilizada a abordagem quantitativa para a apreensão da percepção dos profissionais de saúde em relação ao tema estudado.

3.3 A INVESTIGAÇÃO NARRATIVA COMO CAMINHO METODOLÓGICO

Partindo-se do pressuposto de que a melhor maneira para conhecermos as crenças de um indivíduo é por meio das histórias

que ele nos conta, optou-se pelo referencial metodológico de investigação narrativa. Esse tipo de investigação envolve a interpretação de relatos narrativos da vida e das experiências de indivíduos ou grupos. A narrativa é uma das principais formas com que as pessoas organizam sua compreensão do mundo, e a partir dela conseguem dar sentido às suas experiências, compartilhando-as com os outros. Permite, ainda, compreender as vivências humanas inseridas em um contexto social, cultural e histórico.^{52,53}

A estrutura narrativa apresenta cinco elementos essenciais: enredo (conjunto de fatos), personagens (quem executa a ação), tempo (época/momento em que se passa a história e duração da mesma), espaço (lugar onde se passa a ação) e ambiente (espaço carregado de características sócioeconômicas, morais e psicológicas, em que vivem os personagens).⁵⁴

Narrar uma história é uma forma de expressão humana básica e universal. Os indivíduos relatam suas experiências aos outros por meio de histórias, sendo a narrativa sua apresentação holística. A vivência é representada e recontada a partir de reflexões feitas pelos indivíduos acerca de um acontecimento passado, embora à luz de novos experimentos, conhecimentos, padrões e comportamentos socialmente estabelecidos.^{54,55}

O uso desse referencial permite que sejam compreendidas as experiências de doença e sofrimento vividas pelo paciente e sua família. Quando as pessoas são encorajadas a falar de uma experiência de doença, retratam também outros fatos ocorridos durante esse processo de adoecimento e, embora se possa ter a impressão de que ao narrar esses fatos o entrevistado está desviando a entrevista de sua verdadeira intenção, o que ocorre é que, no momento em que relata sua história de vida, é que se revela como pessoa.^{3,54}

Ouvir, testemunhar e documentar histórias de doenças e sofrimento também pode causar um impacto profundo sobre os profissionais de saúde, permitindo assim que compreendam as nuances de sofrimento e vulnerabilidade dos indivíduos e suas famílias durante as experiências de enfermidade.³

Tanto o narrador como o pesquisador estão presentes no texto narrativo, já que as histórias são transformadas quando ouvidas e contadas. Os indivíduos são os autores de sua própria história, experiências, sentimentos e modo como compreendem as circunstâncias vividas. Já o pesquisador torna-se presente no texto narrativo a partir do momento em que envolve as suas interpretações no processo analítico, demonstrando as emoções resultantes de seus pensamentos e abstrações.⁵⁵

As narrativas são caracterizadas por sua temporalidade e contextualização. Quando um indivíduo relata um acontecimento, ele reorganiza sua experiência de um modo coerente, temporal e significativo, partindo do início, passando pelo desenrolar e, finalmente, chegando-se ao que aconteceu, dando assim um sentido para a experiência vivida. Embora o relato do entrevistado tenha descrições de situações, a forma predominante de apresentação deve ser de uma narrativa que exponha o curso dos eventos que compõem o fenômeno estudado.^{53,56}

A pergunta inicial feita ao entrevistado deve gerar uma narrativa principal, cujo objetivo é fazer com que o próprio entrevistado conte sua história, obedecendo uma ordem temporal. A primeira pergunta sempre se refere ao tópico do estudo, e deve ser feita com clareza para que o fenômeno averiguado seja adotado como tema central pelo participante. Em seguida ocorre o estágio das investigações, no qual fragmentos da história que não tenham ficado claros são reintroduzidos por meio de novas perguntas, também geradoras de uma narrativa. A última fase da entrevista é

do equilíbrio, em que as perguntas feitas ao entrevistado visam à descrição e a argumentação da história contada, com o objetivo de acessar seus pensamentos e sentimentos.⁵⁶

Os entrevistados contam suas histórias de vida ou das experiências vividas, em vez de apenas responder às questões feitas pelo pesquisador. Desse modo, a entrevista narrativa se restringe a um pequeno número de perguntas, e é seguida pelo fluxo de pensamento do participante. Ao mesmo tempo em que o pesquisador tem esse controle mínimo sobre o desenrolar da entrevista, é responsável por encorajar e estimular o entrevistado a contar as suas histórias.⁵⁶

Quando narra uma história, o indivíduo filtra e exclui informações, escolhendo o que quer contar e, embora a audiência e o contexto influenciem o que vai ser contado, a “verdade” que os participantes atribuem às suas experiências sempre acaba surgindo. Os narradores nem sempre possuem a habilidade para articular seus sentimentos e pensamentos, mas como o pesquisador tem um papel ativo na construção da teoria, cabe a ele ajudar o participante.⁵⁵

Dentro da investigação narrativa, o método escolhido para a coleta de dados – com o intuito de conduzir a realização das entrevistas desta pesquisa - foi a entrevista episódica, que permite o acesso as experiências vividas pelos indivíduos na forma de narrativa. As entrevistas episódicas partem do princípio que as experiências são recordadas de duas formas: seu conhecimento narrativo episódico, que se refere a situações e circunstâncias concretas, e o conhecimento semântico, o qual se baseia em suposições e relações abstraídas das experiências.⁵⁶

Na entrevista episódica dá-se atenção especial às situações relevantes ao tema estudado, facilitando a apresentação das experiências e permitindo que sejam comparadas às narrativas

realizadas por outros indivíduos ou grupos. Assegura-se, entretanto, que sejam relatadas em sua especificidade, é solicitado ao entrevistado que repita narrativas de situações específicas. O entrevistador pode intervir e direcionar o curso da entrevista, utilizando perguntas relativas à experiência estudada e permitindo um diálogo mais aberto com o entrevistado.⁵⁶

A interpretação de uma narrativa tem o intuito de abstrair, analisar e compreender histórias pessoais, permitindo dar atenção a experiência única do ser humano. Ter em conta às razões por que as pessoas usam as narrativas em momentos estratégicos de uma entrevista pode dar uma ideia dos tópicos que lhe são mais importantes. Sua análise acrescenta uma nova dimensão à pesquisa qualitativa, concentrando-se não apenas no que as pessoas disseram e nos eventos que descreveram, mas também em como o fizeram, porquê o disseram e o que sentiram e viveram. Sendo assim, o uso da narrativa possibilita compartilhar o sentido da experiência para os entrevistados, dando-lhes voz para que possam mostrar como encaram a vida.⁵³

A análise das entrevistas busca detectar os principais temas de uma narrativa construída por um indivíduo, com o objetivo de compreender e dar sentido às experiências vividas, transformando-as a numa representação comunicativa. Procura uma aproximação entre diversos textos extraídos de narrativas que têm uma forma de história comum. Não são uma representação direta da experiência humana, e sim uma interpretação construída e moldada de experiências, em que o autor funciona como mediador entre o entrevistado e seus futuros leitores.^{55,57}

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Pronto Socorro Infantil (PSI) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), o qual atende crianças até 15 anos incompletos e conta com sala de emergência específica para o atendimento de emergência pediátrica.

Na sala de atendimento de emergência são atendidos todos os casos de emergência pediátrica, exceto os traumas, que são inicialmente atendidos pela equipe de cirurgia na sala de trauma do pronto socorro adulto do mesmo hospital. Nos casos de traumas mais complexos, as equipes médica e de enfermagem do PSI também se deslocam até a sala de trauma.

No ano de 2012 – correspondente ao ano de coleta de dados desse estudo - foram atendidas 145 crianças na sala de emergência pediátrica do PSI, tendo como causas mais frequentes convulsões e insuficiência respiratória. No período em que o estudo foi realizado, que compreendeu os meses de outono e inverno, a maior frequência de atendimentos decorre de complicações respiratórias.

O pronto socorro em questão não conta com protocolo específico que permita a permanência da família durante o atendimento da criança na sala de emergência, sendo a decisão tomada pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Essa prática não foi modificada para a realização deste estudo.

Após o atendimento na sala de emergência, dependendo dos desfechos, a criança pode ser encaminhada para o setor de observação do próprio PSI, transferida para a unidade de terapia intensiva pediátrica (UTI) ou ainda, em caso de óbito, levada para o serviço de necropsia do próprio hospital. A maior parte dos pacientes atendidos na sala de emergência permanece no setor de

observação do PSI, sob os cuidados dos mesmos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de emergência.

3.5 PARTICIPANTES DE ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os participantes foram divididos em dois grupos, um composto pelos profissionais de saúde e outro pelas famílias de crianças atendidas na sala de emergência do PSI. Para que os participantes fossem elencados para o estudo utilizaram-se seguintes critérios de inclusão:

- Grupo de Profissionais de Saúde: auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos residentes e médicos assistentes que atuavam no serviço durante o período da coleta de dados.
- Grupo das Famílias: membros da família que estavam no hospital no momento em que a criança foi atendida na sala de emergência, independente de terem permanecido dentro ou fora da sala de emergência.

Em relação ao grupo das famílias, já que o objetivo foi conhecer suas crenças relativas a essa experiência, foram convidados para participar do estudo mais de um membro da mesma família, desde que também tivessem vivenciado o fenômeno investigado. Não foi pré-determinado o número de familiares a serem entrevistados, pois na pesquisa qualitativa esse número é estabelecido quando o pesquisador percebe que já encontrou respostas para o fenômeno pesquisado, e que novos dados provavelmente não acrescentariam conhecimentos relevantes à questão em voga. Entretanto, estabeleceu-se um período para a

coleta de dados que compreendeu os meses de março a agosto de 2012.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi respeitada toda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).⁵⁸

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do HU – USP, protocolo CEP HU/USP 1182/12 (Anexo F) e da Escola de Enfermagem da USP, protocolo 1102/2011 (Anexo G). Os dados obtidos somente foram incluídos no estudo após a assinatura do TCLE de todos os participantes do estudo, elaborado em duas vias, uma delas entregue assinada pelo pesquisador principal para os participantes.

O grupo formado pelos profissionais de saúde foi abordado individualmente pela pesquisadora principal em seu ambiente e horário de trabalho. Foi explicado o objetivo do estudo, reiterando que o instrumento preenchido seria utilizado somente para o propósito da pesquisa, não havendo qualquer tipo de constrangimento pela recusa da participação e tampouco pelo conteúdo respondido. Após optarem participar do estudo, os profissionais receberam o instrumento de pesquisa a ser preenchido e foi combinado seu recolhimento no prazo de uma semana.

O grupo constituído pelas famílias foi abordado após o atendimento de emergência. A pesquisadora principal conversou individualmente com cada família sobre a experiência vivida, e neste momento convidou-as a participar do estudo. Foram abordadas sete famílias e seis delas concordaram em participar do estudo. Essa

abordagem foi realizada somente após a estabilização da criança, mas ainda durante a internação hospitalar ou observação no PSI.

Houve o caso de uma família que manifestou o desejo de participar do estudo, porém optou por não assinar o TCLE. Esta entrevista não foi retirada do estudo, e os familiares permaneceram com a via do TCLE assinada pelo pesquisador principal.

3.7 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS

a) Profissionais de Saúde: Após aceitarem participar do estudo, os participantes do grupo dos Profissionais de Saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e preencheram o Instrumento de Pesquisa (Anexo B). Esse instrumento foi composto por questões fechadas e duas perguntas abertas, que permitissem compreender as crenças e percepções dos profissionais em relação à presença da família durante o atendimento de emergência à criança, além de verificar fatores que propiciavam a realização dessa prática.

Os próprios participantes completaram o instrumento e, por ser estruturado, todos responderam às mesmas questões, na mesma ordem, e receberam o mesmo conjunto de opções para as suas respostas.

Um instrumento (Anexo C) contendo dados gerais, referentes ao atendimento da criança na sala de emergência do PSI, foi preenchido pela pesquisadora principal para que compreendesse melhor o contexto do atendimento de emergência vivenciado pelas famílias.

b) Famílias: Após aceitarem participar do estudo, os familiares assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D). A entrevista foi guiada pela seguinte questão norteadora (Anexo

E): *“Quero que você me conte como foi a experiência de ter seu filho(a) (ou outro grau de parentesco aplicável) atendido na sala de emergência. A melhor maneira de fazer isso seria você começar por como seu filho(a) (ou outro grau de parentesco aplicável) veio parar no hospital, como foi para você a permanência dele na sala de emergência e como foi essa experiência para você. Você pode levar o tempo que for preciso para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo o que for importante para você me interessa”.*

Ao longo da entrevista, entretanto, outras questões foram introduzidas com o objetivo de permitir uma melhor compreensão da experiência vivida pela família, de modo a preencher as lacunas evidenciadas na narrativa principal.

A definição da data da entrevista foi realizada em conjunto pela pesquisadora principal e a família, sendo estabelecidos horário e local apropriados para o entrevistado e ao entrevistador. Como as entrevistas remeteram especificamente ao fenômeno estudado, não foi estabelecida uma data máxima para sua realização após o atendimento de emergência.

As entrevistas foram registradas por um gravador digital, com conhecimento e consentimento das famílias. Para que a pesquisadora pudesse obter informações a respeito das famílias entrevistadas, antes do início de cada entrevista, foi realizado um genograma do núcleo principal de cada uma delas. O genograma é um instrumento que permite realizar um diagrama do grupo familiar, representando o papel que cada membro ocupa dentro do núcleo familiar.³

Sendo a iminência da morte da criança um momento vulnerável na vida das famílias entrevistadas, as mesmas foram asseguradas de que poderiam a qualquer momento desistir de participar do estudo, e que teriam o direito de interromper a gravação da entrevista quando desejassem. Ao término de cada

entrevista, a pesquisadora principal se dispôs a uma conversa terapêutica com as famílias.

3.8 ANÁLISE DE DADOS

a) Profissionais de Saúde:

As questões fechadas do instrumento aplicado aos profissionais de saúde foram submetidas a análise estatística. Por se tratar de uma amostra pequena, o grupo de profissionais foi reordenado em dois subgrupos: enfermagem - composta pelos auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros; e médicos - composta pelos médicos residentes e médicos assistentes.

A introdução de questões abertas complementares às perguntas fechadas no instrumento aplicado ao grupo dos profissionais de saúde, permitiu a aquisição de informações mais detalhadas relativas à experiência estudada. Essas respostas foram transcritas pela pesquisadora principal, sendo corrigidos apenas erros gramaticais e retiradas palavras soltas que impediam a leitura do texto. As respostas oferecidas às perguntas abertas foram agrupadas por similaridade. Dada a relevância das respostas elas foram consideradas para ilustrar a análise estatística feita com os demais dados.

Para verificar a existência de associação estatística entre a aprovação da presença da família e a categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação em pronto-socorro infantil, além de quem deve decidir se a família pode ou não estar presente no atendimento de emergência, foi utilizado o teste qui-quadrado.⁵⁹ Nos casos em que a amostra foi insuficiente para a aplicação do teste qui-quadrado, foram utilizados então os testes exatos de Fisher.

No que se refere à relação entre a concordância com a presença da família e o procedimento realizado, aplicaram-se equações de estimação generalizadas com função de distribuição binomial e ligação logito.⁶⁰ Às análises se seguiram com comparações múltiplas de Bonferroni⁶¹ para verificar em quais procedimentos as opiniões dos profissionais diferem com relação à presença da família em sala de emergência pediátrica.

Todos os testes foram realizados com nível de significância de 5%, sendo utilizados os *softwares* Excell 2003 e SPSS 15.0.

b) Famílias

As entrevistas realizadas com o grupo das famílias foram transcritas pela pesquisadora principal, sendo corrigidos apenas os erros gramaticais e retiradas palavras soltas que impediam a leitura do texto. A análise dessas entrevistas seguiu os passos estabelecidos pelo método da pesquisa de narrativas episódicas, por meio das codificações temática.⁵⁶

No início, os casos foram interpretados individualmente, fazendo-se uma breve descrição de cada um deles para preservar as relações significativas de cada indivíduo em relação a questão estudada. Foi então desenvolvido um grupo de categorias para cada caso e, aplicou-se a codificação aberta seguida da seletiva, montando-se uma estrutura temática individual para os casos, a fim de aumentar sua comparabilidade. Na codificação aberta primeiramente segmentaram-se os dados e, em seguida as expressões foram classificadas a partir de suas unidades de significado com o objetivo de lhes associar códigos. Esses códigos foram então categorizados, agrupados de acordo com fenômenos descobertos - relevantes à questão pesquisada. Durante a codificação seletiva aperfeiçoou-se e integrou-se a codificação obtida em comparação a outros grupos, visando a identificar padrões nos dados e condições sob as quais estes se aplicam. Após realizar

a comparação entre os casos estudados, semelhanças e diferenças específicas foram identificadas e analisadas.

4 RESULTADOS

4.1 Os profissionais de saúde e a presença da família na sala de emergência pediátrica

Foram entregues 46 questionários ao grupo de profissionais de saúde (21,7% do sexo masculino e 78,3% do sexo feminino). A taxa de devolução dos questionários foi de 100%. Praticamente todos os profissionais (95,6%) relataram já ter participado de um atendimento de emergência em que a família estivesse presente. A caracterização demográfica desse grupo foi realizada em relação a: categoria profissional, sexo, idade e tempos de formação profissional e atuação em PSI.

Em relação à categoria profissional, como descrito na metodologia, os profissionais de saúde foram reordenados em dois grupos para permitir a análise estatística: enfermagem - 26 (56,5%) profissionais, dentre auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, e médicos – 20 (43,5%) profissionais, compostos por médicos residentes e médicos assistentes.

Todos esses profissionais, exceto o grupo de médicos residentes, são funcionários do HU-USP e atuam no PSI. Os médicos residentes são graduados em Medicina e estagiam no setor por três meses durante seu curso de residência pediátrica.

A idade média dos profissionais foi de 39,9 anos (mediana de 39,5 anos, variando de 24 a 60 anos de idade). Em relação ao tempo de formação e tempo de atuação em PSI, os profissionais foram também reordenados em 2 subgrupos: um deles composto por membros com menos de nove anos de formados ou de atuação

em pronto-socorro – 16 (34,8%) e 22 (47,8%) profissionais, respectivamente; e o outro constituído de graduados ou atuantes em PSI há mais de 10 anos – 30 (65,2%) e 24 (52,2%) profissionais, respectivamente.

A percepção do grupo formado pelos profissionais de saúde sobre a presença da família em sala de emergência pediátrica foi analisada segundo as variáveis: categoria profissional, tempos de formação profissional e de atuação em pronto-socorro infantil e nível de complexidade dos procedimentos realizados. A variável associada a experiência prévia do profissional no atendimento de emergência pediátrica com a presença da família não foi utilizada para a análise estatística, pois atingiu quase toda a amostra.

A Tabela 1 mostra a associação entre cada categoria profissional e o tipo de procedimento realizado: punção venosa periférica, coleta de liquor, punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar – em relação à permissão ou proibição da presença da família em sala de emergência pediátrica. Essa associação evidencia que a opinião dos profissionais de saúde sobre a presença da família na sala de emergência não está estatisticamente ligada à categoria profissional ($p > 0,05$) para nenhum dos procedimentos realizados.

Os dados sugerem, contudo, que a categoria profissional dos médicos é mais favorável do que a equipe de enfermagem à presença da família em sala de emergência, exceto para o procedimento de punção venosa periférica, em que 100% de toda a amostra foi a favor da presença dos familiares.

Tabela 1 - Descrição da opinião dos profissionais sobre a presença da família em sala de emergência pediátrica, segundo categoria profissional e tipo de procedimento realizado, e resultado dos testes de associação.

Variável	Profissão				Total		p
	Enfermagem		Médico				
	N	%	N	%	N	%	
Punção venosa periférica							#
Sim	26	100,0	20	100,0	46	100,0	0,622*
Coleta de liquor							
Sim	23	88,5	19	95,0	42	91,3	
Não	3	11,5	1	5,0	4	8,7	0,222
Punção intra-óssea							
Sim	15	57,7	15	75,0	30	65,2	
Não	11	42,3	5	25,0	16	34,8	0,062
Intubação traqueal							
Sim	11	42,3	14	70,0	25	54,3	
Não	15	57,7	6	30,0	21	45,7	0,127
Reanimação cardiopulmonar							
Sim	11	42,3	13	65,0	24	52,2	
Não	15	57,7	7	35,0	22	47,8	
Total	26	100	20	100	46	100	

Todos os profissionais aceitam a presença da família para esse procedimento

Resultado do teste qui-quadrado

* Resultado do teste exato de Fisher

A Tabela 2 mostra a associação entre o tempo de formação profissional e a opinião dos profissionais de saúde sobre a presença da família para cada tipo de procedimento realizado. Essa associação mostra que, estatisticamente, os profissionais com menos tempo de formados - até nove anos -, consideram mais do que os profissionais com mais de 10 anos de formados, que a família tem o direito de estar presente na realização dos procedimentos de intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar ($p = 0,007$ e $p = 0,024$, respectivamente).

Para os demais procedimentos, exceto para punção venosa periférica, que obteve taxa de 100% de concordância para ambos os grupos, os dados também indicam - embora sem associação estatística - que os profissionais com menos tempo de formados são mais favoráveis à permanência da família durante o atendimento de emergência do aqueles formados há mais tempo.

Tabela 2 - Descrição da opinião dos profissionais sobre a presença da família em sala de emergência pediátrica, segundo tempo de formação profissional e cada tipo de procedimento realizado, e resultado dos testes de associação.

Variável	Tempo de formação profissional				Total		p
	Até 9 anos		10 anos ou mais				
	N	%	N	%	N	%	
Punção venosa periférica							#
Sim	16	100,0	30	100,0	46	100,0	0,282*
Coleta de liquor							
Sim	16	100,0	26	86,7	42	91,3	
Não	0	0,0	4	13,3	4	8,7	0,095
Punção intra-óssea							
Sim	13	81,3	17	56,7	30	65,2	
Não	3	18,8	13	43,3	16	34,8	0,007
Intubação traqueal							
Sim	13	81,3	12	40,0	25	54,3	
Não	3	18,8	18	60,0	21	45,7	0,024
Reanimação cardiopulmonar							
Sim	12	75,0	12	40,0	24	52,2	
Não	4	25,0	18	60,0	22	47,8	
Total	16	100	30	100	46	100	

Todos os profissionais aceitam a presença da família para esse procedimento

Resultado do teste qui-quadrado

* Resultado do teste exato de Fisher

A Tabela 3 mostra a associação entre o tempo de atuação em PSI e a opinião dos profissionais de saúde sobre a presença da família para cada tipo de procedimento realizado. Essa associação mostra que, estatisticamente, os profissionais com menor tempo de atuação em pronto-socorro - até nove anos -, consideram mais do que aqueles atuantes há mais tempo – acima de 10 anos -, que a família pode estar presente na realização dos procedimentos de punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar ($p = 0,024$, $p < 0,001$ e $p = 0,001$, respectivamente).

No procedimento de coleta de liquor, o subgrupo com menos tempo de atuação em PSI também se mostrou mais favorável à presença da família, embora esse dado não tenha obtido associação estatística. O procedimento de punção venosa periférica atingiu taxa de 100% de concordância para ambos os grupos.

Tabela 3 - Descrição da opinião dos profissionais sobre a presença da família em sala de emergência pediátrica, segundo tempo de atuação em pronto socorro infantil para cada tipo de procedimento realizado, e resultado dos testes de associação.

Variável	Tempo de atuação em pronto socorro infantil				Total		p
	Até 9 anos		10 anos ou mais				
	N	%	N	%	N	%	
Punção venosa periférica							#
Sim	22	100,0	24	100,0	46	100,0	0,110*
Coleta de liquor							
Sim	22	100,0	20	83,3	42	91,3	
Não	0	0,0	4	16,7	4	8,7	0,024
Punção intra-óssea							<0,001
Sim	18	81,8	12	50,0	30	65,2	
Não	4	18,2	12	50,0	16	34,8	
Intubação traqueal							0,001
Sim	18	81,8	7	29,2	25	54,3	
Não	4	18,2	17	70,8	21	45,7	
Reanimação cardiopulmonar							0,001
Sim	17	77,3	7	29,2	24	52,2	
Não	5	22,7	17	70,8	22	47,8	
Total	22	100	24	100	46	100	

Todos os profissionais aceitam a presença da família para esse procedimento

Resultado do teste qui-quadrado

* Resultado do teste exato de Fisher

A Tabela 4 apresenta a opinião dos profissionais de saúde sobre quem deve decidir - família ou profissionais - se a família pode estar presente durante o atendimento de emergência, segundo as categorias profissionais, tempo de formação profissional e atuação em PSI. Não houve associação estatística sobre essa opinião quando comparadas as diferentes categorias profissionais.

Entretanto, as associações evidenciaram que, estatisticamente, os profissionais com maior tempo de formação profissional e atuação em PSI – acima de 10 anos –, consideram que a decisão sobre a permanência dos familiares nesses eventos cabe aos profissionais, o que se deu com menos recorrência entre aqueles com até nove anos de formação ou atuação em PSI ($p = 0,034$ e $p = 0,015$, respectivamente).

Tabela 4 - Descrição da opinião sobre quem deve decidir se a família pode estar presente durante a realização do atendimento de emergência pediátrica, segundo categoria profissional, tempo de formação e tempo de atuação em PSI, e resultado dos testes de associação.

Variável	Quem você considera que deve decidir se a família deve permanecer ou não no atendimento de emergência				Total	p
	Família		Profissionais			
	N	%	N	%	N	
Profissão						0,707
Enfermagem	7	28,0	18	72,0	25	
Médico	6	33,3	12	66,7	18	
Tempo de formação profissional						0,034*
Até 9 anos	8	53,3	7	46,7	15	
10 anos ou mais	5	17,9	23	82,1	28	
Tempo de atuação em pronto socorro infantil						0,015
Até 9 anos	10	47,6	11	52,4	21	
10 anos ou mais	3	13,6	19	86,4	22	
Total	13	30,2	30	69,8	43	

3 casos foram excluídos dessa análise pela impossibilidade de determinar a resposta à questão

Resultado do teste qui-quadrado

* Resultado do teste exato de Fisher

Esses resultados apresentados na Tabela 4 podem ser ilustrados pelas respostas apresentadas pelos profissionais de saúde à seguinte pergunta referente ao Anexo 2: *Quem você considera que deve decidir se a família pode permanecer ou não no atendimento de emergência? Por quê?*

O médico mais qualificado. É a pessoa com maior aptidão para perceber as dificuldades do momento, contorná-las e explicar com segurança à família todas as decisões de maneira confiável. (Médico Residente)

Equipe de enfermagem. Porque tem mais cuidados na comunicação, e é a equipe de enfermagem que vai ter mais contato com a família. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

A equipe multidisciplinar. Para não gerar controvérsias durante a permanência da família durante o atendimento. (Enfermeiro)

A própria família. Porque a família deve possuir esse direito de acompanhar o atendimento. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

A própria família. Os pais são os maiores responsáveis pelos seus filhos. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

A própria família. Desde que esclarecida sobre o que está sendo feito, creio que seja benéfico dar esta opção. (Enfermeiro)

A Tabela 5 mostra a concordância que cada categoria profissional e o grupo de profissionais de saúde como um todo têm em relação a permitir que a família permaneça durante os procedimentos realizados na sala de emergência.

Na categoria profissional enfermagem houve diferença estatística ($p < 0,001$) em relação a opinião para cada tipo de procedimento realizado, esses profissionais mostraram-se mais favoráveis a presença da família durante a realização de procedimentos menos complexos. Considerou-se em relação à complexidade dos procedimentos, a seguinte ordem crescente: punção venosa periférica, coleta de liquor, punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar.

Como já apresentado, para o procedimento de punção venosa periférica houve 100% de concordância desse grupo com a presença da família, para coleta de liquor a maioria foi favorável (88,5%), e para punção intraóssea aproximadamente metade da amostra (57,7%), ao passo que para os procedimentos de intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar menos da metade concordou com a presença da família (42,3% para cada procedimento).

Em relação a categoria profissional médicos não houve associação estatística ($p = 0,124$), sendo a concordância desses profissionais em relação a presença da família similar para todos os procedimentos realizados na sala de emergência.

Na soma total do grupo de profissionais também houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) em relação à concordância com a presença da família e a complexidade do procedimento realizado, porém esse dado é justificado pelo resultado obtido na categoria profissional enfermagem.

Tabela 5. Descrição da opinião de cada categoria profissional em relação a presença da família para cada procedimento realizado, e resultado da comparação das opiniões entre os tipos de procedimentos.

Profissão	Procedimento	Presença da família				Total	p
		Não		Sim			
		N	%	N	%		
Enfermagem	Punção venosa	0	0,0	26	100,0	26	<0,001
	Coleta de liquor	3	11,5	23	88,5	26	
	Punção intra-óssea	11	42,3	15	57,7	26	
	Intubação traqueal	15	57,7	11	42,3	26	
	Reanimação cardiopulmonar	15	57,7	11	42,3	26	
Médico	Punção venosa	0	0,0	20	100,0	20	0,124
	Coleta de liquor	1	5,0	19	95,0	20	
	Punção intra-óssea	5	25,0	15	75,0	20	
	Intubação traqueal	6	30,0	14	70,0	20	
	Reanimação cardiopulmonar	7	35,0	13	65,0	20	
Total	Punção venosa	0	0,0	46	100,0	46	<0,001
	Coleta de liquor	4	8,7	42	91,3	46	
	Punção intra-óssea	16	34,8	30	65,2	46	
	Intubação traqueal	21	45,7	25	54,3	46	
	Reanimação cardiopulmonar	22	47,8	24	52,2	46	

Resultado do teste de Wald

Os dados apresentados na Tabela 5 podem ser ilustrados pelas respostas dadas pelos profissionais de saúde à seguinte pergunta referente ao Anexo B: *Em quais procedimentos de emergência você permitiria a presença da família? Por quê?*

Claro que nos sentimos mais desconfortáveis em uma situação de parada cardiorrespiratória e menos em uma punção, porém a atitude dos pais em uma simples punção pode ser mais incisiva do que em procedimentos mais agressivos. (Médico assistente)

Punção venosa periférica, coleta de liquor e intubação são situações em que em geral há tempo para conversar com a família o suficiente para prepará-la emocionalmente para o procedimento. Na reanimação cardiopulmonar, se a família quiser permanecer e não estiver atrapalhando a movimentação na sala, não há

motivo para proibir, até para que a família presencie o empenho da equipe, e pode fornecer informações importantes “in loco”. O acesso intraósseo, especialmente se obtido manualmente (sem aparelhos) é bastante cruento, com maior possibilidade de assustar a família. (Médico assistente)

Em relação a intubação e reanimação ainda me sinto resistente a presença do familiar devido a todas emoções envolvidas. (Médico assistente)

Na reanimação cardiopulmonar em que é usado o desfibrilador, o procedimento causa má impressão devidos aos movimentos abruptos. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Os procedimentos realizados no atendimento de emergência são muito invasivos e pode provocar um impacto para os familiares ao assistir uma punção intraóssea, intubação traqueal ou reanimação cardiopulmonar. (Enfermeiro)

Nos casos de parada cardiorrespiratória / intraóssea / intubação geralmente a criança está com rebaixamento do nível de consciência e não se beneficiaria da presença familiar. De contrapartida o sofrimento dos familiares seria amplificado. (Médico assistente)

Já por exemplo, a reanimação cardiopulmonar, acho que a presença da família é desnecessária, traumatizante e pode atrapalhar. (Médico Residente)

A Tabela 6 apresenta mais detalhadamente os dados apresentados na Tabela 5, correlacionando os tipos de procedimentos realizados entre si para o grupo de profissionais como um todo e para a categoria profissional enfermagem – que mostraram-se mais favoráveis a presença da família durante a realização de procedimentos menos complexos. A categoria profissional enfermagem considera, estatisticamente ($p < 0,05$), que a família pode estar presente durante os procedimentos de punção

venosa periférica e coleta de liquor mais do que nos demais procedimentos - punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar, colaborando assim para os dados apresentados na Tabela 5. Os dados obtidos na soma total dos profissionais são reflexos dos dados da categoria profissional enfermagem.

As correlações que obtiveram diferença estatística foram: punção venosa periférica VS punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar mais coleta de liquor VS punção intraóssea, intubação traqueal e reanimação cardiopulmonar.

Tabela 6 - Resultado das comparações múltiplas com relação à presença da família entre os tipos de procedimentos realizados para o grupo de profissionais e para a categoria profissional enfermagem.

Profissão	Comparação	Diferença percentual	Erro Padrão	gl	p
Enfermagem	Punção venosa VS Coleta de liquor	12	6,3	1	0,655
	Punção venosa VS Punção intra-óssea	42	9,7	1	<0,001
	Punção venosa VS Intubação traqueal	58	9,7	1	<0,001
	Punção venosa VS Reanimação cardiopulmonar	58	9,7	1	<0,001
	Coleta de liquor VS Punção intra-óssea	31	9	1	0,006
	Coleta de liquor VS Intubação traqueal	46	9	1	<0,001
	Coleta de liquor VS Reanimação cardiopulmonar	46	9	1	<0,001
	Punção intra-óssea VS Intubação traqueal	15	10,3	1	>0,999
	Punção intra-óssea VS Reanimação cardiopulmonar	15	10,3	1	>0,999
	Intubação traqueal VS Reanimação cardiopulmonar	0	10,3	1	>0,999
Total	Punção venosa VS Coleta de liquor	9	4,2	1	0,363
	Punção venosa VS Punção intra-óssea	35	7	1	<0,001
	Punção venosa VS Intubação traqueal	46	7,3	1	<0,001
	Punção venosa VS Reanimação cardiopulmonar	48	7,4	1	<0,001
	Coleta de liquor VS Punção intra-óssea	26	6,6	1	0,001
	Coleta de liquor VS Intubação traqueal	37	6,8	1	<0,001
	Coleta de liquor VS Reanimação cardiopulmonar	39	6,8	1	<0,001
	Punção intra-óssea VS Intubação traqueal	11	7,9	1	>0,999
	Punção intra-óssea VS Reanimação cardiopulmonar	13	7,9	1	0,975
	Intubação traqueal VS Reanimação cardiopulmonar	2	8	1	>0,999

Resultado das comparações múltiplas de Bonferroni

As crenças dos profissionais de saúde em relação a presença de família na sala de emergência pediátrica foram extraídas da pergunta do Anexo B: *O que você pensa sobre a família permanecer no atendimento à criança na sala de emergência?* Essas crenças foram agrupadas em três categorias de importância da participação relacionadas aos atores participantes do processo: profissionais de saúde, às famílias e criança. A seguir são apresentados os

agrupamentos, ilustrados com as respostas apresentadas pelos próprios profissionais.

1) Profissionais de Saúde

- A família observa os esforços realizados para salvar a vida da criança: quando a família está presente na sala de emergência ela pode constatar que os profissionais de saúde estão fazendo tudo o que é possível para salvar a vida da criança. Isso pode proteger a equipe de saúde de futuros processos éticos-legais, pois ver o que está sendo feito diminui a possibilidade que a família interprete erroneamente os procedimentos realizados.

Protege o médico e o paciente de mal-entendidos pois ao explicar passo a passo o que está sendo feito, garante-se com maior chance que eles compreenderão a necessidade do procedimento, o empenho da equipe para que a criança melhore, as dificuldades encontradas e a evolução do caso. (Médico Residente)

A família constata o envolvimento e a dedicação dos profissionais naquele momento, de que houve um “investimento” da equipe. (Enfermeiro)

Por mais doloroso que seja, é fundamental a visualização pela família de que todos os esforços foram realizados pela equipe antes de um possível desfecho final ruim. (Médico Assistente)

- A família fornece informações importantes: para que seja realizado um atendimento eficaz e seguro ao paciente, é necessário ter informações prévias sobre o seu estado de saúde, além do motivo que levou a criança a ser atendida na sala de emergência. Isso somente é possível quando sua família estiver presente no ambiente de emergência, trazendo informações cruciais para garantir que os

profissionais de saúde prestem um atendimento adequado às reais necessidades da criança.

Auxilia esclarecendo o ocorrido. (Auxiliar/Técnico de enfermagem)

Comumente auxilia no atendimento, pois fornece informações complementares. (Médico assistente)

- A família possibilita que a criança fique mais colaborativa: durante o atendimento de emergência a criança nem sempre está inconsciente e, nesses casos, pode apresentar-se inquieta e agitada, não colaborando para a realização dos procedimentos. Nessas circunstâncias, com a presença de um familiar a criança se sente mais tranquila e segura, permitindo então que os profissionais de saúde realizem os procedimentos necessários.

A presença muitas vezes pode ser positiva colaborando com o procedimento, acalmando a criança. (Enfermeiro)

Acalma o paciente que, muitas vezes, pode estar extremamente assustado, dificultando quaisquer procedimentos. (Médico Residente)

- Não ter tempo para dar atenção à família: os profissionais de saúde sabem que a iminência da morte da criança gera angústia e sofrimento aos familiares. Reconhecem que esse familiar deve ser acolhido, porém acreditam que durante a realização dos procedimentos de emergência, o foco do atendimento deve ser a tentativa de manter a vida da criança e, portanto, cuidar das famílias nesse momento consome tempo e desvia a atenção do cuidado.

Justamente nestes momentos mais estressantes não conseguimos dar atenção e informações do que está acontecendo com a criança. (Enfermeiro)

Em uma situação crítica requer atenção completa da equipe para esse atendimento, e falta disponibilidade para acolher o familiar dentro da sala de emergência. (Médico Assistente)

Acho que é tão difícil nessa hora para a equipe lidar com a emergência e ao mesmo tempo ter de responder indagações dos pais. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

- A família restringe o ensino aos estudantes: como o HU-USP é um hospital escola, durante o atendimento de emergência os procedimentos também são realizados pelos médicos residentes com orientação e supervisão de um médico assistente. Os profissionais acreditam que, se a família estiver presente, vai perceber a inexperiência e insegurança do estudante, e não irá permitir que os procedimentos sejam realizados por ele.

Como aqui é um hospital escola e nem sempre as manobras na sala são feitas com sucesso na primeira tentativa, seria um sacrifício para os pais verem e aceitar esses procedimentos. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Como este é um hospital escola, as orientações e imaturidade de ação do residente impedem a permanência dos pais durante a maioria dos procedimentos. (Médico Assistente)

Se há residentes em treinamento, é preciso considerar a situação com cuidado. (Médico Assistente)

- A família interfere na atuação dos profissionais: os profissionais acreditam que a presença da família pode deixá-los em uma situação desconfortável e, desse modo,

não conseguem atuar de modo natural. Sentem-se também pressionados, pois acreditam que sua habilidade técnica está sendo observada e avaliada pelas famílias. Assim sendo, o desconforto e pressão que sentem pelo fato da família estar presente no atendimento de emergência, poderiam afetar diretamente a maneira como atuam no cuidado ao paciente.

É um momento de muito estresse e, na maioria das vezes, acaba deixando a equipe mais atarefada e sem liberdade para atuar como se deve. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Em situações críticas é necessário que a equipe esteja relaxada, e não pressionada por questionamentos e até mesmo pela visão de sofrimento da família. (Médico Assistente)

2) Famílias

- A família não interfere no atendimento: alguns profissionais acreditam que não deve haver impedimentos para que a família presencie o atendimento de emergência, já que ela não atrapalha a realização dos procedimentos. Essa crença é respaldada por experiências prévias dos profissionais com a presença da família nesse ambiente.

A presença do familiar não atrapalha a realização de nenhum dos procedimentos. (Médico Assistente)

Em nenhuma das vezes que realizamos algum procedimento tive qualquer problema devido a presença de um familiar. (Médico Assistente)

- Dar tranquilidade à família: os profissionais de saúde reconhecem que aguardar por informações fora da sala de emergência gera um sofrimento aos pais. Não saber o que que está acontecendo com o filho faz com que criem imaginações sobre o que os profissionais estão fazendo com a criança. Acreditam, desse modo, que quando a família está presente na sala de emergência, fica mais tranquila ao ver como a criança está e ao observar tudo o que está sendo feito para salvar a sua vida.

É confortante para o familiar saber que as medidas necessárias para melhorar a saúde da criança estão sendo tomadas. (Médico Assistente)

Conforta o próprio familiar que, visualizando o procedimento, desmistifica a ideia de estar “judiando” da criança. (Médico Assistente)

Observo o quanto é maior o desespero de um mãe ao entregar seu filho desfalecido e aguardar do lado de fora, sem saber o que está acontecendo com seu filho do outro lado. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Isso ajuda no processo interno (psicológico) dos familiares, porque se não houver sucesso, terão visto que foi feito tudo o que estava ao alcance da equipe. (Enfermeiro)

- É um direito da família: alguns profissionais de saúde acreditam que é um direito da família decidir se quer ou não permanecer no atendimento de emergência, uma vez que cada indivíduo sabe o que é melhor para si. Além disso, como responsáveis pelo filho, os pais podem autorizar ou não que os profissionais realizem os procedimentos.

A família tem o direito de permanecer e observar todos os procedimentos realizados no paciente e autorizá-los ou não. (Médico Residente)

É “direito” da família querer ficar, permanecer ali naquele momento. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

- O lugar dos pais é do lado do filho: os profissionais reconhecem o vínculo insubstituível existente entre um pai e um filho. Consideram que o lugar no qual sempre devem estar, sobretudo nas situações difíceis, é ao lado do filho. Acreditam que ao estar presente, também, estão de algum modo cuidando para que o filho sobreviva.

A todo momento estive junto com quem você ama e que faz parte da sua vida. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Os pais são os maiores responsáveis pelos seus filhos, ainda que estejam agitados, chorosos ou até mesmo irritados, vão saber que participaram de tudo que foi preciso para a melhora do seu filho. Mesmo que seja doloroso. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

- Um profissional deve ficar junto com a família: os profissionais reconhecem que as famílias tem muitas dúvidas e angústias relacionadas ao atendimento de emergência, além de estarem emocionalmente fragilizadas pela iminência da morte da criança. Acreditam que, quando os pais estão presentes durante o atendimento de emergência, sem que um membro da equipe de saúde possa lhes propiciar conforto, apoio emocional e informações sobre o que está acontecendo com o filho, podem sair prejudicados.

Desde que haja um profissional responsável pelo familiar, que possa lhe explicar os procedimentos e responder as suas dúvidas, além de oferecer apoio e assistência. (Médico Residente)

Fundamental que sempre que o familiar estiver presente, um profissional médico ou enfermeiro deve estar ao lado da família esclarecendo o que está ocorrendo. (Médico Assistente)

Desde que a família esteja acolhida por algum membro da equipe multiprofissional que esteja exclusivamente a disposição da mesma. (Enfermeiro)

- Gera memórias negativas do atendimento: os procedimentos realizados em um atendimento de emergência são muitas vezes agressivos para serem assistidos por uma pessoa leiga. O fato de a criança estar de maneira geral inconsciente durante o atendimento, deixa os pais ainda mais angustiados, ao assistir os filhos serem submetidos passivamente aos procedimentos. Embora no momento da emergência os pais possam optar por estar presente, e até demonstrem um fortalecimento emocional para lidar com a situação, os profissionais de saúde acreditam que a família possa vir a ter lembranças negativas em relação a experiência.

Acho complicado a presença dos mesmos devido a possibilidade de acidentes, como quebra de dentes ou lesões na gengiva que provoquem sangramento na intubação traqueal, o que para os pais acredito ser traumático. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

É um momento difícil para os pais, pois ficam desesperados. Acredito que nos procedimentos mais invasivos é muito difícil e doloroso para os pais assistirem. (Enfermeiro)

Em certas situações, a família deve ser privada de presenciá-las, uma vez que podem gerar traumas e lembranças negativas que serão carregadas por toda a vida. (Enfermeiro)

3) Criança

- A família dá conforto à criança: a criança quando consciente na sala de emergência, percebe que está em um ambiente estranho com pessoas desconhecidas, e essa situação lhe causa medo e um sentimento de desproteção. A presença de um familiar nesse cenário pode lhe garantir conforto e tranquilidade.

Para o paciente, principalmente a criança, é muito importante a presença de um familiar, para que a mesma se sinta mais “protegida. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)”

A ansiedade e o medo, inerentes a própria situação de emergência da criança, podem ser bastante minimizados, através da segurança trazida do acompanhamento no atendimento. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Para a criança é importante ouvir a voz de alguém que lhe seja familiar. (Enfermeiro)

- A família interfere no atendimento: enquanto alguns profissionais de saúde acreditam que a família não interfira no atendimento, outros pensam que sua presença na sala de emergência pode atrapalhar o cuidado prestado, prejudicando a atuação da equipe e afetando diretamente a recuperação da criança

Alguns chegam até a passar mal, desmaiar e, ao invés de ajudar, atrapalham. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

Em vista da emoção envolvida, alguns familiares não conseguem ficar só na observação. (Médico Assistente)

Risco da família perder o controle emocional e interromper todo procedimento prestado. (Auxiliar/Técnico de Enfermagem)

4.2 A família e sua presença na sala de emergência pediátrica

Já que o óbito é um evento raro dentro da sala de emergência, não houve no período de coleta de dados famílias que vivenciaram esse desfecho. Todas as entrevistas foram realizadas, por consenso entre a pesquisadora e a família, no ambiente hospitalar.

Foram entrevistadas dez pessoas de seis famílias diferentes, esse fato se deu porque foram entrevistadas mais de uma pessoa da mesma família. Em relação ao parentesco com a criança, seis dos entrevistados eram mães, três pais e uma avó. Considerou-se na apresentação de resultados e discussão, que o estudo se referiu a entrevistas realizadas com os pais das crianças, uma vez que a única avó participante, referente a entrevista número 4, era a responsável pelos cuidados da criança na ocasião do evento.

Abaixo segue a descrição de cada família entrevistada, com apresentação do entrevistado e da situação de emergência vivenciada pelos pais. Os dados apresentados foram extraídos dos anexos C e E.

Entrevista 1: A entrevistada foi a mãe da criança, S., 22 anos, 1º grau incompleto, do lar, nascida na Bahia, residente em São Paulo há 5 anos. Separada do pai de suas filhas, de 22 anos, ajudante de pedreiro, por causa de agressões físicas do companheiro, decorrentes de etilismo e uso de entorpecentes. Em

razão da internação da filha, o pai procurou a mãe e solicitou que reatassem, alegando que havia mudado o seu comportamento inadequado. A mãe estava em dúvida sobre reatar ou não, preocupada com recidiva do companheiro e desaprovação da família. Restante da família paterna e materna pouco envolvido com o casal, por serem contra o relacionamento. O casal tem duas filhas, M., um ano e três meses e a paciente, R., dois meses de vida. S., em virtude da separação, mora atualmente com as filhas, pais e irmãos. Relata agressão física por parte de seu pai e irmão. Acredita que a filha ficou doente, pois no dia em que se separou procurou abrigo na casa de seus pais, e os mesmos a deixaram dormir ao relento e na chuva juntamente com suas filhas. No dia do atendimento de emergência, a criança estava no setor de observação do pronto-socorro infantil em companhia da mãe e, em decorrência de uma insuficiência respiratória, foi levada para a sala de emergência, sendo realizada intubação traqueal e transferência para a UTI. Mãe optou por permanecer dentro da sala de emergência durante todo o atendimento. A entrevista foi realizada ainda durante a internação da criança, no dia da alta hospitalar, na brinquedoteca do setor de internação de pediatria, enquanto a paciente dormia no leito.

Entrevistas 2 e 3: A entrevistada 2 foi a mãe da criança, G., 26 anos, do lar, 3º grau incompleto em decorrência da gestação, mora com a filha, a paciente GA., 10 meses, seus pais e três irmãos. O entrevistado 3 foi o pai da criança, J., 26 anos, técnico de computação, 2º grau completo, mora sozinho, histórico de bronquite. Ambos evangélicos. Casal estava separado e decidiu retomar a relação durante a internação da criança. No dia do atendimento de emergência, a criança chegou trazida pela polícia e foi diretamente levada para a sala de emergência em razão de insuficiência respiratória, sendo realizada punção venosa periférica e transferência para a UTI, onde foi intubada. A mãe optou por

permanecer durante todo o atendimento de emergência, segurando a filha no colo durante o momento da inalação. O pai chegou somente no decorrer do atendimento e permaneceu com a mãe na sala de emergência. A entrevista foi realizada de modo individual, por preferência da mãe, ainda durante a internação da criança, em uma sala de reuniões do setor de internação de pediatria. A criança permaneceu no colo de cada participante durante a realização da entrevista.

Entrevista 4: A entrevista foi realizada simultaneamente com a mãe da criança, A., 20 anos, 5º série, desempregada, largou o emprego para cuidar do filho durante a internação; e com a avó materna da criança, E., 39 anos, 5º série, manicure. Até o dia da admissão da criança na sala de emergência, quem cuidava da criança era a avó. Após essa experiência, a mãe decidiu que assumiria os cuidados do filho. Mãe e avó são evangélicas. O pai da criança e sua família não têm relação com o paciente, L., quatro meses, filho único. Mãe, avó e criança moram com M., 13 anos e B., cinco anos, também filhos de E. O pai de A. é falecido. Contam que A. já esteve presa por envolvimento com drogas, embora esteja disposta a abandonar o uso de entorpecentes. A. tem um relacionamento há dois meses com um rapaz da Igreja, que quer assumir legalmente e cuidar de L. No dia do atendimento de emergência, a criança veio transferida de outro serviço hospitalar e colocada imediatamente na sala de emergência devido insuficiência respiratória. Na sala foram realizadas punção venosa periférica, intubação traqueal e passagem de sonda nasogástrica. A paciente foi então transferida para a UTI. A mãe optou por permanecer durante todo o atendimento de emergência, ao passo que a avó preferiu não ficar, embora em alguns momentos tenha entrado na sala. A entrevista foi realizada em conjunto, com a criança no colo da avó, no dia da alta hospitalar, em uma sala de reuniões no setor de internação de pediatria.

Entrevista 5: A entrevistada foi a mãe da criança, ML., 46 anos, do lar. Casada com M., 55 anos, funcionário público. O casal possui cinco filhos: F., 26 anos; R., 22 anos; G., 16 anos; H., 12 anos e L., a paciente de sete anos de idade. F. e R. são casados e têm filhos; os demais filhos moram com os pais. No dia do atendimento de emergência, a criança veio trazida do AMA - Assistência Médica Ambulatorial, alternando estado mental entre rebaixamento de nível consciência e agitação psicomotora. A mãe optou permanecer do lado de fora durante todo o atendimento de emergência. Ao longo do atendimento foram realizados punção venosa periférica, coleta de exame via arterial e coleta de liquor, sendo diagnosticada meningite e a paciente transferida para a UTI. A entrevista foi realizada no setor de internação de pediatria, pouco antes da alta hospitalar, ao lado do leito da criança, por preferência da mãe.

Entrevista 6: A entrevista foi realizada simultaneamente com a mãe, L., 20 anos, 2º grau completo, do lar; e com o pai da criança, LA., 22 anos, 7º série, carpinteiro. O casal possui somente uma filha, I., nove meses, a paciente. Vieram do Piauí em 2009, onde continua residindo a família de ambos. São católicos, porém desde que se mudaram para São Paulo, não frequentam a Igreja. No dia do atendimento de emergência, a criança estava no setor de observação do PSI, e foi levada à sala de emergência em razão de uma insuficiência respiratória. O pai optou por permanecer dentro da sala de emergência e solicitou que a mãe aguardasse do lado de fora. Diversas vezes ausentou-se da sala para conversar com a esposa, contando-lhe o que estava acontecendo com a filha. A criança foi submetida a intubação traqueal e transferida para a UTI. A entrevista foi realizada ainda durante a internação da criança, na enfermaria pediátrica, à beira do leito por preferência dos pais, a paciente permaneceu no colo da mãe. No dia posterior à entrevista a criança voltou para a UTI, onde morreu quatro dias depois. No dia da

morte a entrevistadora encontrou o pai e conversaram sobre a gravidade da criança. O pai relatou que tinha esperança e que, embora os médicos já o tivessem esclarecido que a morte estava próxima, havia colocado sua filha nas mãos de Deus. O pai optou por assistir à tentativa de reanimação pelo vidro do quarto.

Entrevistas 7 e 8: A entrevistada 7 foi a mãe da criança, R., 29 anos, 2º grau incompleto, babá. O entrevistado 8 foi o pai da criança, A., 32 anos, 2º grau completo, segurança. O casal tem somente uma filha, a paciente L., um ano e três meses. A. tem histórico de convulsão em vigência de febre na infância. Na residência do casal vive também a tia da paciente, D., 20 anos, que é a cuidadora enquanto o casal trabalha. O restante da família de ambos vive na Bahia. No dia do atendimento, a criança foi levada diretamente à sala de emergência em razão de uma convulsão em vigência de febre, acompanhada de D. A tia permaneceu dentro da sala de emergência, enquanto o pai foi estacionar o carro. Quando o pai retornou, a mãe chegou ao hospital, e ambos ficaram dentro da sala de emergência. A criança foi submetida à punção venosa periférica, recebeu anticonvulsivante e foi transferida para setor de observação do PSI. A entrevista foi realizada de modo individual, por preferência dos pais, ainda durante a observação da criança, pouco antes de receber alta hospitalar, em um quarto privativo no setor de PSI. Durante a entrevista com a mãe, a criança permaneceu em seu colo, e permaneceu com ela também enquanto o pai era entrevistado.

Os resultados das narrativas extraídas das entrevistas com os pais foram organizados em cinco temas revelados nas experiências das famílias durante o atendimento de emergência da criança:

1) A iminência da morte do filho

Dois motivos podem levar uma criança a ser atendida em uma sala de emergência: um evento agudo, normalmente de origem traumática, como uma queda ou um atropelamento, ou a piora de

um quadro de doença já instalado, como insuficiência respiratória decorrente de uma infecção de vias aéreas. Essas razões costumam ser inesperadas e ameaçadores à vida, configurando-se em sua maioria como uma experiência nova e difícil a ser enfrentada pelas famílias.

Esses agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar, e a criança é levada para um hospital apenas no momento em que a família percebe a necessidade de que a mesma receba cuidados especializados para a preservação de sua vida.

Então... é, a minha filha veio parar aqui, é... através da, da gripe que ela pegou, ela teve uma gripe é... através da minha filha, eu acredito que foi um vírus, porque assim, a minha filha mais velha pegou uma gripe, aí é... eu trouxe ela aqui, amanhã vai fazer oito dias, aí o médico examinou ela, ela teve febre, vômito, não tava se alimentando, aí é... sem querer eu deixei a chupeta dela em cima da mesa, e ela viu e pegou, então ela colocou a chupeta na boca, aí daí é... a minha outra filha começou a ficar gripada, aí eu examinei, eu trouxe a minha outra filha mais velha, eu examinei ela com os médicos, aí eles, ela tava chorando muito na hora, aí eles pensaram que ela tinha o mesmo problema que minha filha mais nova, bronquiolite, só que daí eles tiraram raio-X, aí quando eles tiraram o raio-X, que e eu voltei lá pra eles olhar, ela não tinha bronquiolite, a dela era só uma gripe mesmo, aí é... quando foi do sábado pro domingo, minha filha começou a ficar gripada, só que era uma gripe muito leve, assim, ela não tava com cansaço, nem com febre, nem tava gripa... é... sufocada, ela veio começar a ficar assim da segunda pra quinta, de, não, de quarta pra quinta, aí na quarta-feira ela tava, ela já tava mamando, mas bem pouquinho, aí começou o cansaço, aí é... quando foi na quinta-feira, é... umas cinco horas da tarde, mais ou menos, ela começou o cansaço, ela começou a ficar roxa, ela não tava mais mamando, ela começava a chorar, chorar, chorar muito mesmo. E tudo que ela comia, eu tentava dar comida pra ela, ela não queria, botava tudo pra fora. Eu dava o peito pra ela, ela não guentava mama (E1-Mãe).

Ele veio parar assim, na terça, na segunda-feira, ele já estava cansado, a gente trouxe ele aqui, foi constado que ele tava com bronquiolite, entendeu? Ele foi trazido aqui três vezes, as três vezes falavam que ele tava, mas não pediram um Raio-X, eu tenho quatro filhos, mas eu nunca vi um filho meu nessa situação, nem grande, muito menos nessa idade, então eu fiquei apavorada, como não pediu um raio-X, eu falei, eu vou levar lá no pronto-socorro da Lapa, lá quando se chega, a primeira coisa que pedem é isso, né? Aí, cheguei lá, eles já pediram, raio-x dele, aí tiraram e constou que ele tava com essa, com pneumonia e com o ouvido direito infeccionado com um pouco, e falta de oxigênio no sangue, aí ele ficou lá internado, e veio, aí eles transferiram ele pra cá (E4- Avó).

Tá, é assim, ela começou com esse quadro na terça-feira à tarde, na terça-feira à tarde ela entrou com um quadro de febre, como ela tem bronquite, eu dei dipirona pra ela, passou, quando foi nove horas da noite, ela reclamou de dor de cabeça, eu dei novamente a dipirona pra ela com dramin, que eu sei que a dor de cabeça dela vêm com vômito, né? Porque ela tem bronquite, e isso desencadeia outras coisas, e de madrugada ela começou a vomitar, ela vomitou muito, umas 10 vezes, assim, ela vomitava, ela vomitava, ela vomitava bastante, aí quando foi de manhã, na quarta de manhã, eu peguei ela, como a febre tava alta, eu dei banho nela na bacia, eu vi que ela não respondia, ela não ficava de pé, não me ajudava nos braços, eu não conseguia colocar roupa nela, eu falava com ela, ela gritava muito, ela tinha os olhos muito arregalados, ela não respondia as coisas, então eu peguei ela no colo, e levei ela no AMA, que é do lado da minha casa, chegou lá, assim o médico, lógico, de pronto sabe? Já atendeu, não esperou, nem nada, e ele já suspeitou de meningite, então ele logo já acionou a ambulância, ela veio dentro da ambulância com médico e enfermeira, né? E já entraram aqui na sala de emergência (E5- Mãe).

A percepção de que a criança necessita de cuidados em um ambiente hospitalar é, na verdade, uma definição que a família faz de que existe um agravo à saúde, o qual pode levar à sua morte. Isso ocorre no momento em que os pais percebem que não possuem conhecimento e habilidade suficientes para salvar a vida do filho, o que os leva a procurar imediatamente um serviço de saúde. Quando se percebem impotentes, os pais buscam o serviço

de saúde mais próximo para que a criança possa receber cuidados de profissionais de saúde capacitados a garantir sua sobrevivência

No momento em que percebem a iminência da morte do filho, a preocupação da família é somente levar a criança o mais rápido possível para um serviço de saúde. Para isso, muitas vezes é necessário mobilizar o restante da família, da comunidade em que vive e de outros recursos disponíveis na sociedade, como serviços de resgate que realizem um deslocamento seguro e rápido da criança para um hospital.

Aí foi que eu trouxe pra cá, eu vim de ônibus, porque no momento que eu estava vindo, o posto de lá estava fechando, aí eu vim diretamente pra cá. Porque eles aconselham que se a criança estiver doente, e ver que as unidades de lá tá tipo fechando, ou eles não podem ter médico para aquele caso, é melhor vir para uma emergência, então o que eu fiz? Eu vim diretamente pra cá, só que eu vim de ônibus porque não deu pra ligar, nessa hora, eu fiquei apavorada, não sabia o que fazer, então a única coisa que eu fiz foi pegar o ônibus e vir para cá. (E1- Mãe)

Então, eu estava esperando o pai dela, mas como estava muito trânsito, ele não conseguia chegar, aí eu fiquei desesperada, tentei chamar um táxi, mas não vinha nenhum, aí o primeiro ônibus que eu vi, eu peguei, aí como estava muito trânsito, eles me orientou, “é melhor você descer aqui, ali na frente tem viatura, e você pega a viatura”. Aí foi o que eu fiz, desci do ônibus, peguei a viatura e eles conseguiram chegar aqui com mais rapidez. Aí, chegamos aqui em menos de dois minutos de onde eu estava. (E2 - Mãe)

Olha, na verdade veio eu e minha cunhada. Eu nem olhei pra trás, eu peguei o carro e cortei, parei no farol que tinha que parar e cheguei aqui. E trouxe ela nos corredores e o pessoal veio acudindo, não teve assim tanto problema. (E8 - Pai)

Quando os pais percebem a gravidade do estado de saúde do filho, se concentram somente em garantir que ele receba um

atendimento especializado o mais rápido possível, não refletindo, ainda, sobre os próprios sentimentos ao ver que o filho está morrendo.

Entretanto, mesmo que ainda não reflitam sobre o que está acontecendo, visto que sua preocupação está focada nas atitudes que devem tomar para garantir a sobrevivência do filho, os pais percebem que o agravo à saúde representa a iminência da morte do filho.

Aí quando eu cheguei aqui, ela chegou bem mal mesmo. Ela chorava, o choro não saía, ela estava roxa, ela chorava muito, e estava muito agoniada mesmo. (E1 – Mãe)

Então, como você viu a gente chegou na viatura, e isso pra mim já começou, a importância já começou daí, porque como o quadro dela era mais grave por ter chegado com um início de parada, isso já agilizou bastante. Porque como estava muito trânsito, eles me trouxeram até aqui com mais rapidez. E já entrou em contato com a pediatria, pra já ir agilizando, pra mim, nossa, isso foi de suma importância, porque chegou, já foi super bem atendido, já pegaram ela de mim, já levaram lá. (E2 - Mãe)

É tentando reagir ela, porque a menina chegou quase morta, né? (E6 - Mãe)

Somente após chegarem no hospital e garantirem que o filho irá receber o atendimento desejado, é que os pais começam a refletir sobre o significado do atendimento de emergência. As reflexões vão então tomando força e se confirmando enquanto observam o atendimento e recebem informações, compreendendo a gravidade do estado de saúde do filho e que a iminência de sua morte é real.

Na hora que eu entrei na sala de fazer internação, eu já fiquei desesperada, que eu entrei lá, nossa, eu só vi coisas negativas na minha cabeça, eu ficava pensando, meu coração começava a acelerar mais, aí eu pensava comigo: “tá acontecendo alguma coisa com minha filha”, aí eu ficava imaginando: “ai meu Deus, será que vou perder minha filha?” (E1 - Mãe)

Mas o sentimento é horrível, é porque sei lá, você tem um sentimento de perda, principalmente quando eu vi ele sedado, aí levantava a perninha dele, soltava e caía, ele sem movimento nenhum, então a gente tem sentimento de perda. (E4 - Avó)

É pensando, porque a gente sempre pensa o pior, né? “Ai minha filha vai morrer”, sempre a gente pensa no pior. (E6 - Mãe)

Ai, nossa, foi muito ruim, eu olhar para ela ali, para mim ela estava em inchaço, e aquele olho fechado, eu pensei que ela já estava morta. Mas aí depois, quando eu vi aquele monte de gente em cima dela, eu fiquei mais preocupada. (E7 - Mãe)

A situação de emergência, além de ser inesperada na vida das famílias, representa uma experiência que a maioria nunca viveu. Sentem-se impotentes diante da morte, e percebem que nada do que sabem fazer e nada do que conhecem sobre cuidar lhes parece útil para salvar a vida do filho. Compreendem que, além de levar o filho ao hospital, só lhes resta entregá-los aos profissionais de saúde, esperando que utilizem seus conhecimentos técnicos para salvar a vida da criança. Garantir que o filho receba esse atendimento deixa os pais mais esperançosos pela recuperação.

Ah, pra mim foi muito triste ver ela ali, eu fiquei em desespero, porque eu não sabia o que fazer, somente vocês mesmo pra saber o que fazer. Porque vocês são médicos, então vocês sabem o que fazer naquela hora, vocês sabem aconselhar a pessoa, a tentar acalmar, que era no meu momento, que eu estava apavorada, que eu não sabia o que fazer, não sabia se chorava, não sabia se

ia fazer internação, infelizmente a gente fica sem reação. A gente fica apavorada. (E1 - Mãe)

Ai desespero, desespero, total impotência, é a hora que você vê que você não pode fazer absolutamente nada que você conhece. (E5 - Mãe)

Então, a minha reação foi ficar nervoso de ver minha filha, que eu não tinha costume de está vendo ela na situação que estava, e devido ser a primeira também. Porque quem tem outros filhos, né? (E6 - Pai)

Eu estava confiante, porque eu sei que é o profissional que estava ali, mas é muito ruim, nem sei te explicar, foi muito ruim você ver a sua filha lá e não poder fazer nada, queria eu estar no lugar dela. (E7 - Mãe)

Horrível, você não tem uma palavra, porque você ver um monte de gente em cima dela lá, ela chorando, você sem poder fazer nada, não tem como te explicar, é muito ruim. (E8 - Pai)

Entretanto, mesmo quem já viu o filho ser atendido em uma sala de emergência, não percebe que isso torna a nova experiência mais fácil de ser enfrentada, já que a iminência da morte de um filho sempre será uma situação difícil e de surpresa em suas vidas.

Olha, como foi difícil, né? Porque apesar de eu já ter passado por essa mesma situação, com o filho da gente é complicado. (E8 - Pai)

2) Meu lugar é do lado do meu filho

No momento em que chegam ao hospital e entregam o filho aos cuidados dos profissionais de saúde, os pais sabem que é inevitável a separação física para que se inicie o atendimento de emergência.

Os pais receiam que sua presença atrapalhe o atendimento prestado, embora ao mesmo tempo não se disponham muito a se afastar da criança, permanecendo próximos ao ambiente de atendimento como um movimento passivo, até que alguém solicite sua retirada. Não sabem ao certo como se portar durante o atendimento de emergência, esperando que os profissionais de saúde indiquem como devem agir.

Independente da decisão tomada em permanecer ou não dentro da sala de emergência, os pais desejam obter informações verdadeiras e contínuas sobre o estado de saúde do filho. Ficar sozinho fora do ambiente de emergência, aguardando por informações trazidas pelos profissionais de saúde, aumenta a angústia de não saber o que está acontecendo.

Ter de esperar por informações permite que a família crie fantasias sobre o que está acontecendo com a criança, podendo não condizer com a real gravidade do estado de saúde e complexidade dos procedimentos que estão sendo realizados, o que intensifica ainda mais o sofrimento.

Agora a única coisa que eu não ia ficar bem, se eu já não fiquei, eu não ia ficar mesmo, era se eu não tivesse ficado com ela, mas pra mim foi ótimo, porque vocês me acalmaram ali. (E1- Mãe)

Eu achei que ia ficar fora de tudo, não ia ficar sabendo o que estava acontecendo com ela. (E2 - Mãe)

Eu acho assim, que é importante, qualquer procedimento que for ser realizado, perguntar se está o pai e a mãe, perguntar: "Algum de vocês quer acompanhar?", porque se ninguém me deixa acompanhar ali, aí o negócio tanto ia ficar ruim para criança que estava lá, como ia ficar pra mim, porque eu queria tá acompanhando, entendeu? (E6 - Pai)

Os pais acreditam que na situação de morte iminente, seu lugar seja ao lado do filho. Por outro lado, acreditam que quando lhes é dada a opção de permanecer no atendimento de emergência, a tomada de decisão seja difícil, pois requer que ultrapassem os próprios limites emocionais, reconsiderando as situações que se sentem capazes de suportar. Reconhecem que para ficar na sala de emergência, assistindo passivamente ao filho sendo submetido a diversos procedimentos invasivos, é necessário ter força emocional. Esse fortalecimento emocional muitas vezes pode ser desconhecido pelos próprios indivíduos e surgir somente no momento do atendimento de emergência, ao perceber que o filho precisa deles.

Principalmente na hora que vocês falaram que ia para o aparelho ali, para ver se ela não respirasse e se ela não tivesse a respiração dela, não aguentasse, vocês iam ter que fazer a intubação, levar ela pra cima. Para mim foi o momento mais difícil, foi a parte que eu fiquei mais fraca ainda, é como se eu não tivesse força pra lutar. Só que depois eu pensei comigo, “se eu ficar assim, que eu estou amamentando ela, é lógico que vai passar tudo pra ela, ela vai sentir. Então eu preciso dela e ela precisa de mim, então eu tenho que ser forte, para eu ter a ela e ela ter a mim”, entendeu? (E1 - Mãe)

Eu não tenho coragem de ver, porque eu sou muito mole, eu não gosto de ver, eu mesma para tomar injeção sou uma tristeza, entendeu? Mas eu achei importante que ela teve a coragem de ficar, eu tive a coragem de ver o parto dele, o parto dela, mas eu não tive a coragem de ver intubando ele. (E4 – Avó)

Quando os pais optam não ficar na sala de emergência, não deixam de acreditar que seu lugar é ao lado do filho. Percebem apenas que, em alguns momentos, se sentem desconfortáveis e precisam se ausentar um pouco para buscar forças.

Ao permanecerem fora da sala de emergência, os pais sentem que ainda estão conectados com o filho, mantendo a

esperança de que se recupere e sobreviva. Essa esperança é depositada na fé em Deus e nos pedidos de orações para que a criança sobreviva. Acreditam que essas ações são tão fundamentais quanto o atendimento de emergência em si para que a cura do filho ocorra e que, desse modo, estão lutando ativamente pela recuperação do filho, mesmo sem a presença física.

O sentimento, na realidade, a gente nunca fica pensando no melhor, quando vê uma criança ou qualquer pessoa naquela situação, a gente está ali, a gente está orando, a gente está pedindo a Deus que não aconteça coisa pior. (E4 - Mãe)

Então a única coisa que eu fiz foi orar muito, muito, orei muito, muito e muito a Deus, para que ele pudesse mandar que o Espírito Santo tomasse conta dos enfermeiros, dos médicos, eles pudessem tomar a atitude certa, na hora certa, tudo certinho. Tanto é que o médico entrou com antibiótico antes mesmo dele saber o resultado, porque o resultado demorou, entende? Se é uma outra pessoa que tem o pé atrás, iria esperar, não sei como é que é o procedimento, mas assim, foi tudo muito rápido. Então foi assim que eu senti mesmo. (E5 - Mãe)

Quando os pais conseguem superar seus próprios limites emocionais e optam pela presença durante o atendimento de emergência, acreditam que estar ali proporciona calma e tranquilidade ao filho, colaborando diretamente para a sua recuperação. Além disso, a própria família fica tranquila ao saber o que está acontecendo com a criança. Os pais entendem que seu filho pode não sobreviver, e portanto desejam estar perto, anulando o medo que têm da aspereza dos procedimentos realizados.

Ai, foi um susto de ver ela do jeito que estava. Mas eu fiquei mais tranquila, por estar por perto, eu peguei ela

no colo, dei inalação, depois do susto maior, passou. (E2 - Mãe)

É assim, como estava eu e ela, eu achei importante ela ficar, muito importante, não por desconfiança, mas porque eu acho que a criança se sente mais segura, de ter a mãe, principalmente a mãe ali do lado, entendeu? (E4 - Mãe)

É melhor você estar perto, você estar tocando ali, sabe? Aí eu preferi ficar lá dentro. (E7 - Mãe)

A família acredita ser importante para a criança que um familiar permaneça com ela durante o atendimento de emergência. Quando mais de um familiar está presente no setor de emergência, a própria família define quem está mais fortalecido emocionalmente para estar dentro da sala de emergência e, assim, os familiares que permanecem fora sentem-se mais tranquilos ao saber que a criança não está sozinha.

E se você está em duas pessoas é melhor, igual estava eu e ela. Porque ela tinha coragem de ver, de estar ali, você entendeu? E eu sabia que ele não estava sozinho, sozinho assim, de mãe, de avó, de parente. Eu sabia que ele não estava ali sozinho, mas eu não tinha coragem de ver, então ela estava, para mim foi importante. Para mim é importante estar ali, para quem tem coragem, se eu tivesse coragem, assim, eu gostaria de estar, porque você está vendo como ele está sendo atendido e tudo. (E4 - Mãe)

Ao estar presente durante na sala de emergência, os pais sentem que, além de saber o que está acontecendo, compreendem a gravidade do estado de saúde do filho e constataam que a equipe de saúde está fazendo o possível para salvar sua vida. Desse modo, as famílias encerram as fantasias que possam ter em relação ao atendimento.

Para mim foi importante, que nem eu te falei, eu fiquei mais tranquila de estar vendo o pessoal todo em cima dela, cuidando dela direitinho. Porque se eu ficasse de fora, eu não ia ter noção do que estava acontecendo. Tanto que eu fiquei mais tranquila por isso, porque eu sabia o que estava acontecendo, eu estava vendo a equipe médica cuidando dela, eu estava vendo em todo o momento o quadro em que ela se encontrava. Então para mim, foi bem mais tranquilo, não teria ficado mais tranquila do lado de fora, sem saber o que estava acontecendo. (E2 - Mãe)

É importante, né? Tá vendo o acompanhamento de vocês, trabalhando em cima dele. Sei lá, eu não sei explicar, foi muito bom estar ali, acompanhando de perto, poder estar ali dentro da sala, vendo. Não sei explicar, mas foi ótimo. (E4 - Mãe)

Porque de repente, coloca uma criança dentro de um quarto lá, começa a jogar para cima, pega pelo pé, pega pelo braço, a gente não sabe o que tá acontecendo, vai chegar uma hora, dependendo do pai, se for nervoso, ele vai entrar lá dentro e vai acabar atrapalhando até o procedimento. (E6 - Pai)

3) Ser reconhecido como importante

Os pais consideram insubstituível o papel por eles ocupado na vida dos filhos, e desejam que durante o atendimento de emergência esse vínculo seja levado em conta. Quando os profissionais de saúde permitem que a própria família decida se quer permanecer na sala de emergência, os pais percebem que o vínculo com o filho foi reconhecido como importante, sendo a sua presença fundamental para a recuperação da criança. Sentem também estão participando do cuidado prestado ao filho, mesmo que sua única ação seja observar passivamente o cuidado prestado pelos profissionais.

As famílias acreditam que é seu direito decidir se querem permanecer na sala de emergência, porém ao mesmo tempo

compreendem que essa é uma decisão que, na prática, é determinada pelos profissionais de saúde. Portanto, só estarão presentes no atendimento de emergência se um membro da equipe de saúde permitir que isso ocorra. Acreditam, ainda, que suas atitudes dentro da sala, como falar ou tocar o filho, também são decorrentes de uma permissão, e até que obtenham essa autorização devem apenas observar os procedimentos que estão sendo realizados.

Para mim é muito importante, porque só de poder entrar, ter autorização, vocês me autorizarem para entrar ali, para ver todo o procedimento, ver como ela está, como que ela está respirando, para mim foi muito importante. Para mim foi muito importante acompanhar, e desde já eu sempre gostei daqui, desde o meu primeiro parto da minha outra filha, que aqui está de parabéns, eu agradeço vocês, e para mim é muito importante, entendeu? Gostei muito do atendimento dela, fiquei, acompanhei sempre, acompanhei de perto pra ver. (E1 - Mãe)

Eu já vim preocupada, achando que ia ficar longe dela, né? Mas não, eles me pegaram, me deixaram na sala com ela, isso pra mim foi superimportante, porque além do nervosismo que eu cheguei, né? Ali eu fiquei mais tranquila, né? Saber que estavam cuidando bem dela, e ver que ela já estava melhorando assim que colocaram o oxigênio, então para mim, isso foi muito importante. (E2 - Mãe)

Agora você pega, como a gente estava lá na observação, a gente chegou a noite, ela passou a noite e no outro dia fala: "Olha, a gente vai ter que intubar." Muitas pessoas não sabem o que é ter que intubar, entendeu? Algumas pessoas conhecem intubar como estar respirando pelo aparelho, que a criança ou a pessoa está dependendo do aparelho pra respirar, entendeu? Então achei importante, assim, tem uma doutora que falou: "O pai tá aí? O pai pode? Você quer acompanhar?" Eu falei: "Eu quero." "Então pode ficar aí do lado. Aí, se você se sentir mal." Trouxeram uma água, eu falei: "Não, não, eu estou sossegado, nervoso, mas estou vendo aqui, eu prefiro ficar vendo o que tá acontecendo." (E6 - Pai)

Apesar de acreditarem que o foco do cuidado na sala de emergência deve ser o filho, os pais se sentem fragilizados pela iminência da morte e, quando percebem que também estão sendo cuidados pelos profissionais de saúde, sem que o atendimento ao filho seja prejudicado, percebem que seu sofrimento foi reconhecido e considerado como importante.

As famílias consideram importante que um membro da equipe de saúde permaneça ao seu lado enquanto estiverem dentro da sala de emergência, lhes oferecendo apoio, conforto emocional e informações sobre os procedimentos que estão sendo realizados com a criança.

Então, para mim foi muito importante, porque eu ver ela passar mal ali, e eu ter todo o apoio, todo carinho ali, todo atendimento, entendeu? (E1 - Mãe)

Tiveram preocupação, ainda de pegar uma cadeira para eu sentar, sabe? Então quer dizer, isso pra mim já foi o bastante, assim fui muito bem assistida. Então já foi um grande alívio. (E5 - Mãe)

Eu estava lá dentro, todo momento tinha umas pessoas ao redor, tinha os médicos entubando e tal, e a todo momento tinha uma pessoa conversando comigo, sabe? Me passando confiança, porque assim, eu acho assim, se tiver uma pessoa passando confiança, explicando o que eles estão fazendo, eu acredito que o pai ou a mãe que esteja presente, fique mais, né? Porque é difícil, eu ver ela lá sabe? Jogava para um lado, jogava para o outro, apertava num lugar, apertava no outro, e até que ela ia explicando, “eu estou fazendo isso, isso e aquilo, para isso e aquilo, aquilo”. Todo momento tinha uma pessoa me explicando, quando um saía, o outro vinha, perguntava o que eu queria saber, se eu tinha alguma dúvida, e é isso, o que eu tenho para falar é que o atendimento foi bom. (E6 - Pai)

Como os pais desejam que todos os esforços dos profissionais de saúde sejam direcionados para salvar a vida do filho, acham pertinente que um deles peça que saiam do ambiente de emergência caso os estejam desviando de seu objetivo. Acreditam ainda que, alguns momentos, o foco de atenção possa ser desviado pelo desconforto que sua presença gera nos profissionais.

A enfermeira falou assim comigo se eu não tivesse me sentindo bem e eu não quisesse ficar ali, era melhor eu sair, porque elas estavam vendo que eu não estava legal. Porque elas estavam olhando para minha cara toda hora, entendeu? Aí eu acho que ela estavam percebendo, e eu estava chorando, estava desesperada.
(E1 - Mãe)

4) Eu sei o que é melhor para mim

Perceber a iminência da morte do filho, e sentir que não podem fazer nada para salvá-lo, representa um momento vulnerável da vida dos pais. Contudo, consideram que mesmo diante dessa vulnerabilidade, mantém intacta a autonomia para decidir o que é melhor para si.

Embora acreditem ser um direito seu a decisão de permanecer ou não na sala durante o atendimento de emergência prestado ao filho, consideram que o curto tempo que possuem para toma-la pode fazer com que não consigam refletir se de fato terão forças para enfrentar a situação. Desse modo, desejam ter o direito de poder voltar atrás em sua decisão inicial caso se sintam inaptos a lidar com as circunstâncias.

Eu não esperava, eu entrava e saía a todo momento, você não via? Eu entrava e saía, só que eu não queria, eu sabia que não podia entrar e sair porque eu acabava atrapalhando, mas eu não conseguia ver, mas ao mesmo

tempo eu não conseguia conter a ansiedade de saber. Ai, não sei, é uma situação. (E4 - Mãe)

Quando os profissionais desconsideram a capacidade preservada da família de decidir o que é melhor para si, duas situações negativas podem ocorrer: a família pode acabar sendo excluída do atendimento de emergência enquanto gostaria de estar presente, ou ser inserida no atendimento, quando na verdade gostaria de aguardar por informações do lado de fora da sala.

Com certeza eu preferia ter sido entrevistado do lado de fora, ter me perguntado o que tinha, e não ter visto o que estava sendo realizado, até pelo choro dela, pelo sofrimento, por ela estar dura assim. Eu achei horrível, mas eu acho que cada pessoa tem um tom, tem uma maneira de ser, eu acho que tem pessoas que querem estar perto até o último minuto. Eu preferiria ficar fora para não ter esse tipo de contato. (E8 - Pai)

Embora as famílias sintam-se tranquilizadas quando podem modificar sua decisão inicial sobre a permanência na sala de emergência, quando lhes é oferecida essa opção, há duas possíveis escolhas a fazer. Quando optam pela presença é porque acreditam que ela será importante tanto para a criança - promovendo seu conforto e recuperação -, como para a família, a qual irá sentir que cumpriu o seu papel de cuidar e estar ao lado da criança até o final de sua vida.

Eu sou mais antes saber o que está acontecendo, você chegar para mim e falar que está acontecendo isso. Eu sei que tem alguns pais que podem não ter o mesmo temperamento que eu tive, de ficar lá dentro olhando. (E6 - Pai)

Quando acreditam que não irão conseguir suportar assistir ao filho sendo submetido a procedimentos invasivos, os pais optam por não permanecer na sala de emergência. Mas creem que, quando fazem essa opção, continuam tendo a necessidade de saber o que está acontecendo com ele.

Quando permanecem fora do ambiente de emergência, sem receber informações sobre o estado de saúde da criança, muitas vezes sentem a necessidade de voltar atrás em sua decisão inicial apenas com o intuito de saber o que está acontecendo com o filho.

Aí queriam furar novamente, aí eu fiquei, eu comecei a ficar, só que daí ela furou uma vez, furou duas, aí eu já comecei a ficar nervosa. Aí eu falei para ela: “Eu não estou me sentindo bem, eu vou tomar um copo de água, eu vou para sala ali, quando vocês terminarem, vocês me chamam.” Só que daí eu ficava mais ansiosa ainda, porque eu ouvia o choro dela, aí aquilo ia me... sabe quando você está insegura? Você começa a ficar nervosa, que você fica pensando e põe muita coisa negativa na cabeça. (E1 - Mãe)

Elas estavam com o gás de oxigênio e com aquela mangueirinha tirando, então aquilo já começou a me dar uma ansiedade, já fiquei nervosa, porque eu pensei que ela estava passando mal. Aí eu comecei a pensar comigo: “Eu não vou aguentar”, aí então eu sai, né? Eu saí um pouco, depois que eu voltei, aí ela já estava sondada, aí eu já fiquei mais calma, porque é um sufoco. (E1 - Mãe)

Permanecer do lado de fora? É pra mim que não tenho coragem de ficar vendo todo o processo. Para mim sempre a gente fica na esperança que vai vir falar assim: “Nossa melhorou”. Mas por isso que eu ficava entrando e saindo, você entendeu? Na sala. Porque eu queria ver, mas eu não tinha coragem, então eu saía, eu ficava lá fora, esperando que alguém ia chegar e ia falar assim: “Não precisa entubar” ou “Ele está melhor.” Ou: “Já entubou e não precisa mais, você não vai ver mais.” (E4 - Avó)

A prioridade dos pais no atendimento prestado é sempre a recuperação do filho. Sendo assim, quando acreditam que não conseguirão compreender os procedimentos realizados com a criança, e que poderão atrapalhar o atendimento, também optam por não permanecer na sala de emergência. Trata-se, portanto de uma decisão decorrente do receio dos pais de questionar os procedimentos que estão sendo realizados, ou de uma tentativa de aproximação com o filho, desviando os esforços empregados pelos profissionais para restabelecer a saúde da criança.

Quando eu vi aquela sala, aquela sala apertada, um monte de gente dentro, em cima dela, me deu um desespero tão grande, assim, ver ela gritando, liquido ser colhido e aquela coisa toda, assim, ai, me deu um aperto no coração, sabe? É uma coisa, eu olhei tudo aquilo eu falei: “Nossa eu não entendo nada disso, eu vou sair porque eu não vou ajudar, eu vou atrapalhar.” Eu resolvi sair para o meu estado emocional não atrapalhar ela e nem tirar a concentração dos que estavam lá dentro em cima dela, né? Então por isso que eu quis ficar do lado de fora, preferi esperar do lado de fora, com medo de atrapalhar o primeiro atendimento, de eu como mãe, sei lá, de repente passar mal ou não aguentar ver, sabe? Então eu preferi esperar fora, foi por isso mesmo, porque eu só conseguia chorar, não ia aguentar fazer mais nada, mesmo. Então para mim foi por isso que eu resolvi esperar do lado de fora. (E5 - Mãe)

As famílias também acreditam saber o que é melhor para os restante dos familiares. Em algumas situações, pedem que um familiar aguarde o atendimento do lado de fora da sala de emergência, uma atitude tomada com o objetivo de proteger aquele definido como o mais enfraquecido pela situação, ou que apresenta a capacidade de autonomia prejudicada.

Infelizmente, quem não é forte, não dá. Então, no caso se o pai dela tivesse ficado, ele também não tinha

aguentado, porque ele é muito fraco, ele tem umas coisas que ele não aguenta. O parto da minha outra filha, da primeira filha minha, era para ele ter assistido, ele não aguenta. Ele não aguenta assistir porque ele é muito fraco, qualquer coisa ele já desmaia, ele não aguenta. (E1 - Mãe)

Eu pedi pra ela ficar fora, né? Eu falei: “Você fica lá fora.” Acredito que ela não estava em condição de tá vendo. (E6 – Pai)

Com respeito até que você me perguntou de entrar na sala, eu acho melhor não entrar na sala, principalmente se for mulher, porque minha mulher ficou sem saber o que fazer, chorou e tal, e assim meio que atrapalha os médico, né? (E8 - Pai)

5) Se eu tiver que passar por isso que seja assim

Passado o atendimento realizado na sala de emergência, a experiência permanece viva nas famílias, as quais buscam, então, atribuir um sentido para o evento vivido. Ocorre uma tentativa de compreender o motivo que levou a criança a ficar entre a vida e a morte, bem como os resultados decorrentes da experiência, tanto para a criança como para a família.

Buscam, ainda, refletir sobre o atendimento de emergência em si, ponderando sobre como a experiência impactou cada indivíduo do núcleo familiar. Essas reflexões irão permitir que as famílias reestruturam sua dinâmica interna, a qual foi modificada devido iminente morte da criança.

Embora o atendimento da criança na sala de emergência seja limitado por um espaço relativamente curto de tempo, a experiência impacta a vida de toda uma família de modo significativo e duradouro.

Ninguém gostaria de ver um familiar, sobretudo uma criança, sendo atendida em uma sala de emergência. As famílias compreendem que esse atendimento, na verdade, significa que a morte de um ente querido se tornou uma possibilidade próxima. Os sentimentos e ações de cada membro da família só serão descobertos no momento em que a situação de emergência ocorrer.

Horível, você não tem uma palavra, porque você ver um monte de gente em cima dela lá, ela chorando, você sem poder fazer nada, não tem como te explicar, é muito ruim, uma situação ruim. Assim, eu acho que ninguém quer passar não, a questão é que infelizmente é obrigado, né? (E8 - Pai)

Embora o atendimento na sala de emergência seja uma experiência pontual em suas vidas, os pais acreditam que ela os modifica profundamente enquanto seres humanos, fortalecendo-os emocionalmente, uma vez que passaram pela difícil experiência do medo de perder um filho.

Mas eu estava com o corpo assim, todo agitado, o sangue estava fervendo e meu corpo encheu de mancha, e eu senti minha pressão baixando, começou assim, uma agitação no sangue, comecei a me coçar. Aí, quando ele conversou comigo, começou a conversar comigo, aí eu me acalmei mais, porque assim, é o tanto de tempo que você vai passando, você vai ficando cansada, com sono, e aí o nervoso vai aumentando mais, do sono, do cansaço, aumenta, aí você fica sem saber o que fazer. Mas eu agora não estou mais insegura, eu estou segura, agora eu estou mais forte, que o pior já passou, né? (E1 - Mãe)

A experiência do atendimento de emergência com a criança, não é um momento que as famílias desejam recordar. Entretanto, existem certas atitudes tomadas pelos profissionais de saúde

durante o atendimento de emergência - como quando consideram as necessidades, medos e anseios da família como um todo -, que poderão ajudar a abreviar o sofrimento vivido, permitindo que restem para o futuro também lembranças positivas da experiência.

A gente nunca quer ver um filho ou alguém da gente dentro de uma sala de emergência, ninguém nunca quer isso, né? Mas se é para ter, que seja assim com essa clareza, com os médicos toda hora perguntando para a gente se está tudo bem, o que aconteceu, “A senhora quer entrar? a senhora quer ficar fora? o que a senhora quer fazer? Olha senta.” (E5 - Mãe)

Eu acho que é muito importante, se servir de alguma coisa, vocês sempre, se tiver o pai e a mãe perguntar: “Olha, a criança vai passar por uns procedimentos, assim, assim, assim, então se alguém de vocês quiser tá lá, beleza. Se não, se vocês se sentirem mal, sai para não atrapalhar.” Eu acho isso importante, entendeu? (E6 - Pai)

Os pais compreendem que, uma vez que o estado de saúde do filho se agravou, gerando um risco de morte, o atendimento na sala de emergência se torna essencial para o restabelecimento de sua saúde.

Então para mim, o importante é que ela está bem agora, o pior já passou, e que ela tenha melhora para eu sair daqui. Porque aqui é um sufoco mesmo, mas é melhor, o tempo que for preciso para eu ficar aqui, eu vou ficar. Porque é melhor eu ficar aqui o tempo que for preciso, e sair bem e não voltar aqui, do que eu me apressar para ir embora e ter que voltar novamente aqui, e ela passar mal, e vocês não se responsabilizarem. Eu que tenho que me responsabilizar, porque se vocês estão atendendo, dizendo que não é hora dela ter alta, então eu tenho que respeitar o momento, eu tenho que ficar até o fim, entendeu? (E1 - Mãe)

Foi muito triste, né? Mas foi para o bem dele, para a melhora dele, né? (E4 – Mãe)

As famílias reconhecem que, apesar de todos os membros estarem sofrendo pela iminência da morte da criança, a capacidade de lidar com a situação difere entre eles, uma vez que cada indivíduo tem uma maneira própria de lidar e reagir a momentos difíceis. Sentem, então, a necessidade de oferecer suporte emocional para o membro familiar que aparenta estar mais fragilizado com a situação, e demonstram preocupação com ele mesmo no momento que também estão enfrentando a situação de atendimento de emergência.

Mas o atendimento, pelo menos na minha opinião, foi bom, porque a todo momento tinha uma pessoa conversando com a gente, trouxeram água para ela. Porque eu estava lá dentro, eu fiquei lá o tempo todo, só saía pra ver como ela estava, eu via que ela estava nervosa, eu ia lá fora, conversava com ela, falava que estava tudo bem, “Estão só entubando” e tal. Mas assim, o que me deixou mais tranquilo, também, foram essas pessoas lá, não dá para identificar se era médico, se era enfermeiro, que estava todo momento passando confiança, explicando o que estava acontecendo, isso é muito bom. (E6 - Pai)

Ao mesmo tempo que percebem o dever que possuem de proteger e amparar o restante da família, tem que lidar com o próprio sofrimento. Deste modo, a família sente que o seu sofrimento é ampliado ao vivenciar três grandes preocupações simultâneas: a recuperação da criança, o próprio sofrimento e o conforto dos outros familiares.

Difícil duas vezes, pela minha filha e pela minha mulher que também já estava muito abalada com a situação, né? (E8 - Pai)

Concomitantemente ao drama de ter o filho atendido em uma situação de emergência, muitas vezes os pais enfrentam situações de conflitos interpessoais dentro do núcleo familiar, incluindo brigas e separações conjugais. Após a experiência de ter quase perdido o filho sentem a necessidade de estar junto com o familiar afastado, percebendo a ocasião como propícia para o restabelecimento de vínculos afetivos perdidos. Entendem, assim, que o sofrimento é um convite para a aproximação entre pessoas queridas.

Porque é muito importante, que nem ele é o pai, né? E ele só veio aqui dois dias só, porque ele veio aqui no sábado, aí na segunda-feira ele retornou, só que daí ele chegou e ele falou que o ônibus atrasou um pouco por causa do trânsito e não deu para ele entrar, já tinha passado do horário de visita. Então como ele trabalha das seis as sete da noite, aí ele voltou para casa, ele não entrou, aí ele não viu ela. E eu ali, eu já fiquei também triste porque ele não veio olhar ela e não veio ver nós, aí eu já fiquei triste, comecei a chorar. (E1 - Mãe)

Acreditam, ainda, que a situação de emergência possa ter sido uma determinação de algo pelo qual precisavam passar, como uma permissão de Deus. Após o sofrimento gerado pela iminência da morte da criança, refletem sobre a experiência vivida e, desse modo, percebem a importância que o membro familiar afastado tem em suas vidas, e os desentendimentos e brigas se tornam pequenos diante da imensidão que é a possibilidade da morte de um ente querido.

Eu e a mãe dela, nós estávamos brigados, aí eu vim para cá e nós resolvemos voltar, porque vimos que um precisa do outro. A união faz a força mesmo, e nós passamos uma experiência boa aí, porque eu acho que foi até Deus que permitiu isso, porque nós somos evangélicos e Deus tinha falado que ela era minha

preparada, só que eu não estava acreditando nisso não,
e aqui nós resolvemos voltar. (E3 - Pai)

5 DISCUSSÃO

5.1 O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apesar de não haver um protocolo específico ou diretrizes institucionais que determinem se a permanência da família durante o atendimento da criança na sala de emergência é uma prática aceitável na unidade estudada, praticamente todo o grupo de profissionais (95,6%) relatou já ter participado de um atendimento de emergência em que a família esteve presente. Este dado sugere que, apesar de não ser com base em uma orientação normativa, esses profissionais possuem uma predisposição a aceitar a realização dessa prática. O resultado encontrado em nosso estudo supera os descritos na literatura, em que a experiência prévia dos profissionais de saúde com a permanência da família durante o atendimento de emergência variou entre 48,5% a 86%.^{18,21}

Como são os próprios profissionais de saúde que habitualmente autorizam a permanência da família dentro do atendimento de emergência, é provável que um maior conhecimento sobre o tema poderia propiciar que a prática de deixar que a família decida se quer ou não permanecer dentro da sala de emergência seja adotada nos serviços de emergência.

No que diz respeito à reação dos profissionais a essa experiência, os estudos demonstram que os enfermeiros são mais favoráveis à presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e da reanimação cardiopulmonar do que a equipe médica.^{17,32,44} Em nosso estudo, entretanto, a categoria profissional médicos se mostrou mais favorável à presença da

família do que a equipe de enfermagem durante a realização de todos os procedimentos estudados, exceto punção venosa periférica, em que 100% de todos os profissionais mostraram-se favoráveis à presença da família. A inclusão dos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem na categoria profissional enfermagem poderia explicar esse resultado obtido em nosso estudo, uma vez que os estudos descritos na literatura internacional se referem somente ao profissional enfermeiro.

Entretanto, dados similares aos encontrados em nosso estudo foram descritos nos estudos de Wassem e Ryan⁴⁰ e Knott e Kee⁶², onde a equipe médica também foi mais favorável à presença da família do que os enfermeiros.

Os profissionais de saúde com menos tempo de formação profissional e de atuação em PSI consideraram mais do que os profissionais formados e atuantes há mais tempo, que é aceitável a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica. Esses dados provavelmente se referem ao fato de que o tema do CCF, abordado recentemente na área de educação em saúde, pode influenciar de maneira positiva a atitude dos profissionais em permitir que as famílias decidam o que é melhor para si. O tempo de atuação em PSI está diretamente relacionado com a argumentação relacionada ao tempo de formação profissional, visto que os profissionais com menos tempo de atuação em PSI também são aqueles com menos tempo de formação profissional. Esses resultados também refletem no fato da equipe médica ser mais favorável à presença da família do que a equipe de enfermagem, já que os médicos residentes – os quais são, dentre os profissionais estudados, aqueles com menor tempo de formação profissional e de atuação em PSI - são componentes da categoria profissional médicos.

Contrapondo a esses resultados encontrados, Watch e colaboradores¹⁷ não encontraram associação entre tempo de atuação do profissional de saúde em pronto-socorro e as atitudes tomadas pelos profissionais em permitir a presença da família durante o atendimento de emergência.

Os profissionais ainda se mostram reticentes em deixar que a família decida se deve permanecer na sala de emergência durante os procedimentos: 2/3 do grupo de profissionais consideraram que os profissionais de saúde devem ser responsáveis por essa decisão. Esses dados refletiram sobretudo a opinião dos profissionais formados há mais tempo e com maior experiência na atuação em PSI, sugerindo também que aqueles com maior tempo de formação profissional tiveram menos contato com o tema do CCF.

Os resultados encontrados são similares aos do estudo de Fulbrook, Latour e Albarran²¹, em que apenas 1/3 dos profissionais de saúde acreditavam que a família deveria estar de algum modo envolvida no processo de tomada de decisão sobre sua permanência no atendimento de emergência. Resultados mais favoráveis à presença da família nesse cenário foram descritos por Vavarouta e colaboradores¹⁸, em que 43,2% dos médicos, e apenas 14,3% dos enfermeiros, acreditavam que essa decisão deva ser tomada exclusivamente pelos profissionais de saúde. Esses últimos resultados vão de encontro a outros achados na literatura, em que o profissional enfermeiro é mais favorável à realização dessa prática do que os médicos.

Os procedimentos realizados em uma sala de emergência possuem diferentes graus de complexidade, na verdade caracterizados pelo seu nível de invasividade. Estudos demonstram que, quanto mais invasivo é o procedimento realizado, menos os profissionais de saúde mostram-se favoráveis a permitir que a família esteja presente.^{21,42,45}

Essa constatação pode ser explicada pelo fato dos procedimentos menos invasivos serem realizados com mais frequência pelos profissionais de saúde no ambiente de emergência. Deste modo, os profissionais se sentem mais confortáveis e seguros na realização desses procedimentos, o que justifica a diminuição de sua concordância com a presença da família nos mais invasivos.

Em nosso estudo, somente a categoria profissional enfermagem mostrou-se mais favorável à presença da família durante a realização de procedimentos menos invasivos. A equipe médica demonstrou maior aceitação da presença da família independente da invasividade do procedimento realizado. Estes resultados colaboram com os resultados já apresentados, em que a equipe médica é mais favorável do que a equipe de enfermagem à presença da família nesses eventos.

No estudo de Egemen, Ikizoglu e Karapinar⁴² os resultados encontrados foram mais baixos do que os nossos. Durante a coleta de liquor, apenas 18,4% dos enfermeiros e 33,3% dos médicos concordavam com a presença da família; durante a punção intraóssea, 14,3% dos enfermeiros e 17,6% dos médicos, ao passo que para a reanimação cardiopulmonar, ambos os profissionais foram totalmente contra.

A partir das respostas obtidas nas questões abertas do instrumento aplicado ao grupo dos profissionais de saúde, foi possível desvelar algumas crenças que esse grupo tem em relação à presença da família na sala de emergência pediátrica. Analisando essas crenças à luz do modelo de crenças utilizado nesse estudo, observamos que elas podem ser classificadas em duas perspectivas.

Uma classificou as crenças entre facilitadoras e limitadoras. E é justamente a partir de suas crenças - facilitadoras ou limitadoras - que os profissionais irão permitir ou não a presença da família

durante o atendimento de emergência. As crenças facilitadoras, nesse contexto, aproximam os profissionais de saúde das famílias, enquanto as limitadoras os afastam.

A outra perspectiva tratou dos elementos que determinam a decisão dos profissionais, ou seja, analisou em quem pensam - profissionais de saúde, família ou criança - quando decidem permitir ou não que as famílias estejam presentes durante a realização dos procedimentos de emergência. Sendo assim, quando os profissionais tomam a decisão de permitir a presença da família, ponderam os benefícios e/ou malefícios relacionados a um ou mais desses grupos.

Com base nessas duas perspectivas, as crenças dos profissionais de saúde foram então correlacionadas a:

- Crenças facilitadoras em relação aos profissionais de saúde: **a família observa os esforços realizados para salvar a vida da criança** – a família pode constatar que os profissionais estão fazendo tudo o que está ao seu alcance para salvar a vida da criança; **a família fornece informações importantes** – a família provê informações essenciais para que os profissionais possam realizar um atendimento eficaz e seguro para a criança; **a família possibilita que a criança fique mais colaborativa** – a criança fica mais tranquila, permitindo que os profissionais consigam realizar os procedimentos necessários.
- Crenças facilitadoras em relação à família: **a família não interfere no atendimento** – com base em experiências prévias, os profissionais acreditam que a família pode permanecer no atendimento de emergência, uma vez que sua presença não interfere no atendimento prestado à criança; **dar tranquilidade à família** – os profissionais acreditam que ao ver o que está sendo feito com a

criança, a família fica mais tranquila e segura; **é um direito da família** – os profissionais permitem a presença da família quando consideram que ela deve decidir o que é melhor para si; **o lugar dos pais é do lado do filho** – os profissionais consideram que para a família é importante estar ao lado do filho em todos os momentos de sua vida, sobretudo quando a morte é uma possibilidade.

- Crenças facilitadoras em relação à criança: **a família dá conforto à criança** – a criança fica tranquila ao perceber que um familiar está ao seu lado, provendo conforto emocional.
- Crenças limitadoras em relação aos profissionais de saúde - **não ter tempo para dar atenção à família** – os profissionais consideram que o foco do cuidado na sala de emergência deve ser a criança, e que não podem desviar sua atenção para as famílias; **a família restringe o ensino aos estudantes** – ao perceber a inexperiência de estudantes, a família impediria que o cuidado à criança fosse realizado por esses profissionais, lembrando que a unidade de estudo é um hospital escola; **a família interfere na atuação dos profissionais** – os profissionais não se sentem a vontade de atuar, sentindo-se observados e avaliados quando a família está presente.
- Crenças limitadoras em relação à família: **um profissional deve ficar junto com a família** – a família só deve permanecer no atendimento se um profissional puder dar-lhe atenção exclusiva, oferecendo suporte emocional e explicando o que está ocorrendo durante o atendimento; **gera memórias negativas do atendimento** – as famílias poderão ter lembranças ruins relacionadas ao atendimento.

- Crenças limitadoras em relação à criança: **a família interfere no atendimento** – alguns profissionais acreditam que a família pode interferir no atendimento prestado à criança, prejudicando diretamente sua recuperação.

Durante o atendimento na sala de emergência, os profissionais se dedicam e utilizam todo seu conhecimento e habilidade técnica na tentativa de salvar a vida da criança. Trata-se de um momento difícil em sua vida profissional, pois a possibilidade de que seus esforços sejam em vão e a criança não sobreviva, também os amedronta. A presença da família neste momento serve como testemunha de toda a dedicação e esforço empregados.

Ao utilizarem as crenças facilitadoras em relação aos profissionais de saúde, os profissionais permitem a presença da família durante o atendimento de emergência por acreditar que beneficiará o seu próprio trabalho. Ou seja, mesmo que tomem uma atitude favorável a presença da família, a tomam pensando em facilitar o seu próprio trabalho, desconsiderando desse modo as necessidades reais das famílias.

Outros motivos que levam os profissionais a permitirem que a família esteja presente durante o atendimento de emergência estão relacionados a benefícios tanto para a família como para a criança. Essas razões são mais condizentes com os princípios do CCF. Em nosso estudo as crenças facilitadoras nesse contexto se referiram sobretudo às famílias.

Quando os profissionais de saúde acreditam nos princípios desse modelo de cuidado, reconhecendo que a família é uma constante na vida da criança e que o cuidado deve ser planejado para responder às necessidades das famílias, compreendem que, se for uma necessidade da família, ela deve decidir se quer estar junto ao filho neste momento.

Já as decisões relativas as crenças limitadoras, tanto as relacionadas aos profissionais de saúde, como à família e ao paciente, são tomadas quando os profissionais desconhecem ou não consideram os princípios do CCF. Desse modo, desconsideram o vínculo existente entre a família e a criança, acreditando que sua presença irá prejudicar o atendimento prestado, desviando o foco dos esforços necessários para que a criança se recupere. Por outro lado, a decisão de não permitir que a família esteja presente também pode ser tomada em decorrência de uma atitude paternalista dos profissionais, acreditando que presenciar o atendimento de emergência possa ser maléfico para as famílias.

É importante que, ao tomar a decisão sobre a permanência da família durante o atendimento de emergência, os profissionais de saúde reflitam acerca de suas próprias crenças e tenham a percepção de que, ao decidir pelo outro, desconsideram a capacidade de cada indivíduo envolvido pela experiência em resolver o que é melhor para si.

No estudo de Miller e Stiles⁶³, as crenças de enfermeiros também foram similares às apresentadas em nosso estudo. Esses profissionais acreditam ser importante que a família constate que os profissionais de saúde estão fazendo o possível para salvar a vida da criança. Além disso, quando a família está presente, ela pode ajudar com informações relevantes ao atendimento.

Resultados semelhantes foram encontrados por González, Tomás e Etxaniz⁶⁴, em estudo no qual verificou-se que médicos e enfermeiros acreditavam que, quando presente na sala de emergência, a família provê suporte emocional à criança, além de compreender que todos os esforços estão sendo realizados para salvar a sua vida. Esses profissionais também revelam crenças que limitam a permanência da família nesse ambiente, como a possibilidade da interferência dos procedimentos realizados e o

aumento da ansiedade dos profissionais de saúde ao se sentirem observados.

No estudo de Duran e colaboradores⁴⁴, as crenças dos profissionais de saúde em relação à presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e/ou reanimação cardiopulmonar também foram similares às nossas. Existe o medo de que a família possa interromper os procedimentos realizados, distanciando o foco dos profissionais do cuidado à criança. Há ainda a preocupação de que a família tenha memórias estressantes relacionadas ao atendimento de emergência presenciado.

No estudo de McClement e colaboradores¹⁹, averiguou-se que os enfermeiros também tem a preocupação que os pais tenham lembranças ruins associadas ao atendimento de emergência. Acreditam que se um membro da equipe de saúde for designado para permanecer com a família, a ocorrência dessas lembranças poderá ser abreviada.

A presença de um profissional de saúde com a família dentro da sala de emergência, permite que as dúvidas das famílias sobre o atendimento prestado à criança possam ser esclarecidas. Além disso, o mesmo profissional pode prover conforto emocional para as famílias que estão vivenciando o medo da morte iminente do filho. Desse modo, pode-se assegurar que a família não irá interromper o atendimento prestado, e tampouco terá lembranças negativas relacionadas a ele.

No que se refere ao desconforto dos profissionais de saúde – ao perceberem que estão sendo observados pela família presente na sala de emergência - a própria experiência trará a segurança necessária para que possam tratar essa vivência com a devida naturalidade.

Uma crença não citada pelos profissionais em nosso estudo, mas verificada no estudo de Knott e Kee⁶², e que também justifica a crença facilitadora relacionada aos profissionais de saúde - **“esforços para salvar a vida da criança”** -, é que os enfermeiros acreditam que, quando presente e ao perceber a gravidade do estado de saúde da criança, bem como os esforços realizados em vão para manter sua vida, a família apoia a decisão da equipe em parar as manobras de reanimação. Desse modo, quando a própria família constata que todos os esforços foram realizados, cria-se uma cumplicidade com os profissionais de saúde e a angústia que sentem em saber que não há mais nada a ser feito para salvar a vida daquela criança pode ser abreviada.

Como a existência de crenças limitadoras faz com que os profissionais de saúde impeçam a presença das famílias na sala de emergência pediátrica, torna-se necessário criar um contexto para modificá-las. Segundo Wright⁵¹, para que os profissionais tenham um trabalho clínico efetivo, é necessário que saibam reconhecer e modificar suas próprias crenças limitadoras, além de fortalecer as facilitadoras, sempre com o objetivo de estabelecer um trabalho colaborativo e terapêutico envolvendo o paciente e a família.

O contexto favorável para a modificação de crenças limitadoras somente será possível quando os profissionais de saúde começarem a ter conhecimento – além de aprofundamento - em relação aos princípios do CCF e, a partir de então, ousarem passar pela temida experiência de ter a família presente na sala de emergência. Somente desse modo esses profissionais irão conseguir desmistificar as crenças individuais que os impedem de estar perto das famílias e de conhecer as suas reais necessidades.

5.2 O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA DAS FAMÍLIAS

A partir das narrativas das famílias puderam ser revelados cinco temas principais que permearam de algum modo a experiência de todas elas. Como na estrutura de uma narrativa, os temas que emergiram traçam por si só uma ordem cronológica do desenrolar dos acontecimentos durante o atendimento de emergência.

No momento em que os pais definem que existe um agravo na saúde da criança e a decorrente necessidade de procurar ajuda em um serviço hospitalar, vivenciam a **iminência da morte do filho**. Quando chegam com a criança em um serviço de saúde, ao mesmo tempo em que supõem que os profissionais de saúde desejam que aguardem por informações fora da sala de emergência, os pais acreditam que **seu lugar é do lado do filho**. Desse modo permanecem passivos perto do local de atendimento, esperando que os profissionais **reconheçam** seu vínculo com a criança e sua dor ao ver o filho morrendo **como importantes**, permitindo que decidam se querem estar ou não ao lado do filho neste momento. Percebem-se vulneráveis em razão do medo de perder o filho, mas acreditam que, apesar de muitas vezes os profissionais tomarem decisões em seu lugar, elas é que **sabem o que é melhor para si**. E por fim, após o término do atendimento de emergência, apesar que ninguém goste de passar por essa experiência, refletem sobre como ela modificou suas vidas e quais atitudes dos profissionais de saúde - ainda durante o atendimento - amenizaram o seu sofrimento. Concluem portanto que, **se tivessem de passar novamente por essa experiência, as coisas deveriam ser feitas de um determinado modo**.

Cotidianamente os pais percebem que possuem um certo domínio sobre o processo saúde-doença de seus filhos e, quando os

filhos estão doentes, realizam cuidados de saúde de conhecimento popular, muitas vezes passados de geração para geração. Os pais conhecem bem os seus filhos, portanto percebem - ainda fora do ambiente hospitalar - a ocorrência de um agravo na saúde que implique em risco de morte. Na ocorrência do agravo, ao constatar que seus conhecimentos de saúde não são suficientes para salvar a vida do filho, decidem procurar por um serviço de saúde.

Quando o agravo à saúde é detectado, o sentimento que permeia a experiência dessas famílias é o medo da morte. A ideia de perder um filho é amedrontadora, e em uma situação de emergência se intensifica por se tratar de algo inesperado. Nenhum pai pensa na possibilidade de perder um filho, e quando ocorre o agravamento de uma doença durante um processo de internação, existe um tempo para que comecem a elaborar essa possibilidade. Entretanto, no decorrer da situação inesperada de emergência esse tempo não existe.

A permanência de um profissional de saúde com a família nessas situações é importante para que ela consiga compreender a gravidade do estado de saúde da criança, a complexidade dos procedimentos realizados e que a morte é um desfecho possível.

Na maior parte das vezes a criança é levada ao hospital por seus familiares, porém em alguns casos a família não está acompanhando e se deslocará até o hospital somente no momento em que souber que a criança está sendo atendida em uma sala de emergência. No estudo de Girardon-Perlini e Pilatto²⁴ foram entrevistadas famílias de pacientes atendidos em sala de emergência de adultos. O deslocamento das famílias que não acompanhavam o paciente na chegada ao hospital é cercado por questionamentos, incertezas e conjecturas sobre o que está acontecendo com o familiar doente. Esses sentimentos não diferem,

contudo, daqueles apresentados pelos pais - em nosso estudo - chegaram junto com a criança ao hospital.

Quando procuram o serviço de saúde, os pais buscam pela esperança em manter a vida do filho. Como em geral não são autorizadas pelos profissionais de saúde a permanecer ao lado da criança durante o atendimento de emergência, as famílias - quando chegam ao hospital - já sabem que terão de entregar a criança e aguardar por informações do lado de fora da sala de emergência. Muitas vezes essas informações demoram a chegar, e por isso os pais começam a criar ilusões sobre o que está acontecendo com o filho. As conjecturas entre o real e o imaginário aumentam ainda mais o sofrimento das famílias.

É importante que os profissionais de saúde compreendam o sofrimento vivido pelas famílias e forneçam informações claras e em tempo real sobre a criança, já que assimilar a realidade do seu estado de saúde permite que os familiares adquiram um relativo controle emocional da situação.

Ao mesmo tempo em que os pais sabem que os profissionais de saúde esperam que eles aguardem fora da sala de emergência, se veem como o vínculo mais importante na vida da criança, e estar ao seu lado fornecendo suporte emocional nesse momento é muito importante, sobretudo quando há possibilidade de morte. Santos e colaboradores⁹ entrevistaram famílias de crianças que estavam em observação em um pronto-socorro, porém que não passaram por uma situação de emergência. As mães relataram que se consideram insubstituíveis na vida de dos filhos, e que estar ao lado deles nesse cenário é tão essencial para sua recuperação quanto o atendimento de emergência em si.

Quando os profissionais de saúde não permitem que os próprios pais tomem a decisão de presenciar ou não o atendimento de emergência, na verdade estão desconsiderando a importância do

papel que ocupam na vida do filho. É fundamental que as necessidades tanto do paciente como da família sejam reconhecidas e consideradas mesmo durante o atendimento de emergência.

Os pais acreditam que, apesar de seu sofrimento pela iminência da morte do filho, mantêm intacta sua capacidade de decidir o que é melhor para si, e muitas vezes acham pertinente tomar decisões no lugar de um outro familiar mais fragilizado com a situação. Mesmo nos momentos de crise, as famílias reorganizam os seus papéis dentro do núcleo familiar e não sentem a necessidade de que um profissional, o qual desconhece suas necessidades e dinâmica familiar, tome decisões em seu lugar.

No estudo de McGahey-Oalkand e colaboradores³⁴ foram realizadas entrevistas com pais que presenciaram a reanimação cardiopulmonar sem sucesso de seus filhos. Embora em nosso estudo não tenha havido pais que perderam seus filhos na sala de emergência, os temas que emergiram foram similares aos do outro estudo, sugerindo que a experiência da morte iminente de um filho se dá de modo semelhante independentemente do desfecho do atendimento. As famílias consideram que é um direito seu escolher estar presente ou não durante a reanimação cardiopulmonar do filho. A maior parte referiu que, se sua presença prejudicar o atendimento ao filho, é apropriado que lhes seja solicitada a saída da sala de emergência. Além disso, creem que estar presente lhes permitiu constatar que tudo foi feito para salvar a vida do filho.

Pais que presenciaram a reanimação cardiopulmonar do filho em uma UTI também relatam crenças similares. Estar ao lado do filho é importante para que a criança receba conforto e suporte emocional, porém a permanência requer que os pais sejam fortes, superando o medo de assistir ao filho morrer. Consideram que a presença de um membro da equipe ao seu lado permite elucidar indagações relacionadas ao cuidado técnico prestado ao filho, e

desejam ter a tranquilidade de poder sair e retornar à sala de atendimento quando sentirem necessidade.⁶⁵

O evento de ter o filho submetido a um atendimento de emergência é delimitado por um espaço relativamente curto de tempo, porém a experiência não se encerra com a saída da criança da sala de emergência. Após o fim do atendimento, o evento continua a impactar a vida das famílias, que começam a refletir acerca da experiência.

Quando o cuidado dos profissionais de saúde também envolve as necessidades da família como um todo, oferecendo suporte emocional e respeitando o vínculo existente entre ela e a criança, o sofrimento de cada familiar pode ser diminuído. Ao ter a certeza de que todos os familiares presentes estão recebendo conforto, podem deixar de se preocupar uns com os outros, o que os fortalece e faz com que direcionem o foco de sua atenção para o atendimento prestado à criança, concentrando-se em sua própria fé na esperança de que o filho se recupere.

As famílias também tentam buscar um sentido para a experiência pela qual passaram. Muitas vezes concluem que ela foi necessária para que reassumissem papéis perdidos dentro de seu núcleo familiar, tanto de paternidade e maternidade como de sua relação conjugal, estreitando-se assim laços afetivos já existentes.

É importante que os profissionais de saúde compreendam que ouvir e testemunhar a experiência vivida pelas famílias os direciona para buscar o sentido que procuram e, desse modo, que saiam fortalecidos da difícil situação enfrentada.

As crenças que foram desveladas a partir das narrativas das famílias, foram desmembradas dos cinco temas principais e finalmente analisadas à luz do modelo de crenças utilizado no estudo. As mesmas foram classificadas em crenças facilitadoras e

limitadoras, as facilitadoras, nesse contexto, são aquelas que impulsionam as famílias a permanecerem na sala de emergência durante o atendimento, enquanto as limitadoras, as afastam desse cenário.

Com base nessa análise, as crenças das famílias foram correlacionadas a:

- Crenças facilitadoras: **a família compreende a gravidade do estado de saúde da criança** – a família ao ver como a criança reage ao tratamento consegue internalizar a melhora ou piora de sua saúde; **a família dá conforto à criança** – a presença dos pais diminui o medo, propiciando conforto à criança; **dar tranquilidade à família** – os pais se sentem mais tranquilos ao presenciar o que está sendo feito com o filho; **a família observa os esforços realizados para salvar a vida da criança** – os pais sentem a necessidade de ver que todos os esforços para salvar a vida da criança estão sendo realizados; **permite recuperação da criança** – os pais acreditam que sua presença é tão fundamental para a recuperação do filho quanto o atendimento prestado; **é um direito da família** – os pais acreditam que têm o direito de decidir se querem estar presente durante o atendimento; **um profissional deve ficar junto com a família** – a presença de um profissional junto com a família permite apoio, conforto emocional e explicações sobre o atendimento; **a família decide o que é melhor para si** – os pais acreditam que devem definir o que é melhor para si; **a família tem direito de recuar em suas decisões** – os pais sentem a necessidade de ter livre acesso a sala de emergência, podendo recuar de sua decisão inicial de permanecer ou não no

atendimento; **o lugar dos pais é do lado do filho** – os pais acreditam que é seu papel cuidar e estar ao lado do filho em situações difíceis.

- Crenças limitadoras: **a família interfere no atendimento** – os pais preferem não presenciar o atendimento realizado quando acreditam que poderão interromper os procedimentos, prejudicando diretamente a recuperação do filho; **a família não sabe como agir dentro da sala de emergência** – os pais ficam receosos de como devem se comportar durante o atendimento, e esperam que os profissionais indiquem quais atitudes e comportamentos são esperados; **a família tem que ser forte emocionalmente** – os pais creem que para presenciar o atendimento de emergência é necessário ter força emocional, e optam por não estar presente quando julgam não a possuir; **depende da permissão dos profissionais de saúde** – é necessário que um profissional autorize a permanência dos pais na sala de emergência; **a família interfere na atuação dos profissionais** – os pais percebem que sua presença pode causar desconforto aos profissionais, desviando sua atenção ao cuidado prestado.

Muitas das crenças, tanto facilitadoras quanto limitadoras, das famílias são similares as desveladas no grupo dos profissionais de saúde – **a família observa os esforços realizados para salvar a vida da criança; a família interfere na atuação dos profissionais; dar tranquilidade à família; é um direito da família; o lugar dos pais é do lado do filho; um profissional deve ficar junto com a família; a família dá conforto à criança; e a família interfere no**

atendimento – demonstrando assim que as crenças que permeiam a experiência da presença da família na sala de emergência são compartilhadas entre os personagens presentes no cenário de atendimento. E que portanto, para a introdução da família no ambiente de emergência, é necessário fortalecer as crenças facilitadoras e modificar as limitadoras.

As crenças limitadoras das famílias podem ser modificadas com o estabelecimento das seguintes estratégias: permanência de um membro da equipe de saúde ao lado da família durante o atendimento de emergência, garantindo um atendimento sem interrupções e propiciando força emocional; treinamento da equipe de saúde com princípios do CCF, permitindo maior naturalidade em suas ações ao lidar com a permanência da família durante o atendimento de emergência; e criação de diretrizes institucionais que determinem protocolos que regulem a presença da família na sala de emergência, independente da decisão e ações tomada pelos profissionais de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo traz evidências relevantes para a prática clínica, permitindo compreender como os profissionais de saúde podem cuidar das famílias no ambiente de emergência pediátrica. Trata-se de um estudo inédito no cenário nacional, abordando especificamente as percepções e crenças dos profissionais de saúde e da família em relação à experiência dos pais permanecerem dentro da sala de emergência pediátrica.

As crenças e as histórias relacionadas a doenças são intrinsecamente inter-relacionadas e contemplam três perspectivas: a do paciente, a da família e a dos profissionais de saúde. As crenças da família direcionam as experiências de doenças, sendo a própria enfermidade capaz de afetar as convicções pré-existentes. Já as crenças que os profissionais de saúde possuem em relação às famílias e doenças, afetam a maneira como cuidam e assistem as famílias.

O estudo revelou que tanto a família como os profissionais de saúde têm a necessidade de dar um sentido às experiências de doenças e perdas que vivenciam e que assistem. Esse sentido pode vir à tona por meio das histórias que contam sobre essas experiências: as narrativas de doenças. Esses eventos precisam ser contados, testemunhados e escutados, e nem sempre se limitam apenas à experiência pontual de sofrimento gerado pela ocorrência de uma doença; podem incluir também vivências de coragem, esperança, crescimento e de amor.

É necessário compreender que para descrever, explicar e entender as experiências de doença e morte iminente, o paciente e sua família utilizam seu conjunto de crenças. As situações de

sofrimento e vulnerabilidade são vivenciadas de modo diferente pelas diversas famílias, e mesmo pelos membros de um mesmo núcleo familiar. Compreender essa diversidade é o que realmente aproxima os profissionais de saúde das famílias, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança mútua, em que os familiares se sintam confortáveis para expressar suas crenças, e os profissionais de saúde consigam ajudar as famílias a se fortalecerem a partir de suas próprias forças e recursos.

Apesar de muitos profissionais acreditarem que as famílias possuem habilidades para resolver seus próprios problemas, creem também que, durante um período de sofrimento, essa capacidade fica inacessível ou esquecida. Além disso há crenças que diminuem a possibilidade de descobrir soluções para a resolução de problemas, podendo conservar ou ampliar ainda mais o sofrimento. Contudo, mesmo que isso ocorra, todas as famílias possuem forças e recursos que precisam ser descobertos e encorajados.

Cada profissional de saúde tem crenças em relação às famílias. Esses profissionais também crescem em um contexto familiar, e acabam trazendo para a sua prática clínica crenças baseadas em seu próprio modelo de família. Esperam, desse modo, que as famílias adotem comportamentos que consideram aceitáveis durante situações difíceis, e acabam por isso classificando-os em bons ou maus. Muitas vezes, são justamente essas categorizações responsáveis por determinar que os profissionais de saúde excluam as famílias do atendimento de emergência.

Quando um profissional de saúde avalia uma família, o resultado obtido não é sinônimo de verdade absoluta sobre ela, e sim um julgamento subjetivo de um observador, o qual é influenciado por um conjunto próprio de crenças relativas a doenças e famílias. As crenças do profissional de saúde nem sempre são compatíveis

com aquelas sustentadas pelas famílias e demais profissionais com quem trabalha.

Para que se possa prestar uma assistência pautada no modelo do CCF é necessário que os profissionais de saúde compreendam as crenças de cada membro da família, e que possam reconhecer as suas próprias crenças, modificando-as quando não cooperam para um relacionamento - entre família e profissionais - baseado em respeito, parceria e colaboração.

Partindo-se do princípio de que ainda hoje são os profissionais de saúde que determinam se a família poderá permanecer dentro da sala de emergência, conhecer suas opiniões e crenças se torna fundamental. Elas afetam diretamente o modo como os profissionais cuidam das famílias nesse ambiente e determinam a maneira como as famílias vivenciam a experiência da morte iminente de um filho.

Sendo essa uma prática recomendada por organizações internacionais, já difundida em outros países, porém ainda não aplicada em nossa prática clínica no âmbito nacional, os dados obtidos neste estudo se tornam essenciais para que todas as nuances que envolvem essa prática possam ser compreendidas. Desse modo, as crenças que impossibilitam os profissionais de saúde de trazer a família para dentro do atendimento de emergência pediátrica podem ser desmistificadas.

Para que os profissionais aceitem a família no cenário de atendimento de emergência, em primeiro lugar é necessário que conheçam e se aprofundem nos princípios norteadores do CCF. Assim poderão adquirir ferramentas que modifiquem crenças individuais que consideram a presença da família ruim para o atendimento de emergência. Além disso, a partir desses novos conhecimentos poderão compreender um novo modo de cuidar, reconhecendo as necessidades das famílias como um todo e

considerando que possuem recursos próprios para enfrentar as situações difíceis e capacidade de escolher o que é melhor para si.

Somente após a quebra dessas barreiras - que impedem os profissionais de trazer a família para dentro da sala de emergência - poderá ter início a implementação do modelo do CCF no ambiente de emergência.

Entretanto, esse estudo por si só não tem a capacidade de modificar a prática. Faz apenas um diagnóstico situacional das famílias e profissionais de saúde de um determinado serviço emergencial, expondo o que pensam e sentem sobre a presença da família na sala de emergência pediátrica. Configura-se assim em uma excelente ferramenta para permitir que futuros estudos implementem passos que contribuam para a introdução de diretrizes institucionais, as quais permitam incluir a família nesse cenário, além de introduzir o modelo do CCF no ambiente de pronto-socorro.

REFERÊNCIAS

1. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient-and Family-Centered Care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2008;122(2):e511-21.
2. Institute for Family-Centered Care. Advancing the practice of patient and family centered care: how to get started. Disponível em http://www.ipfcc.org/pdf/getting_started.pdf (acessado em 30/03/2013).
3. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. 4 nd ed. São Paulo: Roca; 2008. 294p.
4. Comitee on Hospital Care, Institute for Patient-and Family-centered Care. Family-Centered Care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2012;129(2):394-404
5. Lee P. Family-centred services within accident and emergency departments. *Int Emerg Nurs*. 2008;16:175-9.
6. Jolley J, Shields L. The evolution of Family-Centered Care. *J Pediatr Nurs*. 2009;24(2): 164-70.
7. Conselho Federal de Medicina - Resolução 1451/1995. Publicada no D.O.U. de 17.03.95 - Seção I - Página 3666. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm - Acessado em 20/05/2013.
8. Kamienski MG. Family-Centered Care in the ED. *AJN*. 2004;104(1):59-63.
9. Santos AMR, Amorim NMA, Braga CH, Lima FDM, Macedo EMAM, Lima CF. Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de pronto-socorro. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(2):473-9.

10. American Heart Association. Part 2: Ethical Issues. *Circulation* 2005;112:IV6-11.
11. Henderson DP, Knapp JF, Calif T. Report of the national consensus conference on family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation and procedures. *J Emerg Nurs*. 2006;32(1): 23-9.
12. Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, et al. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2011;37(5):469-73.
13. Presidência da República - Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Publicado no D.O.U. em 16.7.1990 e retificado em 27.9.1990.
14. Emergency Nurses Association. Family presence at the bedside during invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation. Disponível em (acessado em 28/04/13).
15. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ, et al. Family participation during resuscitation: an option. *Ann Emerg Med*. 1987;16(6):673-5.
16. Nishisaki A, Diekema DS. Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation*. 2011;82:655-6.
17. Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of emergency department staff toward family presence during resuscitation. *IMAJ*. 2010;12:366-70.
18. Vavarouta A, Xanthos T, Papadimitriou L, Kouskouni E, Iacovidou N. Family presence during resuscitation and invasive procedures: physicians' and nurses' attitudes working in pediatric departments in Greece. *Resuscitation*. 2011;82:731-6.

19. McClement SE, Fallis WM, Pereira A. Family Presence during resuscitation: Canadian Critical Care Nurses' Perspectives. *J Nurs Scholarsh.* 2009;41(3):233-40.
20. Moreno RP, Torales SA, Roig CG, Araguas JL, Caprotta G, Carbone A, et al. Opinión de los padres y cuidadores de niños internados acerca de su presencia durante la realización de procedimientos invasivos. *Arch Argent Pediatr.* 2008;106(2):110-8.
21. Fulbrook P, Latour JM, Albarran JW. Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey. *Int J Nurs Stud.* 2007;44:1238-49.
22. Holzhauser K, Finucane J, De Vries SM. Family presence during resuscitation: a randomized controlled trial of the impact of family presence. *Australas Emerg Nurs J.* 2006;8(4):139-47.
23. Tacsí YRC, Vedruscolo DMS. A assistência de enfermagem no service de emergência pediátrica. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004;12(3):477-84.
24. Girardon-Perlini NMO, Pilatto MTS. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Rev Eletr Enf.* 2008;10(3):721-32.
25. Piira T, Sugiura T, Champion GD, Donnelly N, Cole ASJ. The role of parental presence in the context of children's medical procedures: a systematic review. *Child Care Health Dev.* 2005;31(2):233-43.
26. McMahon-Parkes, K, Moule P, Benger J, Albarran, JW. The views and preferences of resuscitated and non-resuscitated patients toward family-witnessed resuscitation: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:220-9.
27. Henneman EA, Cardin S. Family-Centered critical care: A practical approach to making it happen. *Crit Care Nurse.* 2002;22(6):12-9.

28. Porter J, Dip G, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):26-34.
29. Eppich WJ, Arnold LD. Family member presence in the pediatric emergency department. *Curr Opin Pediatr*. 2003;15(3):294-8.
30. Boudreaux ED, Francis JL, Loyacano T. Family presence during invasive procedures and resuscitations in the emergency department: a critical review and suggestions for future research. *Ann Emerg Med*. 2002;40(2):193-205.
31. Boie ET, Moore GP, Brummett C, Nelson DR. Do parents want to be present during invasive procedures performed on their children in the emergency department? A survey of 400 parents. *Ann Emerg Med*. 1999;34(1):70-4.
32. Mangurten J, Scott SH, Guzzetta CE, Clark AP, Vinson L, Sperry J, et al. Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *J Emerg Nurs*. 2006;32(3):225-33.
33. Tinsley C, Hill JB, Shah J, Zimmerman G, Wilson M, Freier K, et al. Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. *Pediatrics*. 2008;122(4):e799-804.
34. McGahey-Oakland PR, Lieder HS, Young A, Jefferson LS. Family experiences during resuscitation at a children's hospital emergency department. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(4):217-25.
35. 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;36(2):115-21.
36. Dingeman RS, Mitchell EA, Meyer EC, Curley MAQ. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2007;120(4):842-54.

37. Sacchetti A, Paston C, Carraccio C. Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. *Acad Emerg Med*. 2005;12(5):477-9.
38. Dudley NC, Hansen KW, Furnival RA, Donaldson AE, Wagenen KLV, Scaife ER. The effect of family presence on the efficiency of pediatric trauma resuscitations. *Ann Emerg Med*. 2009;53(6):777-84.
39. Nigrovic LE, McQueen AA, Neuman MI. Lumbar puncture success rate is not influenced by family-member presence. *Pediatrics*. 2007;120(4):e777-82.
40. Waseem M, Ryan M. Parental presence during invasive procedures in children: what is the physician's perspective? *South Med J*. 2003;96(9):884-7.
41. Sacchetti A, Carraccio C, Leva E, Harris RH, Lichenstein R. Acceptance of family member presence during pediatric resuscitations in the emergency department: effects of personal experience. *Pediatr Emerg Care*. 2000;16(2):85-7.
42. Egemen A, Ikizoglu T, Karapinar B, Cosar H, Karapinar D. Parental presence during invasive procedures and resuscitation. Attitudes of Health Care Professionals in Turkey. *Pediatr Emerg Care*. 2006;22(4):230-4.
43. Fein JA, Ganesh J, Alpern E. Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20(4):224-7.
44. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and Beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *AJCC*. 2007;16(3):270-82.
45. Beckman AW, Sloan BK, Moore GP, Cordell WH, Brizendine EJ, Boie ET, et al. Should parents be present during emergency department procedures on children, and who should make that decision? A survey of emergency physician and nurse attitudes. *Acad Emerg Med*. 2002;9:154-8.

-
46. Moreland P. Family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department: a review of the literature. *J Emerg Nurs.* 2005;31(1):58-72.
 47. Bassler PC. The impact of education on nurses' beliefs regarding presence in a resuscitation room. *J Nurses Staff Dev.* 1999;15(3):126-31.
 48. Dougal RL, Anderson JH, Reavy K, Shirazi CC. Family presence during resuscitation and/or invasive procedures in the emergency department: one size does not fit all. *J Emerg Nurs.* 2011;37(2):152-7.
 49. MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2003; 29(3):208-21.
 50. Maurice H. Family presence in emergency department resuscitations: a proposed guideline for an Australian Hospital. *Australas Emerg Nurs J.* 2002; 5(3):21-7.
 51. Wright LM, Bell JM. *Beliefs and Illness – A model for healing.* 1 nd ed. Canada:Floor Press; 2009. 385p.
 52. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007;15(4):684-8.
 53. Gibbs G. *Análise de dados qualitativos.* 1 nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 198p.
 54. Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem.* 2002;10(3):423-32.
 55. Holloway I, Freshwater D. *Narrative research in nursing.* 2 nd ed. Hong Kong: Blackwell Publishing; 2008. 174p.

-
56. Flick U. Introdução á pesquisa qualitativa. 3 nd ed. Porto Alegre: Artmed;2009. 405p.
 57. Thorne S. Data analysis in qualitative research. EBN. 2000;3:68-70.
 58. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Mundo Saúde. 1996; 21:52-61.
 59. Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential medical statistics. 2nd ed. Masschusetts: Blacwell Science; 2006. 502p.
 60. McCullagh P, Nelder JA. Generalized linear models. 2nd ed. New York: Chapman and Hall; 1989. 511p.
 61. Neter J, Kutner MH, Nachtsheim CJ, Wasserman W. Applied linear statistical models. 4 nd ed. Ilinois: Richard D. Irwing; 1996. 1408p.
 62. Knott A, Kee CC. Nurse`s beliefs about family presence during resuscitation. Appl Nurs Res. 2005;18:192-8.
 63. Miller JH, Stiles A. Family presence during resuscitation and invasive procedures: the nurse experience. Qual Health Res. 2009;19(10):1431-42.
 64. González GS, Tomás RJ, Etxaniz JS. Family presence during pediatric emergency procedures: the perspectives of family and medical staff. Emergencias. 2010;22:175-80.
 65. Maxton FJC. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomelogical study. J Clin Nurs. 2008;17:3168-76.

Anexo A Termo de consentimento livre e esclarecido dos profissionais de saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

NOME:..... SEXO : M ☐ F ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO:

nº compl.: Bairro:

CIDADE: CEP: TELEFONE:(.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **“A presença da família na sala de emergência pediátrica – crenças dos pais e profissionais de saúde”**
2. PESQUISADOR: **Francine Fernandes Pires Mekitarian**
3. ORIENTADORA: **Profa. Dra. Margareth Angelo**
4. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: **RISCO MÍNIMO**
5. DURAÇÃO DA PESQUISA: **12 meses**

Você foi convidado a participar de uma pesquisa sobre as crenças dos profissionais de saúde acerca da presença da família em atendimento de emergência pediátrica. Este termo de consentimento contém informações que ajudarão você a entender quais os objetivos deste estudo. Leia este documento cuidadosamente e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar. Se você concordar em participar, deverá rubricar esta página e assinar na última página.

6. Sobre este estudo:

Este estudo tem como um dos objetivos compreender como as crenças dos profissionais de saúde que atuam em um serviço de emergência pediátrica impactam na decisão de oferecer à família a opção de permanecer durante o atendimento de emergência.

7. O que você precisará fazer?

Responder a um questionário com perguntas relacionadas a presença da família em sala de emergência.

8. Opções caso não participe do estudo:

Fui informado claramente que posso optar por não participar desse estudo. Caso decida sair do estudo a qualquer momento, basta avisar o profissional responsável pela pesquisa. Se você optar por não participar ou sair do estudo, não haverá prejuízos ou sanções aplicados a você.

9. Informações sobre a privacidade:

As informações obtidas serão mantidas de maneira confidencial. Apenas a equipe de estudo do estudo terá acesso às informações.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

10. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à esclarecimentos no Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP edipesq@usp.br
11. É garantida a liberdade de retirada do termo de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.
12. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos, e não será divulgada a identificação de nenhum participante.
13. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.
14. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.
15. Compromisso do pesquisador em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Presença da Família em Atendimento de Emergência Pediátrica – Crenças dos Profissionais de Saúde e da Família”** e aceito participar do estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2012

Assinatura do sujeito da pesquisa:

_____ Data: __/__/__

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito da pesquisa para a participação neste estudo

Assinatura do investigador:

_____ Data: __/__/__

Anexo B - Crenças dos profissionais de saúde em relação à presença da família em sala de emergência pediátrica

Profissão: ☐ Auxiliar / Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro

☐ Médico Residente ☐ Médico Assistente

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Idade: _____ anos

Tempo formação profissional:

☐ menos que 1 ano ☐ 2 a 5 anos ☐ 6 a 9 anos ☐ mais que 10 anos

Tempo atuação em pronto socorro infantil:

☐ menos que 1 ano ☐ 2 a 5 anos ☐ 6 a 9 anos ☐ mais que 10 anos

Você já esteve envolvido em um atendimento de emergência pediátrica em que a família esteve presente? ☐ sim ☐ não

Em quais procedimentos de emergência você permitiria a presença da família? (assinale quantos itens julgar necessário)

☐ punção intra-óssea ☐ punção venosa periférica ☐ coleta de liquor

☐ intubação traqueal ☐ reanimação cardiopulmonar

Por que? f

.....
.....
.....

Quem você considera que deve decidir se a família pode permanecer ou não no atendimento de emergência?

Por que?

.....
.....
.....

O que você pensa sobre a família permanecer no atendimento à criança na sala de emergência?

.....
.....
.....

Anexo C - Caracterização do atendimento de emergência

A família esteve presente dentro da sala de emergência durante o atendimento? () sim () não

Se sim, qual (quais) membro(s) da família esteve (estiveram) presente (s) no atendimento?

() pai () mãe () outro(s), quem?

Se não, a família foi convidada a permanecer no atendimento?

() sim () não

Hipótese Diagnóstica:

() convulsão () choque () insuficiência respiratória () intoxicação exógena

() trauma () parada cardiorrespiratória () outros, qual?

Procedimentos realizados no atendimento:

() punção venosa periférica () coleta arterial de exames () coleta de liquor

() punção intra-óssea () intubação traqueal () reanimação cardiopulmonar

() outros, qual (quais)?

A família interrompeu a assistência prestada? () sim () não

Se sim, descreva:

Destino paciente: () observação do pronto socorro () serviço de necropsia

() unidade de terapia intensiva () outro, qual? _____

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo D - Termo de consentimento livre e esclarecido das famílias**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**NOME:..... SEXO : M ☐ F ☐

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO:

nº compl.: BAIRRO:

CIDADE: CEP: TELEFONE:(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “A presença da família na sala de emergência pediátrica – crenças dos pais e profissionais de saúde”****1. PESQUISADOR: Francine Fernandes Pires Mekitarian****ORIENTADORA: Profa. Dra. Margareth Angelo****2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: RISCO MÍNIMO****3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 meses**

Você foi convidado a participar de uma pesquisa acerca da presença da família em atendimento de emergência pediátrica. Este termo de consentimento contém informações que ajudarão você a entender quais os objetivos deste estudo. Leia este documento cuidadosamente e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar. Se você concordar em participar, deverá rubricar esta página e assinar na última página.

4. Sobre este estudo:

Este estudo tem como um dos objetivos conhecer as crenças da família a respeito de sua própria permanência durante o atendimento de emergência à criança, buscando compreender também como essa experiência ocorre nas famílias que não permaneceram no atendimento.

1. O que você precisará fazer?

Responder a uma entrevista com perguntas relacionadas a esse tema. A entrevista será gravada.

Se houver necessidade de você se deslocar da sua residência para a realização da entrevista, o custo com o transporte será ressarcido pelo profissional responsável pelo estudo.

2. Benefícios que poderão ser obtidos:

Não há benefício direto para você ou para a criança. As informações que forem adquiridas com o estudo poderão ajudar no futuro a permanência de outras famílias na sala de emergência.

3. Opções caso não participe do estudo:

Fui informado claramente que posso optar por não participar deste estudo. Caso decida sair do estudo a qualquer momento, basta avisar o profissional responsável pela pesquisa. Se você sair do estudo ou optar por não participar, a criança não perderá nenhum benefício, tratamento médico ou direitos legais aos quais tenha direito.

4. Informações sobre a privacidade:

Se você concordar em participar deste estudo, as informações obtidas serão mantidas de maneira confidencial. Apenas a equipe de estudo do estudo terá acesso às informações.

ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

5. Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a esclarecimentos pelo e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP edipesq@usp.br.
6. É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade do tratamento da criança.
7. Direito de confidencialidade – Não será divulgada a identificação de nenhum participante.
8. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.
9. Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se houver necessidade de deslocamento para a entrevista, o custo com o transporte será ressarcido pelo profissional responsável pelo estudo. Não há compensação financeira relacionada à sua participação.
10. Compromisso do pesquisador em utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Presença da Família em Atendimento de Emergência Pediátrica – Crenças dos Profissionais de Saúde e da Família”** e aceito participar do estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

_____ Data: __/__/__

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito da pesquisa para a participação neste estudo

Assinatura do investigador:

_____ Data: __/__/__

Anexo E – Crenças da família em relação à sua permanência em sala de emergência pediátrica

Família número: Data: __/__/__ Início: _____ horas
 Término: _____ horas

Local da Entrevista:

Entrevistado: Idade: ____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Qual é o parentesco com a criança? () pai () mãe () outro, qual?

Questão norteadora: “Quero que você me conte como foi a experiência de ter seu filho(a) (ou outro grau de parentesco aplicável) atendido na sala de emergência. A melhor maneira de fazer isso seria você começar por como seu filho(a) (ou outro grau de parentesco aplicável) veio parar no hospital, como foi para você a permanência dele na sala de emergência e como foi essa experiência para você. Você pode levar o tempo que for preciso para isso, podendo também dar detalhes, pois tudo o que for importante para você me interessa”.

Anexo F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HU/USP

Anexo G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
São Paulo – SP – Brasil
E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 22 de dezembro de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Prof.^a Dr.^a Margareth Angelo

Ref.: Processo nº 1102/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0120.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Presença da família em atendimento de emergência pediátrica - crenças dos profissionais de saúde e da família**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo