UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FRANCINE FERNANDES PIRES MEKITARIAN

PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO

SÃO PAULO

2018

FRANCINE FERNANDES PIRES MEKITARIAN

PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR: ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Margareth Angelo

SÃO PAULO

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Mekitarian, Francine Fernandes Pires
Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: elaboração e aplicação de um protocolo / Francine Fernandes Pires Mekitarian. São Paulo, 2018.
173 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Margareth Angelo
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Cuidado Centrado no Paciente e na Família. 2. Pediatria. 3. Enfermagem pediátrica. 4. Presença da família. 5. Emergências. 6. Protocolos.
I. Título.

Nome: Francine Fernandes Pires Mekitarian

Título: Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: elaboração e aplicação de um protocolo.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Para Henrique, meu enviado de Deus, que faz do mundo um lugar que vale a pena ser explorado, vivido e amado

AGRADECIMENTOS

A Deus, que possibilita que eu renove minha fé e esperança diariamente.

Minha orientadora Prof.ª Dr.ª Margareth Angelo, por me guiar por caminhos que me fazem acreditar que meu lugar no mundo pode ser muito maior do que eu poderia imaginar. Obrigada por todos os ensinamentos, conselhos e escutas terapêuticas.

Meus pais, por terem me mostrado que o aprendizado é o caminho para se alcançar vários sonhos.

Ao Du, por ser fonte de inspiração de um profissional dedicado e estudioso. Obrigada por ter acolhido em sua prática profissional o CCPF.

Ao HU-USP, meu amor por ti é incondicional.

A equipe de enfermagem do Pronto Socorro Infantil do HU- USP. Admiração, respeito e muito amor por vocês. Minha equipe de ouro.

A equipe de enfermagem e médica do Pronto Socorro Infantil do HU- USP. Obrigada por toda a colaboração, incentivo e apoio para a realização deste trabalho.

Aos pacientes e famílias do Pronto Socorro Infantil do HU- USP. Vocês são a motivação para a realização desse trabalho.

Minha chefe Nanci, por ter acreditado em meu potencial. Obrigada pela grande oportunidade de crescimento profissional.

Minha eterna chefe Martha Rumiko Kayo Hashimoto e parceira Gisele Abrão Queiroz, muito obrigada por todo incentivo, disponibilidade e carinho.

Dr.ª. Beatriz Marcondes Machado, nem sei como agradecer todo carinho e incentivo, especialmente nessa reta final.

Enfermeiras Gilcéria Tochika Shimoda e Karina Sichieri, obrigada pelas sábias contribuições. Karina, obrigada por todas as conversas, foram essenciais e acolhedoras.

Prof.ª Dr.ª Myriam Aparecida Mandetta, Andreia Cascaes Cruz e Ana Paula Dias França Guareschi, pelas contribuições oferecidas no exame de qualificação.

Amiga e parceira Andreia Cascaes Cruz, sem palavras para agradecer todos os ensinamentos, desabafos acolhidos e direção oferecida.

Querida Larissa Guanaes, que de aprendiz virou minha sábia e dedicada conselheira.

A amiga Camila Borghi, por compartilhar toda as angústias e me impulsionar na reta final.

Ao Bernardo Pereira dos Santos, pela disponibilidade e paciência em realizar as análises estatísticas.

A Wilma Monteiro Frésca, do Comitê de Ensino e Pesquisa do HU – USP, por toda disponibilidade e prontidão.

Ao Marcello Pimentel, por toda paciência e empenho para fazer a reta final dar certo.

Todas amigas do GEENF: Nanci, Virginia, Pati Moreira, Lilian, Keila, Andreia, Lany, Nicole e Mayara, é um prazer dividir os mesmos momentos, angústias e vitórias com vocês.

Todas amigas do CCF do HU/USP, por compartilharem o mesmo sonho e me motivarem a fazer esse trabalho dar certo.

"Estamos aqui para encontrar o amor verdadeiro, aquele que não se altera com o que os outros pensam e permanece o mesmo, independentemente do que esteja acontecendo lá fora – mesmo que você não seja tratado da maneira que espera. É muito fácil amar as pessoas que não tem ameaçam, que pensam como você, te agradam, te respeitam e te consideram. O difícil é amar as pessoas que não te respeitam, que pensam diferente de você, que de alguma maneira te ameaçam e acordam o medo em você. Esse é o seu trabalho: amar até mesmo aquele que não te ama"

Sri Prem Baba

Mekitarian FFP. Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: elaboração e aplicação de um protocolo [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018.

RESUMO

Introdução: Partindo-se do pressuposto que o Cuidado Centrado no Paciente e na Família é o modo mais humanizado de prestar cuidado em saúde, faz-se necessário refletir sobre a aplicabilidade dessa abordagem em unidades de emergência pediátrica. Uma possibilidade é o favorecimento da presença da família no atendimento de emergência. O uso de protocolo e o treinamento de profissionais de saúde são ferramentas que fortalecem a prática. ***Objetivos:*** elaborar e aplicar na prática clínica um protocolo brasileiro que inclui a família no atendimento de emergência pediátrica. ***Método*****:** estudo piloto do tipo descritivo observacional, realizado em três etapas: 1) elaboração do protocolo; 2) treinamento de profissionais para a aplicação do protocolo. O treinamento foi realizado com 26 profissionais de enfermagem atuantes em uma unidade de emergência pediátrica de um hospital de ensino, localizado na cidade de São Paulo e 3) análise da aplicação do protocolo na prática assistencial. Para essa análise, foi investigada a dinâmica do atendimento de emergência focando os aspectos relacionados à presença da família; as perspectivas de profissionais de saúde em relação ao conteúdo do protocolo e as anotações de enfermagem no que tange a aplicação do protocolo. ***Resultados:*** Foram analisados 65 atendimentos de emergência com a aplicação do protocolo. Em 65,6% dos atendimentos, foi designado um profissional de suporte; 93,4% das famílias aceitaram o convite para presenciar o atendimento e não ocorreu interrupção do atendimento ao paciente em consequência da presença desta. Ao avaliar o protocolo, 85,7% dos profissionais referiram confiança em aplicá-lo em sua prática profissional. As principais dificuldades percebidas pelos profissionais para aplicar o protocolo incluíram a falta de recursos humanos, a falta de treinamento de todos os profissionais e a falta de estrutura física para o acolhimento familiar. Em relação às facilidades, foram elencadas equipe sensibilizada à prática, suporte familiar, o CCPF como alicerce teórico e membros na equipe experientes sobre o tema. Em relação ao conteúdo, os profissionais consideraram o protocolo fácil e rápido de ser aplicado. Apenas em 50% das anotações de enfermagem foi registrado que a família estava presente no atendimento. ***Conclusões:*** As ações promotoras para a adoção institucional do protocolo incluem a sensibilização dos profissionais para acolher as famílias no atendimento de emergência e treinamento para a aplicação do protocolo na prática assistencial. Além disso, as ações que facilitam a implantação do protocolo na prática assistencial incluem respaldo teórico na abordagem do CCPF, profissionais que atuem como referência sobre o tema para os demais membros da equipe e designação de um profissional de suporte.

Palavras-chaves/descritores: Cuidado Centrado no Paciente e na Família. Pediatria. Enfermagem Pediátrica. Presença da família. Emergências. Protocolos.

Mekitarian FFP. Presence of the family in pediatric emergency hospital care: elaboration and application of a protocol. [thesis]. Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction*:** Based on the assumption that Patient and Family Centered Care (PFCC) is the most humanized way of providing health care, it is necessary to reflect on the applicability of this approach in pediatric emergency units. One possibility is to favor the presence of the family in emergency care. The use of protocol and the training of health professionals are tools that strengthen the practice. ***Objectives: To elaborate and apply in clinical practice a Brazilian protocol that includes the family in pediatric emergency care. ***Method:*** pilot study of descriptive observational type, carried out in three stages: 1) elaboration of the protocol; 2) professional training for the application of the protocol. The training was performed with 26 nursing professionals working in a pediatric emergency unit of a teaching hospital, located in the city of São Paulo; and 3) analysis of the application of the protocol in the practice of care. For this analysis, it was investigated the dynamics of emergency care focusing on the aspects related to family presence; the perspectives of health professionals regarding the content of the protocol and the nursing notes regarding the application of the protocol. ***Results:*** A total of 65 emergencies were analyzed using the protocol. In 65.6% of the attendances a support professional was assigned; 93.4% of the families accepted the invitation to attend the service and there was no interruption of the patient care due to the presence of the family. When evaluating the protocol, 85.7% of the professionals reported confidence in applying it to their professional practice. The main difficulties perceived by professionals to apply the protocol included lack of human resources, lack of training of all professionals and lack of physical structure for the family. Regarding the facilities, the team was sensitized to practice, family support, the PFCC as a theoretical foundation and have experienced team members on the topic. Regarding content, professionals considered the protocol easy and quick to apply. Only 50% of the nursing notes recorded that the family was present in the care. ***Conclusions:*** The actions promoting the institutional adoption of the protocol include raising the awareness of professionals to receive families in emergency care and training for the application of the protocol in the practice of care. In addition, actions that facilitate the implementation of the protocol in the practice of care include theoretical support in the approach of the PFCC, professionals who serve as reference on the theme for the other members of the team and appointment of a support professional.

Keywords/descriptors: Patient and Family Centered Care. Pediatrics. Pediatric Nursing. Family Presence. Emergencies. Protocols.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas da realização do estudo 35

Figura 2 - Simbologias utilizadas para a construção de um fluxograma 41

Figura 3 - Fluxograma do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo" afixado na sala de emergência do PSI do HU/USP 49

Figura 4 - Fluxograma dos artigos incluídos e excluídos na revisão 58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descritores e palavras-chaves utilizadas para busca das evidências científicas 37

Quadro 2 - Planejamento instrucional do treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo" 44

Quadro 3 - Artigos selecionados nas bases de dados 57

Quadro 4 - Apresentação dos artigos incluídos na revisão 59

Quadro 5 - Dificuldades percebidas pelos profissionais para aplicarem o protocolo na prática clínica 94

Quadro 6 - Facilidades percebidas pelos profissionais para aplicarem o protocolo na prática clínica 96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Procedimentos realizados no atendimento de emergência. São Paulo, 2017. 80

Tabela 2 - Medicamentos administrados no atendimento de emergência. São Paulo, 2017. 81

Tabela 3 - Categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017. 82

Tabela 4 - Associação entre a aceitação da família ao convite para estar no atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017. 84

Tabela 5 - Parentesco do familiar presente no atendimento com o paciente. São Paulo, 2017. 84

Tabela 6 - Associação entre família ser retirada do atendimento e número de familiares presentes no atendimento/parentesco do familiar presente com o paciente. São Paulo, 2017. 85

Tabela 7 - Associação entre família ser retirada do atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017. 86

Tabela 8 - Associação entre família ser retirada do atendimento e procedimentos realizados. São Paulo, 2017. 87

Tabela 9 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e procedimento realizado. São Paulo, 2017. 88

Tabela 10 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017..... 89

Tabela 11 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e número de familiares presentes no atendimento/parentesco do familiar presente com o paciente. São Paulo, 2017. 90

Tabela 12 - Associação entre confiança de aplicar o protocolo na prática profissional e categoria profissional, tempo formação profissional, tempo de atuação em emergência pediátrica, participação no treinamento, leitura do protocolo e aplicação do protocolo na prática profissional. São Paulo, 2017. 92

Tabela 13 - Associação entre ter aplicado o protocolo na prática clínica e participação no treinamento e leitura do protocolo. São Paulo, 2017. 93

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Causas dos atendimentos de emergência. São Paulo, agosto a setembro de 2017. 79

Gráfico 2 - Categoria dos profissionais que preencheram o instrumento "Percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento hospitalar de emergência pediátrica"..... 91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 APRESENTAÇÃO 18
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA 19
1.2.1 Cuidado Centrado no Paciente e na Família 19
1.2.2 Presença da família no atendimento de emergência pediátrica 21
1.2.3 Perspectivas de Profissionais de Saúde 21
1.2.4 Perspectivas das Famílias 24
1.2.5 Estudos observacionais 26
1.2.6 Recomendações organizacionais 26
1.2.7 Protocolos e treinamento de profissionais de saúde 27
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 31
3 OBJETIVOS DO ESTUDO 33
3.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS 33
3.2 SECUNDÁRIOS 33
4 PERCURSO METODOLÓGICO 35
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO 35
4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO “PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR” 36
4.2.1 Revisão de escopo 36
4.2.2 Construção da versão inicial do Protocolo “Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar” 38
4.3 TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO “PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR” 42
4.3.1 Elaboração do treinamento 42
4.3.2 Treinamento “Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo” 45
4.4 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO “PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR” 47
4.4.1 Aplicação do protocolo na prática assistencial 47
4.4.2 Avaliação da dinâmica do atendimento de emergência com a aplicação do protocolo 49
4.4.3 Avaliação da percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo 52
4.4.4 Análise dos registros de enfermagem 54
4.4.5 Elaboração da versão final do protocolo “Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar” 55

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 55
5 RESULTADOS 57
5.1 REVISÃO DE ESCOPO 57
5.2 CONSTRUÇÃO DA VERSÃO INICIAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR" 73
5.3 AVALIAÇÃO DA DINÂMICA DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA COM A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO 78
5.4 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À APLICAÇÃO DO PROTOCOLO 90
5.5 ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM 97
5.6 ELABORAÇÃO DA VERSÃO FINAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR" 98
6 DISCUSSÃO 100
7 LIMITAÇÕES 108
8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO 110
8.1 PARA A PRÁTICA 110
8.2 PARA O ENSINO 110
8.3. PARA A PESQUISA 111
9 CONCLUSÃO 113
REFERÊNCIAS 115
APÊNDICES 122
ANEXOS 165

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O tema da presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar permeia há muitos anos minhas atividades profissionais, enquanto enfermeira assistencial de um pronto socorro infantil de um hospital escola. Logo que me inseri na área assistencial, essa era uma temática que, ao mesmo tempo, me encantava e amedrontava. Tinha medo, como tantos outros colegas de profissão, de que a presença da família no atendimento pudesse prejudicar minhas habilidades técnicas ou interferisse nos procedimentos realizados com o paciente.

Além disso, também tinha receio de não ter ferramentas assertivas para lidar com os familiares frente às situações emergenciais. No decorrer do meu trajeto profissional, ousei colocá-las no atendimento de emergência e motivei parceiros de trabalho a fazer o mesmo. Logo nas primeiras vezes que me aventurei a trazê-las para o lado do paciente, percebi que era possível o atendimento sem prejuízo para a criança e a criação de relação mais próxima com as famílias. Na busca inquietante de aniquilar meu medo de estar com as famílias no cenário de emergência, fui buscar conhecimentos teóricos sobre o assunto.

E, a partir daí, o caminho escolhido não teria mais volta - incorporei o tema da presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica como minha linha de pesquisa. A cada vez que trazia as famílias para esse cenário, mais minhas atividades profissionais passaram a ter sentido. Pelo menos, o sentido que eu, como enfermeira, buscava alcançar, pois passei a ser uma profissional mais satisfeita, empática e reconhecida pelo meu objeto de cuidado – o paciente e sua família.

As experiências vividas me impulsionaram a querer mudar o modo como os profissionais lidam com as famílias nas situações de emergência pediátrica, porque já não bastava trazer os parentes para os atendimentos nos quais eu estava presente, era preciso levar a experimentação para mais familiares e companheiros de profissão. Durante a realização do meu mestrado sobre o tema, reconheci que os profissionais se afastam da experiência de ter as famílias presentes no atendimento de emergência, enraizados em suas próprias crenças e na comodidade em não modificar suas atitudes, mas que, por outro lado, as famílias desejam ter suas necessidades reconhecidas e o direito de escolher estar presente ou não.

A partir dessas constatações, passei a me dedicar a compartilhar meus conhecimentos com os demais colegas de profissão e estudantes em formação, incluindo alunos de graduação e residentes de enfermagem. Participei da formação de um grupo de enfermeiras na instituição onde trabalho, as quais estão engajadas em estudar o tema do Cuidado Centrado no Paciente e na Família, com o objetivo em comum de modificar a cultura organizacional para um cuidado sob a perspectiva dessa abordagem.

Sendo pioneira no tema no Brasil, acabei me tornando referência no assunto e levando minha bagagem teórica além do limite físico da instituição onde trabalho. Hoje, convicta de que as famílias devam fazer parte do atendimento de emergência - se assim o desejarem - e com o anseio de modificar a prática assistencial - incluindo as famílias, definitivamente, nesse ambiente - me motivo a realizar o presente estudo como continuidade das propostas sugeridas no mestrado e como necessidade da criação de um protocolo brasileiro que possa formalizar e nortear a prática.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

1.2.1 Cuidado Centrado no Paciente e na Família

Fazendo-se uma linha histórica do tempo em relação a presença da família nos serviços de saúde pediátricos, é somente a partir da década de 1950 que a figura materna foi inserida no ambiente hospitalar, como resultado da compreensão das repercussões emocionais negativas geradas nas crianças devido à ausência de sua família durante o período de internação. A partir de 1960, pais de crianças hospitalizadas passaram a assimilar a importância de seu papel na assistência à criança doente e iniciaram movimentos que se intensificaram nos anos 1980, reivindicando que a abordagem dos profissionais de saúde também focasse as necessidades da família como um todo. Como resultado dessas ações, ocorreu uma reforma dos serviços de saúde para valorizar as famílias no processo de cuidar[1,2].

Desde então, o modo de se estruturar o cuidado em saúde vem sendo modificado gradualmente para a abordagem planejada a toda a família e não somente ao indivíduo doente. Essa nova abordagem assistencial é denominada Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) e pauta-se nos conceitos de dignidade e respeito, compartilhamento de informações, parceria, participação e colaboração da família no cuidado ao paciente[3].

Com foco na assistência pediátrica, os pressupostos do CCPF incluem ainda: compartilhar informações abertas e objetivas com as famílias; respeitar a individualidade familiar, reconhecendo suas preferências, necessidades e habilidades de enfrentamento; incorporar as famílias no processo de tomada de decisões relacionadas ao paciente e estabelecer relação de parceria e colaboração compatível com o nível de desejo de envolvimento familiar e em todos os níveis assistenciais[4].

Ao mesmo tempo em que ocorreu a transição assistencial para a abordagem do CCPF, aumentou-se o interesse institucional na produção dos melhores resultados clínicos e na redução dos custos em saúde[2]. Pensando-se nos aspectos positivos do CCPF, ao colocar as famílias como membro ativo no cuidado ao paciente ocorre o aumento da satisfação das famílias, profissionais e pacientes; reduz os erros assistenciais; implica no uso mais efetivo dos recursos em saúde; diminui ansiedade do paciente e família e propicia a prática profissional baseada nas melhores informações referentes ao paciente[5].

Entretanto, ainda existem barreiras para a adoção do CCPF nos serviços de saúde. Os profissionais, por vezes, confundem as ações dessa abordagem de cuidado com delegar responsabilidades e incluir a família no processo de tomada de decisão, além do seu desejo de envolvimento. A introdução do CCPF deve começar com pequenas mudanças que incluem incorporar seus conceitos em protocolos institucionais e na prática assistencial e estabelecer ferramentas para avaliar sua adoção[4.]

Um grande desafio é a aplicação do CCPF nos cenários emergenciais. Antes de tudo, é necessário reconhecer que a realidade vivida pelos profissionais de saúde nesses serviços é marcada pela alta demanda assistencial e necessidade de prontidão no atendimento aos pacientes. Por outro lado, as famílias vivenciam um momento vulnerável em suas vidas e se percebem em um ambiente pouco acolhedor com pessoas desconhecidas. É desafiador cuidar de famílias nesse contexto, pois a habilidade dos profissionais em se comunicar e criar parcerias com as famílias apresenta-se prejudicada. Além disso, existe relutância dos profissionais em trazer as famílias para o lado do paciente durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar (RCP) por acreditar ser uma atitude benéfica para o paciente, família e a própria equipe de saúde[6].

Considerando o conceito do CCPF de participação da família, segundo seu desejo de envolvimento e em todos os níveis assistenciais, é necessário criar condições para que as famílias possam estar presentes durante a realização de procedimentos invasivos e RCP nos serviços de emergência pediatricos[6].

1.2.2 Presença da família no atendimento de emergência pediátrica

Em um serviço de emergência pediátrica, as crianças em situações de emergência são submetidas a diversos procedimentos invasivos e RCP. Estas situações se caracterizam pela constatação de condições de agravo à saúde, que implicam em risco iminente de vida ou sofrimento intenso do paciente, exigindo tratamento médico imediato[7].

O primeiro estudo relacionado ao tema foi publicado nos Estados Unidos em 1987 e relatou a experiência de um hospital que criou condições para incluir as famílias durante o atendimento de pacientes adultos em situação de emergência. Após a experiência, as famílias, que estiveram presentes, relataram que a atuação dos profissionais durante o atendimento foi focada em fazer tudo que fosse possível para salvar a vida do paciente. A maioria dos profissionais envolvidos neste atendimento endossou a prática, percebendo-a como benéfica para os personagens envolvidos. Não ocorreu nenhuma interrupção da assistência ao paciente pelo fato de sua família estar presente no atendimento[8].

A partir desse primeiro estudo, o assunto sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica passou também a ser explorada na literatura sob diferentes delineamentos. A maioria dos estudos analisa as perspectivas de profissionais de saúde[9-20]. Além destes, também são encontrados artigos relacionados às percepções familiares sobre o tema[12,21-24] ou que avaliem a dinâmica de atendimento de emergência com a presença da família[23,25-27]. Estudos que analisam as percepções do paciente pediátrico em relação a temática não foram encontrados na literatura, provavelmente, em decorrência da vulnerabilidade da criança diante de situação emergencial, o que implica em questões éticas delicadas para a realização desse tipo de estudo.

1.2.3 Perspectivas de Profissionais de Saúde

O tema da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica é explorado sob as perspectivas de profissionais de saúde em estudos realizados por diversos países. Muitos profissionais têm a crença de que a presença da família durante o atendimento de emergência pode ser prejudicial para as famílias, pacientes e profissionais envolvidos no atendimento. Essas crenças envolvem a possibilidade de que as famílias tenham

memórias estressantes relacionadas ao atendimento; que a assistência ao paciente seja interrompida e que os profissionais se sintam desconfortáveis e tenham a percepção de que sua habilidade técnica foi prejudicada[9].

No Brasil, estão disponíveis somente dois estudos sobre a temática: um deles[10] foi realizado pelos mesmos autores da presente pesquisa e avaliou as perspectivas de médicos e da equipe de enfermagem, atuantes em um pronto-socorro infantil, em relação a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica. A maioria (95,6%) dos profissionais de saúde atuantes nesse serviço - composto por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e residentes de medicina - revelou já ter realizado atendimento de emergência com a presença da família.

Apesar da maioria dos profissionais se mostrar favorável à prática, os resultados evidenciaram que a equipe médica e os profissionais com menor tempo de formação foram mais favoráveis à presença da família no atendimento de emergência do que os demais profissionais. Em relação à complexidade dos procedimentos realizados no atendimento, a equipe de enfermagem se mostrou mais favorável à presença da família em procedimentos menos invasivos, enquanto a concordância da equipe médica foi similar dentre os procedimentos analisados. Os profissionais acreditavam ainda que a família presente observa os esforços realizados para salvar a vida da criança; fornece informações essenciais e acalma a criança. Acreditavam ainda que um profissional deva permanecer ao lado da família durante o atendimento.

No segundo estudo brasileiro[11], a equipe de saúde descreveu como pontos limitadores para a inclusão das famílias no atendimento de emergência pediátrica: a falta de um profissional exclusivo para dar suporte à família; espaço físico limitado do local de atendimento para acomodar os familiares e necessidade de treinamento permanente para os profissionais de saúde acolherem as famílias nesse cenário.

Sob a mesma perspectiva do primeiro estudo brasileiro, dois estudos[12,13] foram realizados na Espanha. Um deles[12] apontou que os médicos também foram mais favoráveis à presença da família durante a realização de procedimentos invasivos do que os enfermeiros. Contrapondo os resultados do estudo brasileiro, em que a equipe de enfermagem se sente mais à vontade com a família durante a realização de procedimentos menos invasivos, somente 1/3 dos enfermeiros desse estudo concordaram com a presença da família durante a realização de punção venosa periférica ou coleta de sangue, considerados uns dos procedimentos menos invasivos realizados em pediatria. O outro estudo[13] avaliou as atitudes de profissionais de saúde

de 32 hospitais em relação à presença da família durante a realização de procedimentos invasivos pediátricos e 2/3 deles eram favoráveis à prática. As principais justificativas dos profissionais para excluírem as famílias durante o atendimento incluíram: ansiedade dos familiares; falta de preparo familiar para presenciar os procedimentos e receio das habilidades técnicas ficarem prejudicadas.

Na França, a maioria de profissionais atuantes em emergência pediátrica relatou em um estudo[14] não ser favorável à presença da família durante RCP. Como nos estudos anteriores apresentados, os médicos foram mais favoráveis à presença da família quando comparado aos enfermeiros. A experiência prévia em atender RCP com a família presente foi um determinante favorável na percepção dos profissionais à prática. Os motivos argumentados pelos profissionais para não incluírem as famílias no atendimento foram: possibilidade de trauma emocional e risco de interferência na assistência ao paciente.

Um estudo[15] realizado com profissionais australianos que atuam com um protocolo que favorece a presença da família durante RCP pediátrica encontrou percepções similares entre médicos e enfermeiros no que tange a facilitar a presença da família durante o atendimento. Diferente do resultado apresentado no primeiro estudo brasileiro[10], os profissionais com mais tempo de atuação profissional tiveram atitude mais favorável à presença da família durante o atendimento de emergência do que os demais profissionais.

A maioria de profissionais de um estudo[16] realizado nos Estados Unidos relatou ser favorável a presença da família durante RCP e acreditava que o principal beneficiado com essa presença é a própria família. Um outro estudo[9] também realizado nos Estados Unidos procurou demonstrar as percepções de profissionais favoráveis e desfavoráveis a presença da família durante RCP pediátrica. Os profissionais desfavoráveis acreditavam que as famílias podem ficar com lembranças traumáticas relacionadas ao atendimento. Já os favoráveis, pensam que a prática permite que as famílias sejam envolvidas no cuidado ao paciente e que diminua o risco de processos judiciais, pelo fato da família constatar que a equipe de saúde fez todos os esforços assistenciais necessários.

Na Itália, as perspectivas de profissionais de 34 unidades de terapia intensiva pediátrica foram avaliadas em relação ao tema estudado e somente 38% permitiam a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos, diminuindo essa concordância quanto mais invasivo fosse o procedimento realizado, sendo 9% durante RCP e 3% para passagem de cateter central[17].

Um estudo[18] com enfermeiras atuantes em emergência pediátrica do Reino Unido revelou que esses profissionais acreditavam que os pais presentes durante RCP têm efeito negativo na habilidade dos profissionais para cuidar do paciente; ao mesmo tempo, reconhecem os benefícios da experiência para a família, especialmente quando o desfecho é o óbito do paciente.

Um estudo[19] realizado na Grécia demonstrou que os profissionais nesse país são bastante resistentes à presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP; a maioria nunca realizou um atendimento de emergência com a presença dos familiares e relatou que a presença deles é proibida em sua instituição. A maioria não concorda com a presença por acreditar que eles podem causar impacto negativo para os familiares; interferir no ensino aos estudantes; aumentar o estresse dos profissionais e implicar em processos legais.

Com resultados também desfavoráveis a essa prática, um estudo[20] da Arábia Saudita revelou que apenas metade dos enfermeiros já tinha realizado um atendimento de emergência em que a família estivesse presente e a maioria discordava dessa prática por acreditar que a presença da família acarreta perturbação emocional para as mesmas e afeta a capacidade técnica dos profissionais envolvidos.

1.2.4 Perspectivas das Famílias

Os benefícios relatados pelas famílias relacionados a sua permanência durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica incluem proporcionar conforto ao paciente; diminuir ansiedade familiar e constatar todos os esforços realizados para salvar a vida da criança[6].

Os estudos que exploram as percepções de familiares em relação a sua presença durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica foram realizados em vários países. No Brasil, há dois estudos[21,22] que exploram especificamente esse tema. O primeiro[21] deles foi realizado pelas autoras da presente pesquisa e verificou a percepção de famílias que estiveram presentes durante o atendimento de emergência pediátrica. As famílias revelaram que a presença no atendimento permitiu compreender a gravidade do paciente; que ofereceram conforto à criança; que era seu direito decidir participar do atendimento e que os profissionais devem oferecer também suporte emocional aos familiares presentes. Entretanto, perceberam que sua presença no atendimento dependeu da permissão dos profissionais de saúde. O segundo

estudo[22] também verificou a percepção de famílias em relação à presença durante atendimento de emergência pediátrica e encontrou resultados similares ao primeiro estudo brasileiro. Os familiares revelaram que, ao estar presente no atendimento, sentiram-se mais seguros e conseguiram compreender melhor o desfecho do atendimento.

Um estudo realizado nos Estados Unidos explorou as percepções de famílias presentes durante atendimento de trauma pediátrico e as mesmas acreditavam que sua presença além de ser um direito, diminuiu a ansiedade do paciente e as ajudou a compreender as condições clínicas da criança. A maioria dos familiares relatou ter tido uma aproximação com a equipe de saúde por meio de questionamentos sobre o cuidado oferecido à criança ou fornecendo informações essenciais para o atendimento. Todas as famílias presentes optariam novamente por sua presença em um novo atendimento emergencial[23].

Correlacionando o desejo dos familiares estarem presentes durante o atendimento e a complexidade dos procedimentos realizados com a criança, famílias de um estudo espanhol expressaram maior conforto em estar presente nos procedimentos menos invasivos. Os familiares que já haviam passado por uma experiência de emergência anterior foram mais favoráveis à prática do que as demais famílias. Os motivos que as levaram a escolher estar presente durante o atendimento foram: propiciar conforto emocional à criança e diminuir angustia familiar. Já o motivo que as fizeram recusar o convite incluiu a possibilidade de interferirem na assistência ao paciente[12].

Os mesmos resultados revelados no estudo espanhol[12] foram apresentados por pais de crianças presentes em um pronto-socorro infantil da Arábia Saudita. As famílias foram indagadas se gostariam ou não de presenciar cenários hipotéticos de atendimento de emergência e o desejo foi inversamente proporcional ao grau de invasão do procedimento realizado. A principal razão para os pais desejarem estar presentes durante a realização de procedimentos invasivos foi diminuir a ansiedade da criança e, durante RCP, constatar os esforços de reanimação. A intolerância de assistir os procedimentos de emergência foi a principal causa citada para declinarem do convite de estar presente no atendimento[24].

1.2.5 Estudos observacionais

Não há estudos disponíveis na literatura que indiquem a interrupção da assistência ao paciente pelo fato de sua família estar presente durante a realização de procedimentos invasivos e RCP[23,25-27].

Avaliando o comportamento de familiares presentes durante atendimento de trauma pediátrico, um estudo[23] realizado nos Estados Unidos verificou que as principais ações das famílias presentes foram: estabelecer contato físico e/ou verbal com o paciente e prover conforto emocional para a criança.

Um segundo estudo[25], também realizado nos Estados Unidos, relatou a ocorrência de um familiar ter desmaiado durante o atendimento implicando em sua avaliação médica. Entretanto, essa intercorrência poderia ter sido evitada se o familiar tivesse sido avaliado por um profissional de saúde, que constatasse a contraindicação de sua presença no atendimento. As atitudes das famílias presentes no atendimento foram voltadas para tranquilizar o paciente; ajudar a restrição mecânica do paciente agitado e observar os procedimentos realizados.

Comparando a dinâmica de atendimento de trauma pediátrico com a família presente ou não, um outro estudo[26] norte-americano constatou que o tempo dispensado ao atendimento, assim como as ações realizadas pelos profissionais segundo os protocolos de atendimento do trauma, foram similares, independente da presença dos familiares no atendimento.

Um último estudo americano demonstrou que não houve alteração na habilidade técnica dos profissionais para realizar com sucesso procedimentos quando a família estava presente. Não houve diferença na taxa de sucesso de intubação traqueal pediátrica em situações que a família esteve ou não presente no atendimento[27].

1.2.6 Recomendações organizacionais

Os principais resultados[28] relacionados ao tema da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica indicam que:

- Não há evidência de que a presença da família seja em detrimento do paciente, família ou profissionais de saúde;

- Há pouca evidência de que a aceitação dos profissionais em ter a família presente nesses eventos tenha alguma questão cultural envolvida;
- Há evidência de que os profissionais sejam mais favoráveis à presença da família se um profissional for designado para estar ao lado dela, provendo informações e conforto;
- Os familiares devem receber a opção de estar presente nesses atendimentos;
- A prática deve ser ancorada em um protocolo institucional.

Com base nessas evidências, várias organizações[29-32] que respaldam a atuação dos profissionais de saúde e que preconizam as ações realizadas durante atendimentos de emergência, passaram a definir que as instituições de saúde devem propiciar condições para que as famílias estejam presentes nesses eventos, sendo essas condições a adoção de um protocolo e o treinamento de profissionais de saúde.

No que se refere ao atendimento de emergência pediátrica, as diretrizes assistenciais são definidas pelos protocolos da *Associação Americana de Cardiologia (American Heart Association)* que direciona as ações dos profissionais de saúde para o *Suporte de Vida Avançado em Pediatria (Pediatric Advanced Life Support)*. Desde 2005, esses protocolos ressaltam a importância em oferecer condições para as famílias estarem presentes durante o atendimento de emergência pediátrica[29].

No Brasil, as ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento de emergência pediátrica seguem os mesmos protocolos da *Associação Americana de Cardiologia*. Respaldando a prática do atendimento de emergência com a presença da família, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente que garante a permanência da família durante esse evento, a partir do momento em que determina que os estabelecimentos de saúde proporcionem condições para a permanência integral de um dos pais ou responsáveis[33].

1.2.7 Protocolos e treinamento de profissionais de saúde

A partir das evidências científicas apresentadas que indicam que a prática de incluir as famílias no atendimento de emergência pediátrica deve ser ancorada em um protocolo institucional, com foco no tema estudado, a utilização deste visa propiciar o acesso dos familiares ao paciente e assegurar a segurança da criança, equipe de saúde e família durante o

atendimento. A aplicação do protocolo deve ainda garantir que a presença da família não implique em interrupções do cuidado oferecido ao paciente. Como consequência positiva da prática, os profissionais de saúde passam a internalizar que também é sua atribuição acolher as famílias na ocorrência da situação emergencial[34].

Os protocolos que favorecem a presença da família no atendimento de emergência devem descrever os benefícios da prática a partir das perspectivas de pacientes, familiares e profissionais de saúde; estabelecer critérios para que as famílias sejam avaliadas a fim de garantir atendimento sem interrupções ou atrasos; definir regras contraindicativas para a permanência da família no atendimento; garantir que a presença da família seja uma opção para os familiares e não uma obrigação e delimitar as responsabilidades de um membro da equipe que deve assumir exclusivamente o papel de suporte familiar durante o atendimento[35].

Apesar das recomendações, poucas instituições já têm incorporado em sua realidade um protocolo que favoreça a presença da família no atendimento de emergência[35]**.** Este, por si só, não tem a capacidade de modificar as atitudes dos profissionais em relação as famílias durante o atendimento, é necessário sensibilizar e treinar profissionais de saúde, tanto para aplicarem o protocolo em sua prática profissional como para acolherem as famílias nas situações emergenciais[34].

É demonstrado em estudos realizados nos Estados Unidos que a sensibilização e treinamento de estudantes e profissionais de saúde acerca do tema da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP tem um impacto positivo sobre suas atitudes relacionadas às famílias e em sua confiança para realizar atendimentos de emergência com a família presente[36-38]. Um desses estudos[36] demonstrou ainda que, após receberem treinamento sobre a temática, os profissionais passaram a convidar com mais frequência as famílias para estarem ao lado do paciente durante a realização de RCP.

Comparando as percepções de profissionais que receberam treinamento acerca do tema da presença da família durante RCP com aqueles que não o receberam, dois estudos[37,38] foram realizados nos Estados Unidos. O grupo que recebeu o treinamento apresentou mais confiança em estar com a família presente em um atendimento de emergência e maior percepção dos benefícios dessa prática do que aqueles profissionais que não realizaram o treinamento.

Vale ressaltar que as mudanças nas percepções dos profissionais dependem também de sua sensibilização prévia ao tema. Um estudo[39] realizado na Austrália descreveu o impacto educacional nas perspectivas de profissionais de saúde em relação a presença da família durante

RCP: a maioria dos profissionais tinha percepções positivas à família antes do treinamento, o que acarretou pouca mudança de suas perspectivas relacionadas ao tema após a intervenção educacional.

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Não há registro na literatura de que as famílias sejam sistematicamente incluídas no atendimento de emergência pediátrica dos serviços hospitalares brasileiros. Apesar de existirem protocolos que favoreçam a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica, os estudos disponíveis não são realizados no Brasil. Sendo assim, é necessário o desenvolvimento de um protocolo adequado à realidade dos hospitais e às perspectivas de famílias e profissionais de saúde brasileiros ao tema da presença da família no atendimento de emergência pediátrica.

Considerando as evidências que apontam a inclusão das famílias durante o atendimento de emergência pediátrica como uma ação para a implantação do CCPF nos serviços de saúde.

Acreditando que as condições para que as famílias sejam inseridas nesse cenário incluem a aplicação de um protocolo que favorece a presença da família durante o atendimento de emergência e o treinamento de profissionais de saúde para a aplicação desse protocolo, este estudo tem como motivação os seguintes questionamentos:

- É possível que serviços de saúde brasileiros utilizem um protocolo que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar?
- A adoção institucional de um protocolo que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar garante que as famílias sejam inseridas nesse cenário?
- A aplicação na prática assistencial de um protocolo que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar garante um atendimento ininterrupto ao paciente?

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

Com base nos questionamentos acima descritos, este estudo tem como objetivos:

3.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS

- Elaborar um protocolo adequado aos serviços de saúde brasileiros, que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar;
- Avaliar como se dá a dinâmica de atendimento de emergência pediátrica com a aplicação do protocolo.

3.2 SECUNDÁRIOS

- Avaliar a percepção de profissionais de saúde à aplicação do protocolo que favorece a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar;
- Avaliar os registros de enfermagem no que tange à aplicação do protocolo.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo piloto do tipo descritivo observacional com o objetivo de testar um protocolo interventivo. O estudo piloto é uma versão em pequena escala de um estudo maior, não tendo como objetivo fornecer resultados conclusivos e sim avaliar a viabilidade da aplicação de uma intervenção antes de sua aplicação em um contexto mais amplo[40]. O estudo descritivo é utilizado para descrever um fenômeno que pouco se sabe, em que o pesquisador observa e descreve o evento[41].

A intervenção explorada no presente estudo é a aplicação de um protocolo que favorece a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar, na prática assistencial de um serviço de emergência pediátrica. As variáveis investigadas são referentes à fase analítica do estudo e serão apresentadas nos itens 4.4.2. e 4.4.3. do percurso metodológico.

O estudo foi realizado em três etapas distintas, segundo a figura a seguir:

Figura 1 - Etapas da realização do estudo

A primeira etapa do estudo **"Elaboração do Protocolo"** consistiu em uma fase teórica, realizada por meio de uma revisão de escopo, que objetivou resgatar na literatura protocolos que favoreçam a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar a fim de elaborar a versão inicial do protocolo brasileiro.

A segunda etapa **"Treinamento do Protocolo"** envolveu uma fase teórica, representada pela elaboração do conteúdo de treinamento e outra de intervenção, alcançada pela realização do treinamento de profissionais de saúde para aplicarem o protocolo em sua prática assistencial e acolherem famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica.

A última etapa do estudo denominada **"Aplicação do Protocolo"** foi realizada em três fases: uma de intervenção, definida pela aplicação do protocolo na prática assistencial de um serviço de emergência pediátrico; outra analítica, incluindo as análises da dinâmica de atendimento de emergência com a aplicação do protocolo, percepção dos profissionais à aplicação do protocolo em sua prática assistencial e registro de enfermagem no que tange as informações referentes a aplicação do protocolo; e finalmente uma fase teórica, consistindo na elaboração da versão final do protocolo.

As três etapas do percurso metodológico serão apresentadas e discutidas a seguir.

4.2 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

4.2.1 Revisão de escopo

A revisão de escopo é uma abordagem cada vez mais utilizada nas pesquisas em saúde com o objetivo de mapear conceitos amplos de uma área de pesquisa, determinando que tipo de evidência qualitativa e/ou quantitativa é disponível sobre a temática na literatura. O escopo desse tipo de revisão alcança ampla variedade de evidências científicas, de modo a transmitir a amplitude e profundidade do tema estudado. A realização da revisão de escopo é composta por cinco etapas[42], que serão apresentadas, associadas com o delineamento utilizado no presente estudo, a seguir:

1) Identificar a questão de pesquisa: a pergunta de pesquisa de uma revisão de escopo deve considerar o conceito estudado, população envolvida e resultado de saúde de interesse. Para incluir essas variáveis, pode ser utilizado o acrônimo PCC como norteador da construção da questão de pesquisa, sendo P, a população; C, o conceito estudado e o último C, o contexto. A questão de pesquisa que levou a realização da presente revisão foi: "Quais são as condições, ações e intervenções que favorecem a

presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar?", considerando-se como população: os pacientes pediátricos; o conceito: a presença da família e o contexto: o atendimento de emergência hospitalar;

2) Identificação de estudos relevantes: deve ser discutido previamente os critérios de inclusão e exclusão e definição dos critérios de busca adotados para a realização da revisão. As bases de dados utilizadas para a busca das evidências científicas do presente estudo foram: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), National Library of Medicine (Pubmed), Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCOPUS, The Joanna Briggs Institute (JBI), Periódico CAPES e Cochrane Library (Cochrane). Os critérios de inclusão para a busca dos artigos foram: publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português disponíveis para leitura e artigos que contivessem condições, ações ou intervenções que favoreçam a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar. Os estudos referentes a pacientes adultos foram mantidos, desde que abordassem concomitantemente o contexto pediátrico. Os descritores foram selecionados dos vocabulários DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), MeSH (Medical Subject Headings) e CINAHL. Para ampliar os mecanismos de busca foram também utilizadas palavras-chaves relevantes para a questão de estudo, selecionadas por meio de uma busca ativa de estudos sobre o tema da presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar. Os descritores (destacados em negrito no quadro) e palavras-chaves selecionados no idioma inglês para a realização da presente revisão são apresentados no quadro a seguir, segundo o acrônimo PCC.

Quadro 1 - Descritores e palavras-chaves utilizadas para busca das evidências científicas

Descritores e Palavras-chaves		
P	**C**	**C**
Child **Child, hospitalized** **Child, preschool** **Infant, newborn** **Adolescent** **Infant**	Family participation Family member presence Family presence Family-witnessed Parental presence Parents presence Parental participation	**Cardiopulmonary resuscitation** **Resuscitation** **Emergencies** **Invasive procedures** **Emergency treatment** Invasive medical procedures Emergency room Resuscitation attempts Resuscitation efforts Cardiopulmonary arrest

Os descritores e palavras-chaves foram combinados entre si com o recurso dos operadores booleanos "AND" entre as três colunas e "OR" dentro da própria coluna;

3) Seleção dos estudos: processo interativo, que se caracteriza pela pesquisa na literatura propriamente dita com o objetivo de selecionar os estudos que possam responder à questão de pesquisa. As condições, ações e intervenções que favoreçam a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar foram selecionadas manualmente nos artigos encontrados na literatura. As evidências foram incluídas ou excluídas da revisão após análise das publicações levantadas na seguinte ordem: título, resumo e leitura do texto em sua integra. Para ampliar a busca na literatura, as referências bibliográficas dos artigos incluídos na revisão foram examinadas com o objetivo de encontrar novos estudos relevantes para o tema estudado;
4) Estruturação dos dados: consiste em determinar quais variáveis devem ser extraídas dos estudos para responder à questão de pesquisa. Foi utilizado um instrumento para reunir as principais informações extraídas dos artigos incluídos na revisão, de modo que além de responder à pergunta de pesquisa, pudessem caracterizar os estudos. O instrumento incluiu as variáveis: título do estudo; ano e país de publicação; delineamento/objetivo do estudo e condições, ações ou intervenções que favorecem a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar;
5) Apresentação da síntese do conhecimento: deve ser realizada a análise temática e descritiva dos dados relacionados à pergunta de pesquisa e a descrição de como elas se relacionam com o objetivo do estudo. A apresentação das condições, ações e intervenções que favoreçam a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar foram apresentadas em categorias temáticas e variáveis numéricas.

4.2.2 Construção da versão inicial do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"

A versão preliminar do protocolo foi desenvolvida pelas pesquisadoras do presente estudo com base no guia para a construção de protocolos assistenciais sugerida pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo[43] e foi denominada **"Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"**.

Um protocolo na área de saúde é a descrição legal de uma situação específica de cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que se faz, quem faz e como

se faz, conduzindo os profissionais em suas decisões assistenciais. Configura-se como um alicerce para a prática assistencial, garantindo qualidade e consistência nas ações dos profissionais, além de definir o papel e a responsabilidade de cada um dos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente[43].

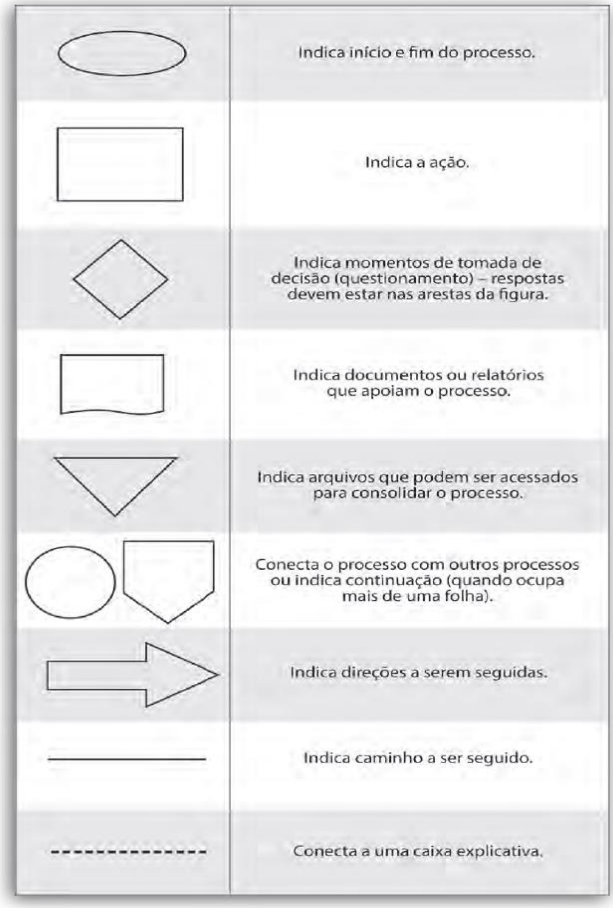
Os passos adotados para a elaboração do protocolo, segundo preconizado pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo[43], incluíram:

- Definição do objetivo: informa a situação e para qual tipo de paciente o protocolo será aplicado, além de definir o grupo de profissionais que o implementará na prática assistencial. O protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar" se destina à pacientes pediátricos submetidos a atendimento de emergência hospitalar e será aplicado por profissionais e estudantes de graduação na área de saúde, atuantes em situações de emergência pediátrica;
- Apresentação das evidências científicas: devem ser apresentadas aquelas que justificam as ações propostas no protocolo. As condições, ações e intervenções que favoreçam a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar, resultantes da revisão de escopo foram readequadas ao contexto de serviços hospitalares brasileiros. Para a readequação, foram consideradas as perspectivas de famílias e profissionais brasileiros em relação ao tema da presença da família em atendimento de emergência pediátrica, exploradas em pesquisas[10,21] prévias, realizadas pelas pesquisadoras do presente estudo. A aproximação entre os dados se deu pela discussão comparativa entre os resultados da presente revisão de escopo com as principais percepções ao tema, relatadas pelos profissionais de saúde e famílias brasileiras. Além disso, foram consideradas no ajustamento, questões pertinentes à legislação brasileira e às perspectivas das pesquisadoras;
- Grupo de desenvolvimento e revisão: deve incluir profissionais relevantes na temática do protocolo desenvolvido e na transmutação das evidências científicas para a prática clínica. O fluxograma inicial do protocolo (Apêndice 1) construído pelas pesquisadoras foi apresentado para um grupo composto por quatro enfermeiras, membros do Grupo de Estudos do Cuidado Centrado na Família (CCF) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Foi apresentado um roteiro (Apêndice 2) para que esse grupo apontasse em relação as ações do fluxograma quais deveriam permanecer, ser retirado ou modificado. Ainda havia a

possibilidade da inclusão de novas ações no fluxograma. A análise do fluxograma e preenchimento do roteiro, foi feito em conjunto pelo grupo e das 33 ações contidas nos fluxogramas, foi optado por manter nove (27,3%), retirar onze (33,3%) e alterar treze (39,4%). Não houve indicação de ações a serem incluídas no fluxograma. Após as modificações realizadas pelo grupo de enfermeiras, o novo fluxograma juntamente com o conteúdo da primeira versão do protocolo em sua íntegra (Apêndice 3) foi enviado por correio eletrônico para uma enfermeira experiente na metodologia de construção de protocolos. Essa enfermeira realizou apontamentos no próprio documento para a melhoria do protocolo, incluindo alteração do objetivo para implementar as melhores práticas que favoreçam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica; incluir a abrangência do protocolo para todas as situações de emergência pediátrica hospitalar; medir satisfação da família com a aplicação do protocolo e inserir indicadores de resultados, como índice da presença da família no atendimento de emergência, e os reenviou por correio eletrônico para a pesquisadora principal do estudo. As sugestões foram ponderadas pelas pesquisadoras para readequações e foi finalizada a segunda versão do protocolo (Apêndice 4). A ação de medir a satisfação da família com a aplicação do protocolo não foi incluída no presente estudo, mas considerada de extrema relevância na realização de futuros estudos;

- Protocolo e fluxograma: foram realizadas a descrição do protocolo em sua íntegra e um fluxograma com a representação esquemática do fluxo de informações e ações que favorecem a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar, contidas no protocolo. Os fluxogramas auxiliam os profissionais para aplicarem o protocolo em sua prática profissional, à medida que são representações rápidas e fáceis do protocolo. A construção do fluxograma seguiu as simbologias recomendadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo[43], conforme figura abaixo;

Figura 2 - Simbologias utilizadas para a construção de um fluxograma



Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo[43]

- Indicador de resultado: apresenta uma variável resultante de um processo, representando o que se pretende alcançar na prática assistencial com a aplicação do protocolo. Os indicadores incluídos no presente protocolo foram:

  a. **Famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica**, representada pelo número de famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica, conforme equação a seguir:

$$\frac{\text{número de famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica}}{\text{número de atendimentos de emergência pediátrica}}$$

b. **Interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica**, representada pelo número de interrupções da assistência ao paciente em decorrência da presença da família em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica com a presença da família, conforme equação abaixo:

$$\frac{\text{número de interrupções da assistência em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica}}{\text{número de atendimentos de emergência pediátrica com a presença da família}}$$

- Validação pelos profissionais: essa é uma etapa importante para garantir que o protocolo seja aceito e utilizado pelos profissionais de saúde na prática assistencial. Essa validação foi realizada ao se utilizar os resultados da percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo em sua realidade profissional como norteadores da construção da versão final do protocolo;
- Plano de implantação: prevê o treinamento de todos os profissionais que utilizarão o protocolo na prática assistencial. O treinamento do grupo de profissionais e alunos de graduação em saúde, que implementarão o protocolo na prática, é apresentado na próxima etapa do percurso metodológico.

4.3 TREINAMENTO PARA A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

4.3.1 Elaboração do treinamento

Treinamento é definido como a aquisição de atitudes, conhecimentos ou habilidades que resultam na melhoria do desempenho de profissionais em seu trabalho. Tem como objetivo desenvolver competências humanas em três esferas, sejam cognitiva, afetiva e/ou psicomotora. Os resultados de aprendizagem do domínio da competência cognitiva incluem atividades intelectuais no processo de aprendizagem; enquanto na esfera afetiva englobam atitudes,

valores, tendências emocionais e interesses e, por último, as atividades musculares no âmbito psicomotor[44].

A elaboração do treinamento para a aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar" foi denominado **"Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo"** e seguiu os passos do planejamento instrucional, sugeridos por Andrade e Abbad[44], que consistem em:

- Definição dos objetivos instrucionais: inclui a descrição de conhecimentos, habilidades ou atitudes que se pretendem que os profissionais tenham adquirido ao final do treinamento;
- Escolha da modalidade de treinamento: deve ser definida com base no perfil dos profissionais a serem treinados e nos objetivos instrucionais estabelecidos. As principais modalidades incluem o treinamento presencial, a distância e semipresencial;
- Estabelecer a sequência de objetivos e conteúdos: a sequência da apresentação do conteúdo do treinamento para os participantes deve ser definida a partir da hierarquia de resultados de aprendizagem, em que, primeiramente, as habilidades mais simples devem ser ensinadas e servirão de pré-requisito para a aquisição das próximas aptidões;
- Selecionar os procedimentos instrucionais: incluem as técnicas, métodos e abordagens utilizadas para que os objetivos instrucionais sejam alcançados e o conteúdo de aprendizagem transmitido para os participantes. Devem ser adequadas as competências humanas a que pertencem os objetivos instrucionais, características dos profissionais treinados e contexto em que se dará o treinamento;
- Definir critérios de avaliação de aprendizagem: devem ser condizentes com o objetivo instrucional e podem se referir a conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas no treinamento.

O plano de desenvolvimento do treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo", segundo os passos do planejamento instrucional sugeridos por Andrade e Abbad[44], é apresentado no quadro a seguir:

Quadro 2 - Planejamento instrucional do treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo"

Nome do Treinamento: "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo"

Objetivo Geral:

- Capacitar alunos de graduação e profissionais de saúde atuantes em pediatria hospitalar para a aplicação na prática assistencial do protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar".

Objetivos Específicos:

- Capacitar alunos de graduação e profissionais de saúde atuantes em pediatria hospitalar para darem suporte a família presente no atendimento de emergência.

Público Alvo:

- Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Alunos/Residentes de Enfermagem, Médicos e Alunos/Residentes de Medicina

Modalidade de Entrega do Treinamento:

- Presencial

Tempo previsto de Treinamento:

- 1 hora e 30 minutos, em um único encontro

Instrutor:

- Pesquisadora do estudo

Conteúdo do treinamento:

Domínio de competência	Conteúdo	Abordagem instrucional	Meio instrucional	Tempo previsto
Cognitivo	Apresentar objetivos e conteúdo da programação do treinamento Aplicar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Exposição oral	Material impresso	5 minutos
Cognitivo	Descrever aspectos relevantes sobre o tema da presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar	Exposição oral	Slides	15 minutos
Cognitivo	Apresentar o Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"	Exposição oral	Slides	40 minutos
Afetivo	Discutir o tema da presença da família no o atendimento de emergência pediátrica hospitalar	Discussão em grupo*	Conversação proposital	30 minutos

*Perguntas-chaves utilizadas para incitar a discussão em grupo:
1) Que perguntas vocês teriam em relação ao que foi discutido até agora?
2) Vocês se sentem confiantes para aplicar o protocolo em sua prática assistencial?

As perguntas-chaves utilizadas foram apenas com o objetivo de incitar a discussão em grupo e esclarecer dúvidas dos participantes. Não foi aplicada avaliação específica de aprendizagem aos participantes ao término do treinamento, consideraram-se as avaliações da dinâmica de atendimento e das perspectivas dos profissionais ao conteúdo do protocolo como os resultados pretendidos para esse fim.

4.3.2 Treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo"

O treinamento foi realizado com profissionais e alunos de graduação em saúde atuantes no Pronto-Socorro Infantil (PSI) do HU-USP. Esta instituição é um hospital de ensino que tem como missão desenvolver atividades de ensino, pesquisa em saúde e assistência hospitalar de nível secundário, preferencialmente às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da Comunidade Universitária da USP. O PSI do HU/USP é responsável pelo atendimento de crianças desde seu nascimento até os quatorze anos de idade em situações de urgência e emergência. O local conta com sala própria para atendimento de emergência, que comporta no máximo um paciente atendido por vez. Apesar de não contar com protocolo que favorece a presença da família durante as situações de emergência, essa é uma prática que acontece com frequência no local de estudo, mas que depende das atitudes dos profissionais envolvidos no atendimento.

Os participantes convidados pela pesquisadora principal para realizar o treinamento incluíram todos os profissionais - auxiliares/técnicos de enfermagem, enfermeiros, residentes de enfermagem, médicos e residentes de medicina - atuantes no PSI durante os ciclos de treinamento realizados. O período que foi realizado o treinamento, em julho de 2017, coincidiu com a época de férias escolares, desse modo não houve convite e participação de estudantes de graduação em enfermagem e medicina nessa etapa do estudo.

O convite foi feito pessoalmente ao público-alvo com anuência das chefias de enfermagem e médica. Foi afixado um cartaz com os dias e horários de treinamento a contemplar todos os turnos de trabalho, em local de acesso a todos os profissionais, no próprio local de estudo. A previsão era realizar o treinamento com 56 profissionais (23 da equipe médica e 33 da equipe de enfermagem) atuantes no local de estudo durante o período previsto de treinamento, entretanto houve limitação para a participação da equipe médica – médicos e

residentes – devido à escassez de recursos humanos para realizar o treinamento no horário de trabalho e a não aderência desses profissionais ao treinamento realizado em hora que não seja sua jornada laboral.

Nenhum membro da equipe médica realizou o treinamento e o mesmo se deu somente com a equipe de enfermagem – enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e residentes de enfermagem. Foram realizados sete ciclos de treinamento para 26 profissionais da equipe de enfermagem (78,8% dos participantes de enfermagem previstos inicialmente). Em relação à categoria profissional dos participantes, seis eram enfermeiros (correspondendo a 85,7% do quadro de enfermeiros do local de estudo), quatorze auxiliares ou técnicos de enfermagem (representando 77,8% do quadro de auxiliares/técnicos do local de estudo) e seis residentes de enfermagem (equivalente a 75% das residentes de enfermagem que estavam no local de estudo no período de treinamento). Não houve recusa da equipe de enfermagem para participar do treinamento - as ausências (21,2%) foram referentes a férias e licenças médicas no período em que o treinamento foi aplicado.

Preferencialmente, o treinamento foi realizado dentro do horário de trabalho de cada participante e, na impossibilidade, as horas referentes ao treinamento (90 minutos) foram computadas no controle de compensação de horas de cada funcionário, com anuência da chefia de enfermagem.

Os profissionais que participaram do treinamento receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinadas pela pesquisadora. Uma das vias foi devolvida assinada pelo participante à pesquisadora e a outra permaneceu sob sua guarda. Todos receberam certificado da participação no treinamento, emitido pelo Serviço de Ensino e Qualidade pertencente ao Departamento de Enfermagem da Instituição.

A chefia médica recebeu o protocolo em sua integra por correio eletrônico e a pesquisadora se colocou disponível para esclarecimentos em relação ao material enviado para leitura, ficando acordado com a chefia o repasse do material para os demais membros da equipe médica. A equipe de enfermagem que não participou do treinamento foi orientada quanto as ações indicadas no protocolo no decorrer da sua aplicação na prática assistencial.

4.4 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

4.4.1 Aplicação do protocolo na prática assistencial

Após o término do treinamento aplicado aos profissionais de saúde, o protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar" foi introduzido na prática assistencial do local de estudo, ficando sob a responsabilidade dos enfermeiros treinados o compromisso de relembrar o restante da equipe multiprofissional de aplicar o protocolo a cada situação emergencial. A aplicação do protocolo ocorreu entre os meses de agosto a setembro de 2017.

A pesquisadora principal, enfermeira do local de estudo, assumiu a função de facilitar a aplicação do protocolo na prática assistencial. O papel da pesquisadora consistiu em discutir com a equipe multiprofissional as dificuldades encontradas durante a aplicação do protocolo, esclarecendo a sequência de ações necessárias para introduzir e acolher as famílias dentro do atendimento, de modo a nortear as ações da equipe de saúde.

Até a aplicação do protocolo, os atendimentos de emergência no local de estudo eram considerados somente aqueles atendidos na sala de emergência. Entretanto, pelo fato da sala de emergência comportar somente um paciente, as situações emergenciais sempre ocorreram também no setor de observação do local de estudo. Considerando que os profissionais de um serviço de emergência sempre estão a postos para os atendimentos desta natureza e, diante seu acontecimento, voltam sua atenção para a assistência de um único paciente, optou-se para a realização do presente estudo, a aplicação do protocolo em todos os atendimentos de emergência sucedidos no local de estudo, independentemente do local de sua ocorrência.

Adotou-se como definição para as situações de emergência a estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina, que diz que é a "constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso para o paciente, exigindo, portanto, tratamento médico imediato"[7]. Todos os profissionais atuantes no local de estudo foram esclarecidos sobre a incorporação dessa definição para a aplicação do protocolo.

Os atendimentos de emergência eram registrados pelo enfermeiro em um instrumento específico denominado **"Movimentação de Pacientes na Sala de Emergência do Pronto-Socorro Infantil"** (Apêndice 5), que contava com dados relacionados à caracterização do

paciente e do atendimento em si. O impresso era preenchido pelo enfermeiro ou residente de enfermagem durante o atendimento e servia em seu final como base de informações para que a prescrição médica e os registros no prontuário do paciente pudessem ser realizados com acurácia. Entretanto, esse impresso não compunha o prontuário do paciente, permanecendo arquivado no local de estudo para futuras consultas.

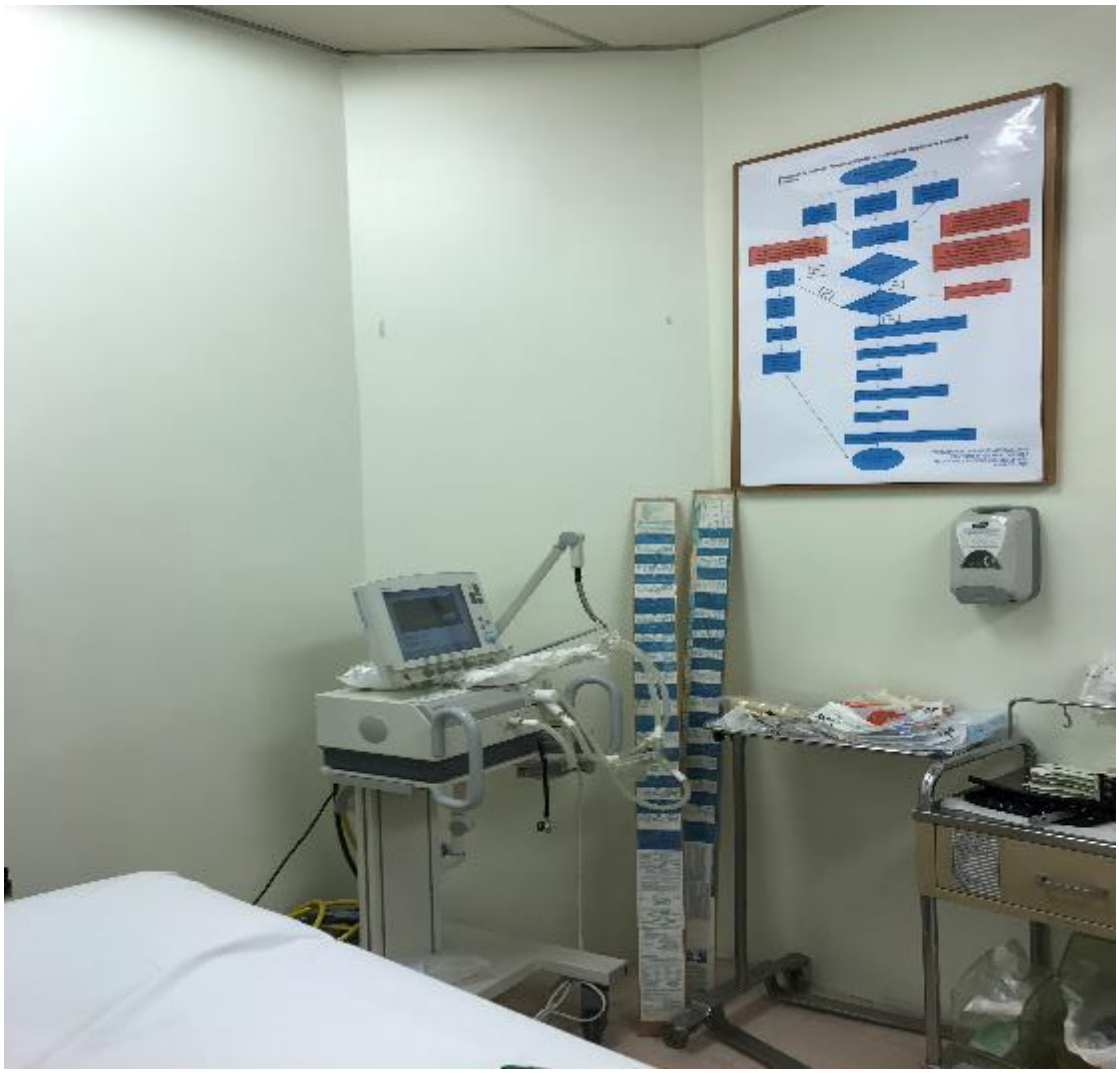
Para o presente estudo, esse instrumento foi reformulado de modo a permitir a inclusão de aspectos relacionados a aplicação do protocolo no atendimento. Além disso, foram incluídas novas variáveis relacionadas à caracterização do atendimento e do paciente. O novo impresso foi denominado **Dinâmica do Atendimento com a Aplicação do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"** (Apêndice 6).

As ações presentes no protocolo que não eram pertinentes ao local do estudo, como a contraindicação da presença da família em caso de atendimento simultâneo de pacientes – que no local de estudo não ocorre – e designação de psicólogo ou líder religioso como profissional de suporte familiar – profissionais indisponíveis no local de estudo – não foram incluídos no novo instrumento, por se tratar de um instrumento para coleta específica de dados no local estudado.

Todos os enfermeiros e residentes de enfermagem atuante no local de estudo receberam orientação individual e prévia quanto ao novo instrumento, permanecendo sob sua responsabilidade o preenchimento durante o período de coleta de dados. A pesquisadora do estudo se colocou disponível para solucionar questões relacionadas ao preenchimento da nova ferramenta.

O protocolo em sua íntegra ficou disponível no desktop do computador principal da unidade, em local de fácil acesso para todos os profissionais. Relembrando, ainda, que a chefia médica recebeu o protocolo por correio eletrônico e ficou responsável em divulga-lo também eletronicamente para os demais membros de sua equipe. O fluxograma do protocolo foi afixado, conforme ilustração abaixo, ao lado dos demais diagramas de Suporte Avançado de Vida em Pediatria, o qual direciona as ações dos profissionais de saúde nas situações emergenciais[29], existentes na sala de emergência do local de estudo.

Figura 3 - Fluxograma do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo" afixado na sala de emergência do PSI do HU/USP



Fonte: arquivo pessoal

4.4.2 Avaliação da dinâmica do atendimento de emergência com a aplicação do protocolo

A avaliação da dinâmica do atendimento de emergência com a aplicação do protocolo consistiu na análise das variáveis do instrumento **Dinâmica do Atendimento com a Aplicação do Protocolo Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"** (Apêndice 6). Foram analisados todos os instrumentos aplicados na prática assistencial do local de estudo entre os meses de agosto a setembro de 2017.

As variáveis categóricas do instrumento que foram submetidas a análise descritiva em relação a frequência e percentual do evento incluíram:

- Sexo do paciente;
- Local do atendimento;
- Causa do atendimento;
- Destino do paciente;
- Procedimentos realizados;
- Medicamentos administrados;
- Se a família estava presente no hospital quando ocorreu o atendimento de emergência;
- Se um membro da equipe foi designado exclusivamente para ser suporte da família durante o atendimento. E, em caso de resposta afirmativa, qual categoria profissional ou de graduação o profissional de suporte pertencia;
- Se houve critérios impeditivos para a presença da família no atendimento;
- Se a família aceitou o convite para estar presente no atendimento. E, em caso de resposta afirmativa, quantos familiares permaneceram no atendimento e qual o grau de parentesco do familiar presente no atendimento com o paciente;
- Se a família foi retirada em algum momento do atendimento;
- Se a família optou por sair do atendimento em algum momento; e
- Se houve interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento.

As variáveis numéricas idade do paciente - tempo de duração do atendimento e quantidade de medicações aplicadas por paciente - foram analisadas em relação à média e intervalos mínimos e máximos.

Foi realizado correlação estatística e aplicação do teste exato de Fisher, considerando-se $p<0,05$ como associação de dependência estatisticamente positiva, para as variáveis:

- Se houve designação de um membro da equipe para ser suporte familiar com:

  1) Se a família aceitou o convite para estar presente no atendimento;

2) Se a família foi retirada do atendimento em algum momento;

3) Se a família optou por sair do atendimento em algum momento;

- Categoria profissional ou de graduação do profissional designado como suporte familiar com:

  1) Se a família aceitou o convite para estar presente no atendimento;

  2) Se a família foi retirada do atendimento em algum momento;

  3) Se a família optou por sair do atendimento em algum momento;

- Se a família foi retirada pelos profissionais de saúde em algum momento do atendimento com:

  1) Tipo de procedimento realizado no atendimento;

  2) Número de familiares presentes no atendimento;

  3) Grau de parentesco do familiar presente com o paciente;

- Se a família optou por sair em algum momento do atendimento com:

  1) Tipo de procedimento realizado no atendimento;

  2) Número de familiares presentes no atendimento;

  3) Grau de parentesco do familiar presente com o paciente.

As variáveis RCP como tipo de procedimento realizado no atendimento e se houve interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença de sua família no atendimento não ocorreram no período de coleta de dados e foram excluídas da análise estatística.

Embora contivessem as variáveis número de tentativas que os profissionais dispensaram para a obtenção dos procedimentos intubação traqueal, intraóssea e punção venosa periférica no instrumento de avaliação da dinâmica do atendimento de emergência, esses dados não foram considerados na análise, pois a maioria dos registros não foi realizado pelo enfermeiro.

Os indicadores de resultado da aplicação do protocolo na prática assistencial: “famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica” e “interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica”, apresentadas no item 4.2.2 da metodologia, foram analisadas por frequência percentual.

4.4.3 Avaliação da percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo

Ao término do período de aplicação do protocolo na prática assistencial, os profissionais de saúde atuantes no local de estudo foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para preencher o instrumento denominado **Percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento hospitalar de emergência pediátrica"** (Apêndice 7), independente de terem participado do treinamento ou aplicado o protocolo em sua prática clínica. Esse instrumento teve como objetivo avaliar a percepção dos participantes à aplicação do protocolo.

O critério de inclusão para os participantes foi ser auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeiro, residente de enfermagem ou médico e atuar no local de estudo durante o período da entrega do instrumento, correspondente ao mês de outubro de 2017. Optou-se pela exclusão dos residentes de medicina, pois foi observado no período de coleta de dados que os mesmos não tiveram aproximação com o conteúdo do protocolo, diferente do que aconteceu com os médicos. Foi prevista a entrega de cinquenta instrumentos (17 médicos e 33 profissionais da equipe de enfermagem), entretanto, pelo absenteísmo representado por licenças médicas e férias durante o período de coleta de dados, foram entregues somente 43 questionários (86% da previsão inicial).

Os profissionais que não participaram do treinamento receberam o mesmo TCLE aplicado na etapa anterior. O TCLE foi assinado pela pesquisadora em duas vias; uma permaneceu com o participante e a outra devolvida assinada à pesquisadora. Já os profissionais que haviam assinado o TCLE na ocorrência do treinamento, foram dispensados de novo consentimento. Entretanto foram esclarecidos que a participação nessa nova etapa do estudo era opcional e consistia em preencher o instrumento entregue.

Foi combinado com cada participante a devolução do instrumento no prazo de uma semana. A devolução foi realizada a critério dos participantes diretamente para a pesquisadora ou em um envelope disposto na sala de chefia de enfermagem em local de acesso a todos os profissionais.

As variáveis categoria profissional; tempo de formação profissional; tempo de atuação em serviço de emergência pediátrica; participação no treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo"; leitura do protocolo; participação de atendimento de emergência com a aplicação do protocolo e

confiança para aplicar o protocolo em sua prática profissional foram analisadas por frequência percentual.

Foi realizada correlação estatística e aplicação do teste exato de Fisher, considerando $p<0,05$ como associação de dependência para as variáveis:

- Confiança em aplicar o protocolo na prática profissional com:

1) Categoria profissional;
2) Tempo de formação profissional;
3) Tempo de atuação em serviço de emergência pediátrica;
4) Realização do treinamento;
5) Leitura do protocolo quando não realizado o treinamento;
6) Participação de um atendimento de emergência com a aplicação do protocolo;

- Participação de um atendimento de emergência com a aplicação do protocolo com:

1) Realização do treinamento;
2) Leitura do protocolo quando não realizado o treinamento.

As respostas dadas pelos participantes às questões qualitativas "Como você vê a aplicabilidade do protocolo na prática assistencial do pronto-socorro infantil do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo?" e "Após ter aplicado o protocolo na sua prática assistencial ou apenas realizar a leitura deste protocolo, quais sugestões de modificação você tem a fazer do mesmo?" foram apresentadas de modo descritivo, com ilustrações das frases descritas pelos profissionais.

Já as questões "Na sua prática assistencial, quais as dificuldades que você percebe para aplicar o protocolo?" e "Agora em relação as facilidades, quais você percebe para aplicar o protocolo na sua prática assistencial?" foram transcritas e analisadas por conteúdo, segundo Bardin[45]. A análise de conteúdo de Bardin se organiza em três momentos[45], descritos a seguir:

- Pré-análise: representa a aproximação do pesquisador com os documentos a serem analisados, em que ele realiza a formulação de hipóteses, objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a intepretação final;

- Exploração do material: consiste na classificação e agregação das informações em categorias simbólicas. Os documentos são recortados em unidades de registros e as palavras-chaves identificadas. Essas unidades de registro são agrupadas a partir dos temas semelhantes em uma categoria inicial, que representa as primeiras impressões

do pesquisador aos documentos analisados. O processo de agrupamento das categorias em temas prossegue até os agrupamentos se esgotarem em uma categoria final. A partir daí, inicia-se um processo inferencial, em que o pesquisador busca compreender o significado de cada categoria;

- Tratamento de resultados e intepretação: expressa-se pela análise comparativa entre as categorias finais, considerando-se suas semelhanças e diferenças.

4.4.4 Análise dos registros de enfermagem

Após a finalização do período de aplicação do protocolo na prática assistencial, os prontuários dos pacientes incluídos na coleta de dados do item 4.4.2. foram analisados individualmente a fim de investigar o registro da aplicação do protocolo. Os prontuários foram solicitados para o serviço de arquivamento de prontuários da Instituição.

Foram analisadas as anotações de enfermagem, sendo este o impresso utilizado pelos enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, residentes de enfermagem e alunos de enfermagem para registrar a ocorrência de emergência no local de estudo.

O conteúdo dos registros analisados incluiu:

- Se houve a designação de um membro da equipe para ser suporte da família durante o atendimento;
- Se a família esteve presente no atendimento;
- Se houve critérios impeditivos para a presença da família no atendimento;
- Se a família foi retirada do atendimento pelos profissionais;
- Se a família optou por sair do atendimento em algum momento;
- Se houve interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família.

Todo o conteúdo analisado no prontuário do paciente foi abordado no treinamento realizado com os profissionais de saúde e a ação do registro no prontuário do paciente está descrita no protocolo. Optou-se por não analisar os registros médicos em decorrência desses

profissionais não terem participado do treinamento e, portanto, não terem se apropriado desse conteúdo.

A análise de cada um dos conteúdos registrado no prontuário foi realizada por meio de frequência percentual.

4.4.5 Elaboração da versão final do protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"

Os resultados das análises dos instrumentos **Dinâmica do Atendimento com a Aplicação do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"** (Apêndice 6) e **Percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento hospitalar de emergência pediátrica"** (Apêndice 7) serviram como norteadores para a realização de ajustes da versão final do protocolo.

As pesquisadoras avaliaram as considerações realizadas pelos profissionais em relação ao conteúdo do protocolo e às necessidades de modificações percebidas após a aplicação na prática assistencial do local de estudo para incluírem ou retirarem ações em sua versão final.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi respeitada toda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)[46]. O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da EEUSP, inicialmente intitulado como "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica: elaboração de um protocolo e dinâmica de atendimento" sob o parecer consubstanciado 1.969.858 (Anexo 1) e do HU/USP, sob o parecer consubstanciado 2.037.877 (Anexo 2).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 REVISÃO DE ESCOPO

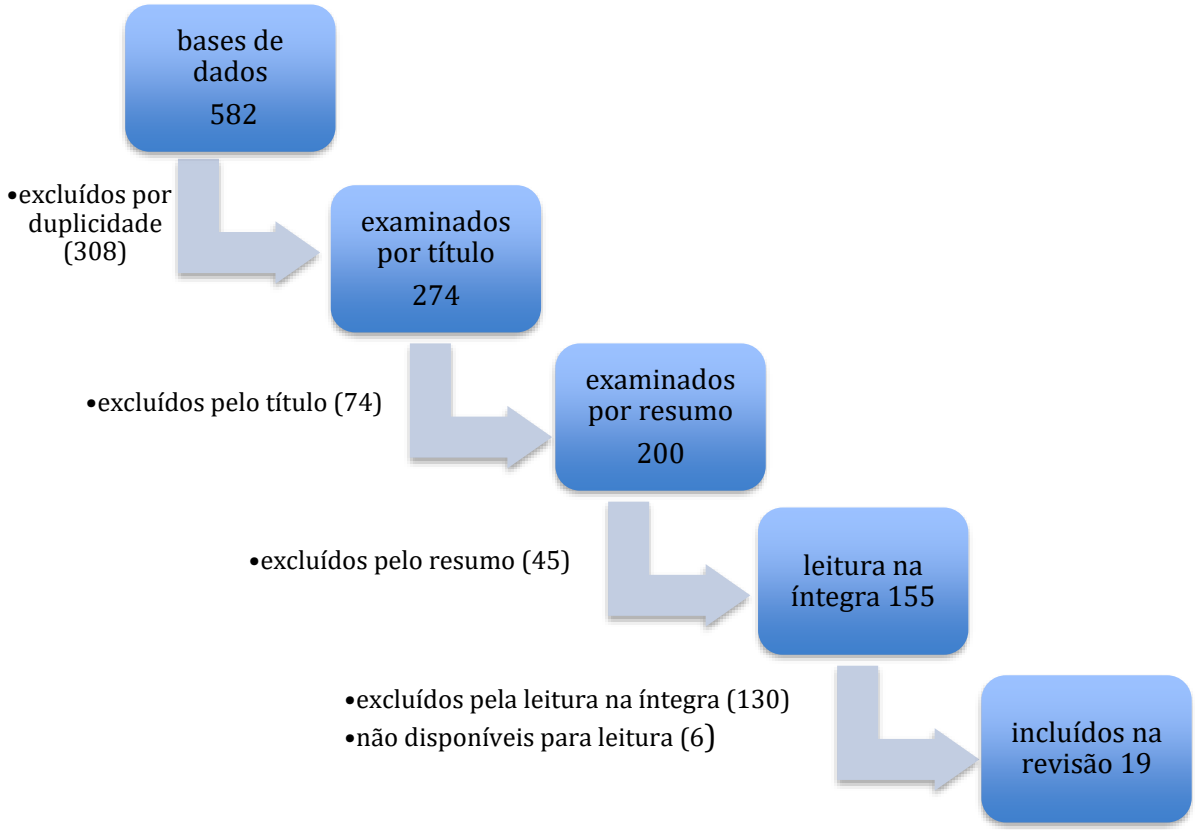
Foi encontrado nas bases de dados selecionadas um total de 582 artigos, conforme descrição do quadro abaixo.

Quadro 3 - Artigos selecionados nas bases de dados

Base de Dados	Artigos
SCOPUS	**156**
Web of Science	**109**
CINAHL	**97**
BVS	**96**
Pubmed	**92**
Periódico Capes	**14**
JBI	**11**
Cochrane	**7**
Total	**582**

Os artigos foram avaliados e excluídos com base na pertinência dos critérios de inclusão previamente estabelecidos, em relação a seus títulos, resumos e leitura do texto na íntegra, finalizando dezenove artigos incluídos na revisão, conforme fluxograma de PRISMA[47], apresentado a seguir:

Figura 4 - Fluxograma dos artigos incluídos e excluídos na revisão



Devido à relevância do assunto apresentado, foram incluídos mais dois artigos encontrados nas referências dos estudos incluídos na revisão, finalizando um total de 21 artigos.

Os estudos excluídos não se referiam ao tema estudado; não continham as condições, ações e/ou intervenções que favoreçam a presença da família em atendimento de emergência ou se referiam exclusivamente ao cenário de emergência de pacientes adultos.

Para facilitar a apresentação dos estudos incluídos na revisão, os mesmos são apresentados no quadro a seguir de acordo com seu título, ano e país de publicação, delineamento/objetivo do estudo e resultados relacionados as condições, ações e intervenções que favoreçam a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar.

Quadro 4 - Apresentação dos artigos incluídos na revisão

Título, Ano e País de publicação	Delineamento/ Objetivo do estudo	Condições, ações e intervenções que favoreçam a presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar
1. Opening the doors: family presence during resuscitation[48] 1996 Estados Unidos	Revisão sobre o tema da presença da família durante reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. Se uma criança desejar estar presente no atendimento, avaliar seu nível de desenvolvimento, experiência prévia com situações de emergência e estratégias de enfrentamento. Se apta a estar presente, deve ser acompanhada por um profissional de suporte. Se houver discordância da família sobre quem estará presente no atendimento, definir embasado em questões legais sobre a prioridade entre os familiares. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. A equipe envolvida no atendimento deve concordar com a presença da família. O médico decide quando a família pode entrar no local de atendimento. Um membro da equipe (enfermeiro, capelão, assistente social ou outro profissional de saúde) previamente treinado deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Avaliar se é apropriado convidar a família para estar presente no atendimento. Reconhecer o que a família sabe sobre o estado do paciente, experiência prévia com situações similares e estratégias de enfrentamento que utiliza em situações difíceis. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: instabilidade emocional extrema, estado mental alterado, intoxicação ou agressividade; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que recusar o convite para estar presente deve ser respeitada em sua decisão e assistida por um membro da equipe multiprofissional; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento e condições do paciente; • Posicionar os familiares próximos ao paciente. Incentivar contato físico e verbal, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento, respostas e resultados esperados e oferecer medidas de conforto; • Reconhecer necessidades emocionais e psicossociais dos familiares. Se possível prover assistência financeira e espiritual; • Informar que poderão ser retirados do atendimento se interrupção da assistência ou desgaste emocional. Se necessário pedir auxílio para equipe de segurança; • Em caso de óbito, a família deve ser incentivada a se despedir do paciente e receber informações sobre questões legais a serem resolvidas.
2. Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a pediatric intensive care unit[49] 1998 Reino Unido	Pesquisa exploratória com o objetivo de verificar a percepção de profissionais atuantes em terapia intensiva pediátrica relacionadas a presença dos pais durante reanimação cardiopulmonar.	Um membro da equipe deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Informar os familiares que podem entrar e sair do atendimento quando desejarem; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica do atendimento e condições do paciente; • Incentivar contato físico, quando possível; • Informar que poderão ser retirados do atendimento se houver interrupção da assistência. Caso interferência na decisão médica de encerrar ou prosseguir com os esforços de reanimação, explicar as razões das condutas tomadas. A decisão de parar com os esforços de reanimação deve ser sempre realizada pela equipe responsável pelo atendimento.
3. Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice[50] 2005 Estados Unidos	Revisão integrativa da literatura de estudos sobre as percepções de profissionais de saúde e famílias em relação ao tema da presença da família durante	A família é definida como responsável legal ou alguém que tenha um vínculo afetivo ou legal com o paciente. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. Um membro da equipe (capelão, assistente social, enfermeiro ou médico) não envolvido diretamente na assistência ao paciente, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Avaliar se a família tem condições de estar presente no atendimento sem causar interrupção da assistência ou perigo para si mesma;

	reanimação cardiopulmonar pediátrica, publicados entre 1999 e 2003. Apresenta políticas e ações que favorecem a presença da família durante reanimação cardiopulmonar.	• Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que recusar o convite para estar presente deve receber informações sobre o atendimento e condições do paciente; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica do atendimento e as condições do paciente; • Posicionar os familiares de modo a não causarem obstrução da assistência; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento, respostas apresentadas pelo paciente e propiciar oportunidades para questionamentos; • Ser a interface de comunicação entre família e equipe responsável pelo atendimento; • Discutir sobre os desfechos do atendimento.
4. Family presence: making room[51] 2005 Estados Unidos	Relato de experiência da construção e uso de um protocolo que favorece a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar pediátrica.	O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. O médico responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe multiprofissional (enfermeiro, assistente social, capelão ou médico) deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Avaliar o comportamento e enfrentamento dos familiares para definir se é apropriado que sejam convidados para estar presente no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: instabilidade emocional extrema, estado mental alterado, agressividade ou suspeita de abuso; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar em não estar presente deve ser respeitada em sua decisão; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre o que irão presenciar, as condições do paciente e a importância do suporte familiar; • Posicionar familiares no local de atendimento e oferecer equipamento de proteção individual, quando apropriado. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: prover oportunidades para questionamentos e oferecer medidas de conforto; • Após visita ao paciente, levar familiares para uma sala de espera e avaliar necessidades psicossociais. Solicitar suporte do serviço social, quando indicado; • Informar que o cuidado ao paciente é a prioridade, e que poderão ser retirados do atendimento em situações de interrupção, desmaio ou abalo emocional intenso. Garantir cuidado médico aos familiares, quando necessário; • Discutir sobre os desfechos do atendimento. A equipe responsável pelo atendimento deve auxiliar o profissional de suporte no cuidado à família.
5. Family presence in emergency medical services for children[52] 2006 Estados Unidos	Revisão não sistemática sobre o tema da presença da família em atendimentos de emergência pediátrica.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. O médico responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe (capelão, assistente social, enfermeiro ou médico) previamente treinado deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Avaliar o comportamento dos familiares para definir se é apropriado que sejam convidados para estar presente no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: instabilidade emocional, agressividade, estado mental compatível com intoxicação ou suspeita de abuso; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar em não estar presente deve ser respeitada em sua decisão e receber informações sobre o paciente; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica do atendimento, as condições e respostas apresentadas pelo paciente e a importância do suporte familiar; • Posicionar familiares e oferecer equipamento de proteção individual, quando apropriado. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível;

		• Durante o atendimento: fornecer explicações sobre o atendimento, respostas e resultados esperados, propiciar oportunidades para questionamentos e oferecer suporte emocional e medidas de conforto; • Após visita ao paciente, levar familiares para uma sala de espera e avaliar necessidades emocionais e psicossociais. Solicitar suporte do serviço social, quando indicado; • Informar que o cuidado ao paciente é a prioridade e que poderão ser retirados do atendimento em situações de interrupção da assistência, desmaio ou abalo emocional intenso. Garantir cuidado médico necessário aos familiares; • Em caso de óbito, a família deve ser informada sobre o que irá presenciar, incentivada a se despedir do paciente o tempo que desejar e receber informações sobre questões legais a serem resolvidas. Prover suporte espiritual quando possível; • Discutir sobre os desfechos do atendimento. A equipe responsável pelo atendimento deve auxiliar o profissional de suporte no cuidado à família.
6. Report of the national consensus conference on family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation and procedures[53] 2006 Estados Unidos	Recomendações de organizações norte americanas em relação ao tema da presença da família durante a realização de procedimentos e reanimação cardiopulmonar pediátrica.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. A família é definida como uma pessoa com uma relação significativa ou consanguínea com o paciente, especialmente os pais ou responsáveis legais. As contraindicações para a presença da família incluem: suspeita de crime ou abuso, agressividade, instabilidade emocional extrema, estado mental alterado, comportamento condizente com intoxicação, discordância entre os familiares, ameaça a segurança da equipe de saúde e membros da família menores que dezoito anos de idade. Deve ser documentada a razão pela qual os familiares não receberam a opção de estar presente no atendimento.
7. Family presence during pediatric trauma team activation: an assessment of a structured program[54] 2007 Estados Unidos	Estudo transversal com o objetivo de avaliar a opinião de profissionais de saúde e dinâmica de atendimento com a aplicação de um plano que permite a presença da família durante trauma pediátrico.	Um membro da equipe (assistente social, enfermeiro, clérigo ou outro profissional) previamente treinado deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Avaliar o comportamento dos familiares para definir se é apropriado que sejam convidados para estar presentes no atendimento. Os comportamentos que contraindicam que a presença da família incluem: ameaça, agressividade, histeria, estado mental alterado e comportamento compatível com intoxicação. Para respeitar a confidencialidade do paciente, a presença da família também é contraindicada em atendimentos simultâneos; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e oferecer suporte emocional. A presença ou não da família no atendimento deve ser documentada.
8. Evidence-based guidelines for family presence in the resuscitation room: a step-by-step approach[55] 2007 Estados Unidos	Relato de experiência da aplicação de um protocolo que favorece a presença da família durante atendimento de emergência pediátrica em um pronto-socorro.	A família é definida como uma pessoa que tenha qualquer tipo de relacionamento com o paciente. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois, exceto em caso de paciente não responsivo aos esforços de reanimação. O médico responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe (enfermeiro, assistente social ou capelão) previamente treinado e não envolvido no atendimento deve ser designado para ser suporte da família e obrigatoriamente permanecer a seu lado. O enfermeiro responsável pelo atendimento deve delegar quem assumirá esse papel. Esse profissional será responsável por: • Avaliar experiência prévia com situações similares e comportamento da família para definir se é apropriado que seja convidada para estar presente no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: não cooperação, agressividade, instabilidade emocional extrema, histeria, estado mental alterado, intoxicação, suspeita de abuso ou crime. Para respeitar a confidencialidade do paciente, a presença da família também é contraindicada em atendimentos simultâneos; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. Esclarecer que podem entrar e sair quando desejarem; • Comunicar médico responsável pelo atendimento quando a família decidir pela sua presença;

		• Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento e condições do paciente; • Posicionar os familiares próximo a porta do local de atendimento, de modo a deixar a área assistencial livre. Após avaliação secundária do paciente, a família poderá ser posicionada à beira do leito, quando autorizado pelo médico. Incentivar contato verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento, respostas apresentadas pelo paciente, propiciar oportunidades para questionamentos e oferecer medidas de conforto; • Avaliar a necessidade de intérprete; • Informar que o cuidado ao paciente é a prioridade e poderão ser retirados do atendimento em situações de interrupção, limitação de espaço ou se necessitarem de cuidado médico. Garantir cuidado médico aos familiares, quando necessário. Caso interferência na decisão médica de encerrar ou prosseguir com os esforços de reanimação, explicar as razões das condutas tomadas e oferecer oportunidade para que se despeçam do paciente. Se necessário, pedir auxílio para equipe de segurança; • Ser a interface de comunicação entre a família e a equipe responsável pelo atendimento; • Discutir sobre os desfechos do atendimento. A presença da família no atendimento deve ser documentada.
9. Creating advocates for family presence during resuscitation[56] 2008 Estados Unidos	Revisão não sistemática sobre o tema da presença da família durante reanimação cardiopulmonar adulta e pediátrica.	Reconhecer, quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. Família é definida como uma pessoa com vínculo afetivo ou consanguíneo com o paciente. O número de familiares presentes no atendimento depende do espaço físico disponível. Um membro da equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, assistente social ou capelão), não envolvido diretamente na assistência ao paciente e previamente treinado, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Avaliar o comportamento e mecanismos de enfrentamento dos familiares para definir se é apropriado que sejam convidados para estarem presentes no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: agressividade, instabilidade emocional, estado mental alterado ou comportamento compatível com intoxicação. Quando a família não puder ser convidada para estar presente no atendimento, explicar as razões e fornecer informações sobre o paciente. Se necessário pedir auxílio para equipe de segurança; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que recusar o convite para estar presente deve ser assistida por um membro da equipe multiprofissional e receber informações sobre o paciente. O tempo que o familiar pode ficar no atendimento depende de seu conforto físico e emocional e do desejo dos familiares rodiziarem a permanência entre si; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento, as condições do paciente e a importância do suporte familiar; • Posicionar familiares. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e oferecer suporte emocional; • Reconhecer e respeitar as diferenças culturais e religiosas dos familiares; • Informar que o cuidado ao paciente é a prioridade, e que poderão ser retirados do atendimento em situações de abalo emocional intenso ou interrupção da assistência.
10. Innovative solutions. Family presence at codes: a protocol for an oncology unit[57] 2008	Relato de experiência da aplicação de um protocolo que favorece a presença da família durante reanimação	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. Um membro da equipe (enfermeiro ou capelão) deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento;

Estados Unidos	cardiopulmonar em um serviço oncológico.	• Avaliar necessidade de suporte espiritual; A presença da família durante o atendimento deve ser documentada.
11. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: the impact of education on provider attitudes[58] 2008 Estados Unidos	Estudo de intervenção com o objetivo de demonstrar o impacto de um programa educacional sobre as atitudes e crenças de profissionais de saúde atuantes em áreas de emergência e terapia intensiva pediátrica e adulto em relação a oferecer a opção da presença da família durante reanimação cardiopulmonar.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. A família é definida como uma pessoa que tem vínculo afetivo com o paciente. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. A equipe responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família e decidir o momento em que a família pode entrar no atendimento. O tempo sugerido é de 10 minutos após chegada do paciente. Um membro da equipe (enfermeiro, assistente social ou capelão) deve ser designado para ser suporte da família durante atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional responderá ao chamado em situações de emergência e será responsável por: • Avaliar o comportamento, enfrentamento, nível de conforto com ambiente hospitalar e habilidade de se retirar do atendimento se necessário. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: agressividade, instabilidade emocional extrema, estado mental alterado, comportamento compatível com intoxicação ou prejuízo cognitivo. É contraindicada a permanência de familiares menores que dezoito anos de idade; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve ser respeitada em sua decisão; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento, condições e respostas apresentadas pelo paciente. Informar que é proibido o uso de telefones ou câmeras no local de atendimento; • Posicionar familiares e oferecer equipamento de proteção individual, quando apropriado. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando liberado pelo médico responsável; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento, respostas apresentadas pelo paciente, propiciar oportunidades para questionamentos e oferecer medidas de conforto; • Após visita ao paciente, levar familiares para uma sala de espera e avaliar necessidades emocionais e psicossociais. Considerar preferências culturais e necessidade de suporte espiritual; • Informar que o atendimento ao paciente é prioridade e que poderão ser retirados do atendimento na ocorrência de eventos inesperados, interrupção da assistência ou abalo emocional intenso. Garantir cuidado médico aos familiares, quando necessário; • Discutir sobre os desfechos do atendimento.
12. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: position statement[59] 2008 Europa	Declaração conjunta da "The European Federation of Critical Care Nursing Associations", "European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care" e a "The European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions" em relação ao tema da presença da família durante reanimação cardiopulmonar pediátrica, neonatal e adulta.	Um membro da equipe multiprofissional, não envolvido diretamente na assistência ao paciente, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve ser assistida por um membro da equipe multiprofissional; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento; • Incentivar o contato verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e propiciar oportunidades para questionamentos; • Reconhecer crenças, valores e questões culturais; • Avaliar continuamente o estado emocional e físico dos familiares. Informar que poderão ser retirados do atendimento se necessário para a segurança do paciente ou da própria família; • Discutir sobre os desfechos do atendimento.

		As famílias não devem ser excluídas do atendimento na impossibilidade de que um membro da equipe possa assumir exclusivamente o papel de suporte da família. Nesse caso, um deles envolvido no atendimento deve ser responsável pelo cuidado dos familiares simultaneamente ao cuidado ao paciente.
13. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation[60] 2008 Europa	Declaração conjunta da "The European Federation of Critical Care Nursing Associations", "European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care" e a "The European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions" em relação ao tema da presença da família durante reanimação cardiopulmonar pediátrica, neonatal e adulta.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. Um membro da equipe multiprofissional (líder espiritual ou membro da equipe de saúde), previamente treinado, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve ser assistida por um membro da equipe multiprofissional; • Incentivar o contato verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e propiciar oportunidades para questionamentos; • Reconhecer crenças, valores e questões culturais. • Avaliar continuamente o estado emocional e físico dos familiares. Informar que poderão ser retirados do atendimento se necessário para o paciente realizar exames radiológicos ou evitar obstrução do trabalho da equipe, por exemplo; • Discutir sobre os desfechos do atendimento. As famílias não devem ser excluídas do atendimento na impossibilidade de que um membro da equipe possa assumir exclusivamente o papel de suporte da família. Nesse caso, um deles envolvido no atendimento deve ser responsável pelo cuidado dos familiares simultaneamente ao cuidado ao paciente.
14. Patient-and family-centered care of children in the emergency department[61] 2008 Estados Unidos	Revisão não sistemática sobre o tema do cuidado centrado na família em um serviço de emergência pediátrico. Apresenta um protocolo que favorece a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. A família é definida como uma pessoa que tem um vínculo afetivo com o paciente. A equipe responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família e decidir o momento em que a família pode entrar no atendimento. Um membro da equipe (enfermeiro, capelão, médico ou outro profissional), não envolvido diretamente na assistência, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: 1. Avaliar o comportamento, percepção familiar sobre as condições do paciente, habilidades de enfrentamento diante situações difíceis, nível de conforto com ambiente hospitalar e capacidade de pedir ajuda ou sair do cenário de atendimento quando necessário. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: agressividade, agitação, instabilidade emocional extrema, estado mental alterado ou intoxicação; 2. Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve ser respeitada em sua decisão; 3. Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir por sua presença; 4. Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica de atendimento; 5. Posicionar familiares. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível; 6. Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e propiciar oportunidades para questionamentos; 7. Reconhecer as necessidades psicossociais da família; 8. Informar que poderão ser retirados do atendimento se necessário; Deve ser documentada a razão pela qual os familiares não receberam a opção de estar presente no atendimento.
15. Parental presence in pediatric trauma	Relato da experiência de um hospital sobre a aplicação de um protocolo que favorece a	A família é definida como pais ou pessoa de suporte ao paciente. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois.

resuscitation: one hospital's experience[62] 2009 Estados Unidos	presença das famílias no atendimento de trauma pediátrico.	A equipe responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família e decidir o momento em que a família pode entrar no atendimento, um tempo ideal seria após avaliação inicial do paciente e realização dos procedimentos. Um membro da equipe (enfermeiro, capelão ou assistente social), previamente treinado, deve ser designado para dar suporte para a família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Oferecer a opção de estar presente no atendimento. O tempo que o familiar pode ficar no atendimento depende das condições clínicas do paciente. A família que optar por não estar presente deve ser assistida por um membro da equipe multiprofissional; • Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir por sua presença; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica de atendimento e as condições do paciente; • Posicionar familiares. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: oferecer medidas de conforto; • Informar que poderão ser retirados do atendimento em situações de interrupção da assistência ou modificação das condições do paciente. Se necessário pedir auxílio para equipe de segurança.
16. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales[12] 2010 Espanha	Estudo descritivo transversal com o objetivo de conhecer a opinião de familiares e profissionais de saúde atuantes em serviços de emergência pediátrico em relação ao tema da presença da família durante a realização de procedimentos e descrever um protocolo elaborado a partir dos resultados encontrados.	Respeitar as objeções dos profissionais em realizar o atendimento com a presença da família. Se o profissional não se sentir à vontade com a presença da família, outro profissional deve ser indicado para a realização do procedimento. Um membro da equipe deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado durante reanimação cardiopulmonar. Esse profissional será responsável por: • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre o procedimento que será realizado; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento; • Avaliar continuamente as reações emocionais dos familiares. Retirar do atendimento em situações de comportamentos não cooperativo, agressivo, de perda de controle emocional ou sob influência de drogas/álcool.
17. Family presence during trauma activations and medical resuscitations in a pediatric emergency department: an evidence-based practice project[63] 2010 Estados Unidos	Estudo descritivo observacional com o objetivo de descrever o desenvolvimento, implantação e avaliação de um programa que favorece a presença da família durante atendimento de trauma e emergência em um serviço de emergência pediátrica.	O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois, dependendo do espaço físico disponível. O médico responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe (assistente social ou enfermeiro), previamente treinado e não envolvido diretamente na assistência ao paciente, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Avaliar o comportamento da família para definir se é apropriado que sejam convidados para estar presente no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: instabilidade emocional, agressividade, estado mental alterado, uso de álcool/drogas ou suspeita de abuso; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento; • Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir por sua presença; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica de atendimento; • Durante o atendimento: oferecer suporte emocional; • Avaliar reações emocionais dos familiares.
18. Implementation of a family presence during resuscitation[64] 2011	Apresentação de um protocolo que favorece a presença da família durante	Reconhecer, quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. O número máximo de familiares presentes no atendimento ao mesmo tempo deve ser dois. A equipe responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família.

Estados Unidos	a realização de reanimação cardiopulmonar.	Um membro da equipe multiprofissional (assistente social, capelão, enfermeiro ou outro profissional de saúde), previamente treinado e não envolvido diretamente na assistência, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional responderá ao chamado em situações de emergência e será responsável por: • Avaliar o comportamento da família para definir se é apropriado que sejam convidados para estar presente no atendimento. Os comportamentos que contraindicam a presença da família incluem: agressividade ou interrupção da assistência; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve ser respeitada em sua decisão, receber informações sobre o paciente e ter suas necessidades emocionais atendidas; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre a dinâmica de atendimento e as condições do paciente; • Posicionar familiares. Incentivar contato físico com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e oferecer suporte emocional e medidas de conforto; • Retirar do atendimento em situações de comportamentos emocional alterado ou de distração da equipe envolvida no atendimento. Caso interferência na decisão médica de encerrar com os esforços de reanimação, explicar as razões das condutas tomadas e informar que essa é uma decisão médica; • Em caso de óbito, incentivar a família a se despedir do paciente.
19. "It's just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol[65] 2012 Estados Unidos	Estudo descritivo qualitativo com o objetivo de descrever a percepção de enfermeiros atuantes em um serviço de emergência que utiliza um protocolo que favorece a presença da família durante atendimento de emergência adulta/pediátrica em relação ao tema.	O médico responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe (capelão ou enfermeiro) deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento e obrigatoriamente permanecer a seu lado. Esse profissional será responsável por: • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento; • Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir por sua presença; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica de atendimento e as condições do paciente; • Avaliar necessidade de suporte espiritual aos familiares de pacientes muito críticos; • Retirar do atendimento em situações de desmaios, comportamento histérico ou interrupção da assistência. Garantir cuidado médico aos familiares, quando necessário.
20. Parent presence during invasive procedures and resuscitation. Evaluating a clinical practice change[66] 2012 Estados Unidos	Estudo quase experimental com o objetivo de avaliar se a implantação de um protocolo que favorece a presença de pais durante realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar. pediátrica modifica as percepções de profissionais de saúde em relação ao tema.	Reconhecer quando possível, se o paciente deseja ter sua família presente durante o atendimento. A família é definida preferencialmente como os pais ou responsáveis legais do paciente. A equipe responsável pelo atendimento deve concordar com a presença da família. Um membro da equipe (enfermeiro, médico, capelão, psicólogo, psiquiatra ou assistente social) previamente treinado deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. O enfermeiro responsável pelo atendimento deve delegar quem assumirá esse papel. Esse profissional será responsável por: • Ajudar a família a identificar sua tolerância em estar presente no atendimento, reconhecendo experiências prévias com situações similares. Avaliar os mecanismos de enfrentamento e respostas emocionais; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento. A família que optar por não estar presente deve receber informações sobre o paciente e ter suas necessidades atendidas. Informar que podem entrar e sair do atendimento quando desejarem; • Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir por sua presença; • Antes de entrar no local do atendimento: orientar sobre dinâmica de atendimento; • Oferecer equipamento de proteção individual, quando apropriado. Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e oferecer suporte emocional;

		• Reconhecer necessidades emocionais e espirituais. Verificar necessidade de suporte espiritual, social, psicológico ou de tradução; • Identificar comportamentos que possam acarretar em interrupção da assistência, como voz alta e contato físico inapropriado com o paciente. Retirar do atendimento nessas situações. Se necessário, pedir auxílio para equipe de segurança. Garantir cuidado médico aos familiares, quando necessário.
21. Using systematic reviews to guide decision making about family-witnessed resuscitation[67] 2014 Estados Unidos	Apresentação de quatro revisões sistemáticas sobre as melhores práticas relacionadas a presença da família durante reanimação cardiopulmonar adulta/pediátrica.	Um membro da equipe (enfermagem, capelão, assistente social ou outro membro da equipe), previamente treinado, deve ser designado para ser suporte da família durante o atendimento. Esse profissional será responsável por: • Avaliar estado emocional da família para verificar se é apropriada sua presença no atendimento; • Oferecer para a família a opção de estar presente no atendimento; • Durante o atendimento: fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento e oferecer suporte emocional.

Dois dos estudos[59,60], apesar de publicados em periódicos distintos, referem-se a mesma declaração conjunta de organizações sobre o tema da presença da família durante RCP. Optou-se pela inclusão de ambos nos resultados por trazerem aspectos adicionais um ao outro.

Os estudos incluídos na revisão foram publicados nos últimos 22 anos (1996 a 2014), sendo dezessete (80,9%) publicados nos Estados Unidos e os demais (19,1%) em países europeus (Reino Unido, Espanha e decisão conjunta de países europeus). Em relação ao método de pesquisa, sete dos estudos (33,3%) foram exploratórios, sete (33,3%) de revisão, quatro (19,1%) relatos de experiência e três (14,3%) de recomendações organizacionais sobre o tema.

Os resultados da revisão de escopo relacionados as condições, ações e intervenções que envolvem a presença da família em atendimento de emergência pediátrica hospitalar serão apresentados a seguir em quatro categorias temáticas principais: avaliação da situação; preparo dos familiares; suporte familiar e documentação do atendimento.

1. Avaliação da situação:

- Definir as preferências do paciente: dez estudos[48,52,53,56-58,60,61,64,66] relembram que, quando possível, a vontade do paciente deve ser reconhecida em relação à família ao seu lado durante o atendimento;
- Definir quem é a família do paciente: a família é definida por oito dos estudos[50,53,55,56,58,61,62,66] incluídos na revisão como os pais, outros parentes, responsáveis legais ou qualquer pessoa que tenha vínculo afetivo com a criança. Um dos estudos[48] prevê a possibilidade de uma criança presenciar o atendimento, desde que acompanhada por um profissional de saúde e que seja avaliada sua habilidade de enfrentar uma situação de emergência. Pensando na possibilidade de que os familiares tenham divergências para decidir quem deles estará presente no atendimento, um estudo[48] orienta que essa escolha deva ser embasada em questões legais que definam qual dos familiares têm prioridade em relação à criança;
- Definir número de familiares presentes no atendimento: dez estudos[48,50-52,55,57,58,62,63,64] estabelecem o limite de duas pessoas ao mesmo tempo no atendimento, prevendo a possibilidade de rodízio com os demais familiares. Dois dos estudos[56,63] atribuem que deve ser limitado o número de familiares presentes dependendo do espaço disponível no local de atendimento. Um número, maior que duas pessoas, é apontado em um estudo[55] como exceção para situações em que o paciente não

responda aos esforços de reanimação, desde que autorizado pelo médico responsável pelo atendimento;

- Concordância dos profissionais envolvidos no atendimento com a presença da família: onze dos estudos indicam que a equipe de saúde[48,58,61,62,64,66] ou o médico responsável[51,52,55,63,65] deva concordar com a presença da família no atendimento. Um estudo[12] reforça que as objeções dos profissionais em realizar o atendimento com a presença da família devam ser respeitadas e que, quando possível, outro profissional deve ser designado para realizar o atendimento. Quatro estudos[48,58,61,62] orientam que a equipe de saúde ou o médico também deve decidir em qual momento as famílias poderão entrar no atendimento. Um dos estudos[62] indica que a entrada da família no local de atendimento deva ocorrer somente após a avaliação inicial do paciente e a realização dos procedimentos necessários, enquanto outro estudo[58] sugere um tempo de dez minutos após o início do atendimento;

- Designação de um profissional para ser suporte da família durante o atendimento: praticamente todos os estudos[12,48-52,54-67] reforçam a importância de que um membro da equipe - dentre enfermeiro, médico, psicólogo, psiquiatra, assistente social ou líder religioso - seja designado para ser suporte da família, permanecendo ao seu lado durante o atendimento. A responsabilidade de designar esse profissional é atribuída em dois estudos[55,66] ao enfermeiro. Dois estudos[58,64] indicam que deva existir profissionais pré-estabelecidos para assumir esse papel, que devem responder a chamada de emergência na sua ocorrência. Dez dos estudos[48,51,52,55,57,58,61,62,64,65] sugerem que a designação de um profissional de suporte é uma ação obrigatória para que as famílias possam estar presentes no atendimento e um outro[12] aponta essa condição somente para os procedimentos mais invasivos, como RCP. A importância de que o profissional de suporte não esteja envolvido na assistência ao paciente é indicada por sete dos estudos incluídos na revisão[50,55,56,59,61,63,64]. Em contrapartida, dois estudos[59,60] ressaltam que as famílias não devam ser excluídas do atendimento quando não houver a possibilidade de um profissional permanecer exclusivamente ao seu lado. Nessas situações, aquele envolvido no atendimento deve oferecer suporte à família concomitantemente à assistência do paciente[59,60]. Nessa mesma linha de raciocínio, dois estudos[51,52] apontam que mesmo na designação de um membro da equipe para permanecer com a família, os profissionais envolvidos no atendimento também devem auxiliar esse profissional no suporte familiar. Onze dos

estudos[48,52,54,55,56,60,62,63,64,66,67] ressaltam que os profissionais devem ser previamente treinados para assumir o papel de suporte familiar;

- Avaliação das famílias: quinze estudos[48,50-56,58,61,62,63,64,66,67] indicam que o profissional de suporte deve avaliar se o comportamento dos familiares é apropriado para que sejam convidados a estar presente no atendimento, de modo a garantir a assistência ininterrupta ao paciente e a segurança dos profissionais, paciente e da própria família. As contraindicações para a presença da família no atendimento citadas nos estudos[48,50-56,58,61,62,63,64,66,67] incluem: instabilidade emocional extrema; estado mental alterado; intoxicação; agressividade; ameaça, interrupção da assistência; não cooperação; discordância entre os membros familiares e suspeita de abuso ou crime. O atendimento simultâneo de pacientes é indicado como contraindicação da presença da família em dois estudos[54,55], com foco a garantir a privacidade dos pacientes e suas famílias. Dois estudos[53,58] apontam que o familiar presente no atendimento deve ter mais que dezoito anos de idade. Um dos estudos[56] reforça a importância de que as famílias sejam informadas dos critérios impeditivos que as impedem de permanecer no atendimento. Em caso de conflitos, o estudo recomenda solicitar auxílio do serviço de segurança[56]. Sete dos estudos[48,51,55,56,58,61,66] incluídos na revisão orientam que a avaliação das famílias deve incluir o reconhecimento da habilidade em lidar com a situação de emergência, com base na percepção familiar sobre as condições do paciente; de solicitar auxílio ou sair do local do atendimento quando sentirem-se inaptos a estar presente e experiências similares prévias.

2. Preparo dos familiares:

- Convidar familiares para estarem presentes no atendimento: dezenove estudos[12,48,50-52,54-67] relembram que quando não houver contraindicações, o profissional de suporte deve convidar as famílias para estarem presentes no atendimento. Segundo três estudos[49,55,66], as famílias devem ser informadas que podem declinar quando desejarem de sua decisão inicial, além de entrar e sair livremente do local de atendimento. A maioria dos estudos não indica o tempo que os familiares podem estar presentes no atendimento, mas um deles[62] condiciona esse tempo às condições clínicas do paciente e outro[56], ao conforto da família em estar presente ou desejo de rodízio entre os familiares. Doze estudos[48,50-52,56,58-62,64,66] indicam que os familiares que optarem em não estar presentes no atendimento ou declinarem de sua decisão em

permanecer no atendimento devem ser respeitados em sua decisão, receber suporte emocional e informações sobre a dinâmica de atendimento e condições do paciente;

- Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir estar presente no atendimento: seis estudos[55,61,62,63,65,66] reforçam que o profissional de suporte deva comunicar os profissionais de saúde ou médico responsável que família decidiu estar presente no atendimento;
- Informar sobre a dinâmica de atendimento: dezesseis estudos[12,48-52,55,56,58,59,61-66] indicam que o profissional de suporte deva informar aos familiares, antes que entrem no local de atendimento, sobre o que irão presenciar e as condições clínicas do paciente. Três deles[51,52,56] reforçam ainda que as famílias devem ser conscientizadas sobre a importância de seu papel no suporte emocional ao paciente. Um estudo[58] relembra que os familiares devem ser orientados que não é permitido o uso de câmeras e celulares no local de atendimento.

3. Suporte familiar:

- Posicionar os familiares no local de atendimento: dez estudos[48,50-52,55,56,58,61,62,64] indicam que o profissional de suporte deve orientar os familiares onde devem permanecer durante o atendimento, de modo a não interromper a assistência ao paciente. A maioria dos estudos não indica o local onde as famílias devem permanecer; um deles[48] indica que este deva ser próximo ao paciente e outro[55], à porta do local de atendimento, até que o paciente seja avaliado e a família possa se aproximar dele. Treze estudos[48,49,51,52,55,56,58-62,64,66] sugerem que as famílias sejam incentivadas a ter contato físico e/ou verbal com o paciente assim que possível. Quatro dos estudos[51,52,58,66] relembram que os familiares devam receber equipamentos de proteção individual, quando pertinente ao quadro clínico do paciente;
- Fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento: quatorze dos estudos[48,50-52,54-56,58-61,64,66,67] citam como ações do profissional de suporte durante o atendimento: propiciar oportunidades para que as famílias façam questionamentos e fornecer informações sobre o atendimento, respostas apresentadas pelo paciente e resultados esperados;
- Prover suporte emocional: doze estudos[48,51,52,54-56,58,62,63,64,66,67] indicam que o profissional de suporte deve oferecer assistência emocional e medidas de conforto aos familiares durante o atendimento;

- Reconhecer necessidades da família: doze estudos[48,51,52,55-61,65,66] indicam que as necessidades familiares, além de questões culturais e religiosas, devem ser acessadas pelo profissional de suporte durante o atendimento. Esse reconhecimento pode apontar a necessidade de suporte psicológico, espiritual, financeiro, social e de tradução. Três dos estudos[51,52,58] apontam que essa abordagem deve acontecer na sala de espera, após as famílias visitarem o paciente no local de atendimento;
- Definir situações em que as famílias devam ser retiradas do atendimento: quatorze estudos[12,48,51,52,55,56,58-60,62-66] sugerem que o comportamento dos familiares deva ser avaliado continuamente e que sejam retiradas do local de atendimento em caso de interrupção da assistência ou se necessitarem de suporte médico. Alguns dos estudos[48,49,51,52,55,56,58-62] reforçam que as famílias devem ser previamente informadas de que serão retiradas do atendimento nas condições antes citadas. Caso ocorra resistência dos familiares, alguns estudos[48,55,62,66] indicam que seja solicitado suporte ao serviço de segurança. Três estudos[49,55,64] indicam que, na ocorrência de interferência nas decisões médicas, as famílias precisam ser orientadas em relação às condutas clínicas tomadas e esclarecidas que as decisões de prosseguir ou terminar com os esforços de reanimação é uma decisão médica;
- Interface de comunicação entre família e equipe de atendimento: dois estudos[50,55] sugerem que o profissional de suporte deva ser a interface de comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos no atendimento;
- Suporte às famílias em caso de óbito: três estudos[48,52,64] orientam que, em caso de óbito, seja propiciado um momento para a família se despedir da criança e que a mesma deva ser orientada em relação às questões legais a serem resolvidas;
- Recapitulação do atendimento: sete estudos[50-52,55,58-60] sugerem que, após o atendimento, os profissionais recapitulem com os familiares, informações relacionadas ao atendimento, solucionando dúvidas.

4. Documentação do atendimento:

- Registro do atendimento no prontuário do paciente: cinco dos estudos[53-55,57,61] indicam que aspectos relacionados ao suporte familiar durante o atendimento, incluindo as contraindicações para a presença da família no atendimento devam ser registrados no prontuário do paciente.

5.2 CONSTRUÇÃO DA VERSÃO INICIAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

Para a elaboração do protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar", os resultados da revisão de escopo apresentados no item anterior foram readaptados ao contexto de serviços de saúde pediátricos brasileiros. Para isso, foi realizada uma discussão, apresentada a seguir, entre as condições, ações e intervenções que envolvem a presença da família no atendimento de emergência pediátrica descritas na revisão e as definidas para o protocolo brasileiro, com base na legislação nacional - resultados das perspectivas de profissionais e famílias brasileiras sobre o tema apresentados em estudos prévios[10,21] e percepções das pesquisadoras:

1. Avaliação da situação:

- Definir as preferências do paciente: considerando-se a dificuldade imposta por uma situação emergencial que seja corretamente avaliada a capacidade de autonomia de uma criança, expressa pela sua habilidade de compreender informações; capacidade de refletir e realizar escolhas e habilidade de prever riscos, benefícios e possíveis danos, bem como de considerar múltiplas opções[68], optou-se por não incluir no protocolo a ação de verificar as preferências do paciente - quando possível pelo quadro clínico, em relação a ter sua família presente no atendimento. Além disso, a legislação brasileira define que a autonomia em decidir por si questões de saúde-doença ocorre somente após os dezoito anos de idade[69];
- Definir quem é a família do paciente: assim como na maioria dos estudos apresentados na revisão de escopo, optou-se por definir família por meio de um conceito amplo. A definição de família adotada para o protocolo brasileiro foi a proposta por Angelo[70], em que "família é um grupo autoidentificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família". Para acessar essa informação, o profissional deve abordar os familiares utilizando a pergunta-chave: "Quem é a família?";

- Definir número de familiares presentes no atendimento: assim como proposto na revisão de escopo, o número máximo de familiares presentes ao mesmo tempo no atendimento foi estabelecido em dois. Ficando previsto o rodízio de familiares durante o atendimento, respeitando o limite máximo de dois indivíduos no local de atendimento. Se o espaço físico de atendimento for insuficiente para permitir a presença de duas pessoas, pode ser limitado esse número para uma;
- Concordância dos profissionais envolvidos no atendimento com a presença da família: apesar de estudos da revisão apontarem a necessidade de que a equipe de saúde ou médico responsável pelo atendimento concordem com a presença da família, essa foi uma ação que não foi incluída no presente protocolo. Consideramos que essa ação mantém a opção para que os profissionais não modifiquem suas perspectivas desfavoráveis à presença da família no cenário de emergência, afastando-as do local de atendimento. Relembrando ainda que o uso de um protocolo visa justamente garantir menos variabilidade de ações do cuidado pelos profissionais[43]. Pelo mesmo motivo, a entrada da família no local de atendimento não foi condicionada à decisão dos profissionais de saúde e, sim, à avaliação da possibilidade de a família estar presente no atendimento, descrita a seguir. No estudo brasileiro[21], ao mesmo tempo em que as famílias acreditavam ser direito estar no atendimento de emergência, sentiam que precisavam da permissão de um profissional de saúde para estar presente;
- Designação de um profissional para ser suporte da família durante o atendimento: um membro da equipe - não envolvido diretamente na assistência ao paciente e previamente treinado acerca da aplicação do protocolo na prática assistencial e acolhimento da família no atendimento - deve ser designado para ser suporte da família e permanecer a seu lado durante o atendimento. Esse profissional pode ser qualquer membro da equipe de saúde, incluindo médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, líder religioso e aluno/residente das profissões acima citadas. A designação do profissional de suporte será realizada pela equipe envolvida no atendimento no momento de sua ocorrência. Esse fato ocorreu pela imprevisibilidade do atendimento de emergência e realidade de falta de profissionais nos serviços de saúde brasileiros. Na impossibilidade da designação de um profissional que assuma exclusivamente o papel de suporte às famílias, os profissionais envolvidos no atendimento assumem concomitantemente a função de prestar assistência aos pacientes e o acolhimento aos familiares presentes. Nos

estudos[10,21] brasileiros levantados pelas pesquisadoras desta pesquisa atual, as quais exploraram a temática da presença da família no atendimento de emergência pediátrica, a designação de um profissional para ficar junto à família, oferecendo suporte foi considerada como uma ação fundamental, tanto pelos profissionais de saúde como pelas famílias;

- Avaliação das famílias: o profissional designado como suporte familiar ou aqueles com a atribuição de atender simultaneamente o paciente e oferecer suporte à família são responsáveis por abordar e avaliar as respostas emocionais destes diante de situação de emergência. Os comportamentos que contraindicam a presença da família no atendimento incluem: instabilidade emocional extrema que não consegue cooperar com as solicitações realizadas; estado mental alterado compatível com intoxicação exógena; agressividade e interrupção da assistência ao paciente. Como em uma situação de emergência, a prioridade é a assistência ao paciente, a existência de divergência familiar em relação a quem ficará no atendimento é definida como uma contraindicação para a presença da família. Considerando a legislação brasileira que define a autonomia em decidir sobre si a idade de dezoito anos[69], também se definiu como contraindicação a presença de familiares menores que dezoito anos de idade, à exceção dos pais da criança. Outras contraindicações incluídas no protocolo brasileiro foram: suspeita de abuso ou crime e atendimento simultâneo de pacientes com a finalidade de preservar a confidencialidade do próprio paciente. Caso haja alguma contraindicação para a presença da família no atendimento, um membro da equipe deve encaminhá-la para a sala de espera. Considerar suporte do serviço de segurança nas situações em que houver ameaça à segurança da equipe envolvida no atendimento. O profissional de suporte deve ainda realizar um breve reconhecimento das habilidades familiares para enfrentar situações de emergência com base em experiências prévias similares. Para acessar essa informação, utilizar a pergunta-chave: “Alguém/Você já presenciou um atendimento de emergência”? Em caso de resposta afirmativa, indagar: “Tem algo que gostaria(m) de me contar relacionado a esse outro atendimento”?

2. Preparo dos familiares:

- Convidar familiares para estarem presentes no atendimento: o profissional de suporte ou os profissionais com a atribuição de atender simultaneamente o paciente e oferecer suporte à família convidam a família para estar no atendimento. Esse convite é

realizado pela pergunta-chave: "Alguém/Você gostaria de estar presente no atendimento"? Se a resposta for afirmativa e mais de um familiar estiver presente no hospital, perguntar: "Quem"? Informar que é permitida a presença de no máximo duas pessoas ao mesmo tempo no local de atendimento, havendo a possibilidade de rodízio com demais familiares. Os familiares podem permanecer no atendimento o tempo que desejarem e devem ser informados que podem entrar e sair livremente do local. A família que recusar o convite deve ser respeitada em sua decisão, encaminhada para a sala de espera e esclarecida que pode revogar a decisão inicial a qualquer momento. No estudo brasileiro[21], as famílias revelaram acreditar que tem o direito de recuar em sua decisão de permanecer ou não no atendimento;

- Informar equipe responsável pelo atendimento quando a família decidir estar presente no atendimento: toda a equipe envolvida na assistência ao paciente deve estar ciente que a família decidiu permanecer no atendimento, permitindo desse modo que possam contribuir para o acolhimento da família;
- Informar sobre a dinâmica de atendimento: antes que a família entre no local de atendimento, o profissional de suporte deve realizar breve esclarecimento sobre o que irão presenciar durante o atendimento e as condições clínicas do paciente. Informar ainda que é proibido o uso de câmeras e celulares no local de atendimento. Se a família já estiver no local de atendimento, essas informações podem ser dadas ali mesmo.

3. Suporte familiar:

- Posicionar os familiares no local de atendimento: o posicionamento da família no local de atendimento deve garantir contato visual com o paciente e não atrapalhar o trabalho dos profissionais de saúde. Enquanto as condições clínicas do paciente permitirem, os profissionais devem incentivar que a família tenha contato físico e verbal com ele. Oferecer equipamento de proteção individual aos familiares, quando indicado. As famílias do estudo brasileiro[21] indicaram que não sabem como agir dentro do local de atendimento e esperam que os profissionais indiquem os comportamentos esperados;
- Fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento: o profissional de suporte deve propiciar oportunidades para que a família faça questionamentos; fornecer informações sobre o atendimento e as condições clínicas do paciente. Essas informações também devem ser oferecidas aos familiares que aguardam o

atendimento na sala de espera. As famílias do estudo brasileiro[21] revelaram sentir a necessidade de presenciar todos os esforços realizados para salvar a vida da criança. Os profissionais de saúde do mesmo estudo[21] também sentiam a necessidade de que as mesmas constatassem que estão fazendo o possível para salvar a vida do parente;

- Prover suporte emocional: o profissional de suporte deve oferecer apoio emocional e medidas de conforto aos familiares durante o atendimento. Esse suporte também deve ser oferecido aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera. As famílias do estudo brasileiro[21] contaram que é difícil presenciar o atendimento de emergência, sendo necessário ser forte emocionalmente. Desse modo, o apoio emocional oferecido pelo profissional de suporte durante o atendimento pode ajudar as famílias a enfrentarem a situação com maior efetividade;
- Reconhecer necessidades da família: as necessidades das famílias diante a situação de emergência devem ser acessadas pela seguinte pergunta-chave, descrita em um estudo que estabelece ferramentas para o profissional avaliar as famílias[71]: "O que você(s) pensa(m) que poderia ajudar você(s) a lidar(em) melhor com essa situação"? Esse reconhecimento pode apontar a necessidade de suporte psicológico, espiritual, social, de tradução e de assistência médica, que, quando disponíveis, devem ser oferecidos aos familiares. Essas necessidades também devem ser acessadas com os familiares que aguardam o atendimento na sala de espera;
- Definir situações em que as famílias devem ser retiradas do atendimento: o profissional de suporte deve avaliar continuamente as reações emocionais dos familiares durante o atendimento com o objetivo de verificar a existência de critérios impeditivos para a permanência e/ou modificação do desejo de permanecer no atendimento. Em caso de critérios impeditivos e ou desejo de sair do atendimento, os familiares devem ser encaminhados para a sala de espera. No estudo brasileiro[21], as famílias contaram que preferem não estar presente no atendimento caso tenha a possibilidade de interromperem os procedimentos, acarretando a recuperação da criança;
- Interface de comunicação entre família e equipe de atendimento: o profissional de suporte deve ser a interface de comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos no atendimento;

- Suporte às famílias em caso de óbito: neste caso, os profissionais devem propiciar um momento para a família se despedir da criança e orientar sobre as questões legais a serem resolvidas. Considerar a necessidade de suporte espiritual aos familiares.
- Síntese do atendimento: após o procedimento, se as famílias desejarem, os profissionais devem realizar um resumo do que aconteceu no atendimento.

4. Documentação do atendimento:

- Registro do atendimento no prontuário do paciente: os aspectos relacionados à presença ou não da família no atendimento, incluindo as contraindicações, devem ser registrados no prontuário do paciente.

A segunda versão do protocolo **"**Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar" construído após a avaliação de revisores externos conforme descrito no item 4.2.2, está disponível no Apêndice 4. O protocolo é aplicável tanto nas situações em que a família chega ao hospital após o início do atendimento de emergência, como quando chega junto com o paciente e já se posiciona ao seu lado ou opta por aguardar do lado de fora do local de atendimento.

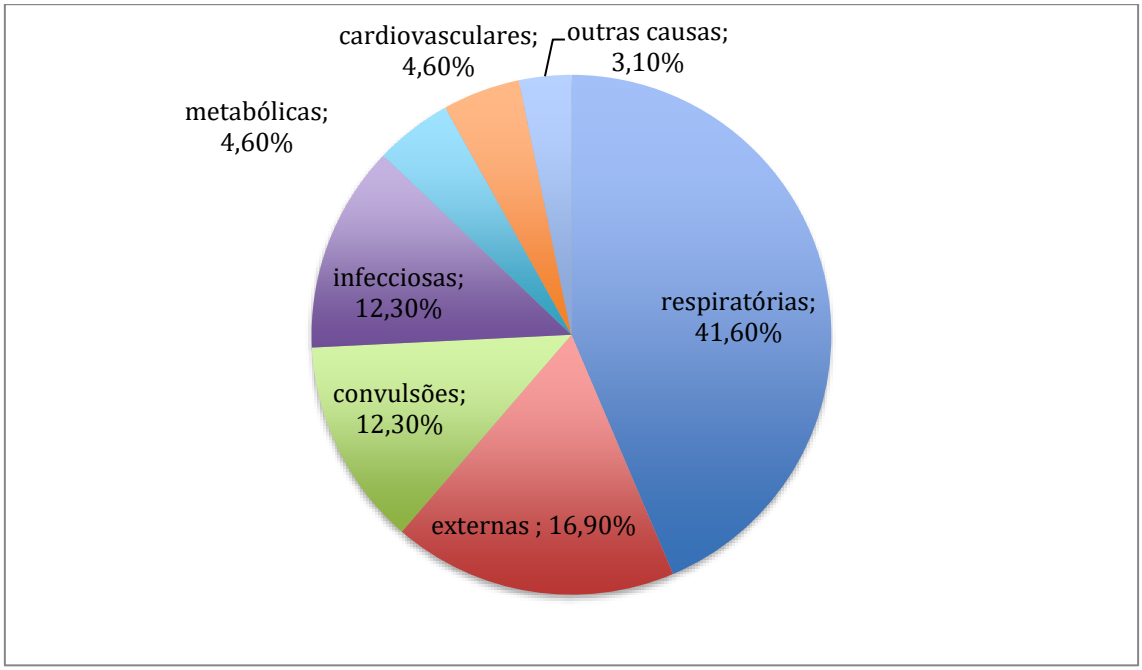
5.3 AVALIAÇÃO DA DINÂMICA DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA COM A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

Foram realizados 65 atendimentos de emergência durante o período de coleta de dados, compreendidos entre os meses de agosto a setembro de 2017. Os atendimentos se referem a um total de 59 pacientes, pois quatro pacientes foram submetidos a dois atendimentos de emergência durante a mesma passagem pelo local de estudo, e um outro teve três. Três desses atendimentos múltiplos de emergência ocorreram devido à instabilidade clínica da criança associada a falta de vaga na unidade de terapia intensiva pediátrica do hospital, o que ocasionou a longa permanência desses pacientes no PSI. Os outros dois pacientes tiveram como causa dos atendimentos emergenciais crises convulsivas, o que muitas vezes leva o paciente a vários atendimentos durante o mesmo período de observação.

Para a caracterização dos pacientes, no que tange a variáveis idade e sexo, foi considerado o número de 59 crianças. A maioria (61%) era do sexo masculino e a média de idade foi de 48,7 meses, com intervalos mínimo de 0 e máximo de 170 meses.

Como a análise da dinâmica se refere ao atendimento e não ao paciente, para as demais variáveis, foram avaliadas as 65 situações emergenciais. Em relação ao local onde ocorreu o atendimento, 53,8% (35) dos pacientes foram atendidos no setor da observação do local de estudo e 46,2% (30), na sala de emergência. O tempo médio de duração do atendimento foi de 51,3 minutos, com limites mínimos e máximos entre 5 a 155 minutos. Praticamente metade das causas clínicas (43%) que levaram os pacientes ao atendimento de emergência foram respiratórias, seguidas de causas externas, convulsões, infecciosas, metabólicas, cardiovasculares e outras causas, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 - Causas dos atendimentos de emergência. São Paulo, agosto a setembro de 2017.



Dentre as causas respiratórias, incluíram-se as bronquiolites, broncoespasmos, laringites, apneias, Brief Resolved Unexplained Event (BRUE) e insuficiência respiratória. Destacaram-se nas causas externas os traumatismos, queimaduras, ferimentos corto-contusos e intoxicações exógenas. Nas infecciosas, os choques sépticos e as meningites. As hipoglicemias, cetoacidoses diabéticas e desidratações foram as causas de atendimento de origem metabólica, enquanto as síncopes e taquicardia supraventricular nas causas cardiovasculares. Os

atendimentos definidos como outras causas incluíram uma troca de traqueostomia e um prematuro nascido no banheiro do hospital por suspeita de tentativa de aborto.

Em relação aos procedimentos realizados durante o atendimento, a maioria (505) dos pacientes foi submetido a punção venosa periférica, seguido de aspiração de vias aéreas (20%) e procedimentos cirúrgicos (9,2%), conforme tabela abaixo.

Tabela 1 - Procedimentos realizados no atendimento de emergência. São Paulo, 2017.

Procedimento realizado	Frequência (n)
Punção venosa periférica	80% (50)
Aspiração de vias aéreas	20% (13)
Cirúrgicos	9,2% (6)
Coleta arterial	7,7% (5)
Sondagem gástrica	6,2% (4)
Intraóssea	4,6% (3)
Intubação traqueal	3,1% (2)
Sondagem vesical	1,5% (1)
Coleta de liquor	1,5% (1)
RCP	0% (0)

Considerou-se os desbridamentos de queimaduras, suturas e troca de traqueostomia como procedimentos cirúrgicos. Em oito atendimentos de emergência (12,3%), os pacientes não foram submetidos a nenhum tipo de procedimento invasivo.

O número médio de medicações intravenosas ou inalações emergenciais, que foram consideradas como aquelas que tiveram que ser administradas imediatamente ao paciente pela equipe de enfermagem, realizadas foi de 1,97 por paciente, variando entre zero a seis medicações/paciente. Em seis dos atendimentos de emergência (9,2%), os pacientes não receberam medicações emergenciais. Em relação a classe de medicamentos recebidos, os mais administrados aos pacientes foram as inalações (32,3%), expansores volumétricos (29,2%), broncodilatadores (18,5%), antitérmicos (15,4%) e sedações (15,4%), conforme descrição na tabela abaixo.

Tabela 2 - Medicamentos administrados no atendimento de emergência. São Paulo, 2017.

Classe medicamentosa	Frequência
Inalações	32,3%
Expansores volumétricos	29,2%
Broncodilatadores	18,5%
Antitérmicos	15,4
Sedações	15,4%
Antibioticoterapias	9,2%
Anticonvulsivantes	7,7%

Correlacionando os resultados acima descritos, em 3% dos atendimentos (2), os pacientes não receberam medicações emergenciais e nem foram submetidos a procedimentos invasivos. Esses dois pacientes foram admitidos na sala de emergência do local de estudo no período noturno. Um deles era o prematuro nascido no banheiro do hospital, que foi colocado em aquecimento pelos profissionais para aguardar a sua transferência para a unidade de terapia intensiva neonatal. A outra causa clínica de atendimento foi BRUE e o paciente permaneceu dez minutos na sala de emergência, quando, por fim, foi transferido para o setor de observação do PSI.

Em relação ao destino do paciente após o atendimento de emergência, 67,7% (44) permaneceram no setor de observação do próprio local de estudo, enquanto os demais (32,3%) foram transferidos para a unidade de terapia intensiva da instituição.

Praticamente todas (98,5%) as crianças estavam acompanhadas de sua família no momento que ocorreu o atendimento de emergência. A única família que não estava junto ao paciente foi a do prematuro nascido no banheiro do hospital, cuja mãe foi encaminhada ao centro obstétrico e estava desacompanhada de demais familiares. Excluindo esse atendimento, as demais avaliações relacionadas a presença da família no atendimento foram analisadas para um total de 64 atendimentos.

Em 65,6% (42), foi possível designar um profissional ou estudante de saúde para ser exclusivamente suporte da família durante o atendimento. Na maioria (76,2%) destes, um membro da equipe de saúde assumiu o papel de suporte familiar, enquanto que em 16,7% (7) puderam ser designadas duas pessoas e, em 7,1% (3), três profissionais ou estudantes.

Em relação à categoria profissional ou de graduação em saúde, a maioria dos profissionais designados como suporte familiar pertencia à equipe médica – médicos (46,5%) ou residentes de medicina (48,8%), conforme apresentado na tabela a seguir:

Tabela 3 - Categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017.

Categoria profissional/graduação	Frequência (n)
Residentes de medicina	48,8% (21)
Médicos	46,5% (20)
Enfermeiros	11,6% (5)
Auxiliares/ técnicos de enfermagem	9,3% (4)
Residentes de enfermagem	9,3% (4)
Aluno de enfermagem	2,3% (1)

Nas situações (34,4% dos atendimentos) em que não foi designado um profissional de suporte à família, os envolvidos na assistência ao paciente se encarregaram de, concomitantemente, acolher os familiares presentes, trazendo-os para a beira do leito do paciente assim que possível.

O comportamento das famílias diante a situação de emergência foi avaliado pelo profissional de suporte ou equipe de saúde envolvida no atendimento ao paciente e, em 95,3% (61) dos atendimentos, não houve critérios impeditivos para a família ser convidada para estar presente durante o procedimento.

Um (33,3%) dos critérios impeditivos descritos foi a instabilidade emocional extrema de um familiar, não sendo possível que os profissionais a convidassem para permanecer no atendimento. O familiar era a mãe da criança e, percebendo seu descontrole emocional, afastou-se do local. Um residente de medicina foi designado para ser seu suporte e a mãe optou por retornar ao local de atendimento somente após o término.

As outras duas situações (66,7%) não estavam descritas como critérios impeditivos no protocolo, mas impediram que o familiar fosse convidado para estar presente no atendimento. As situações se referiam a uma mesma paciente que foi submetida a atendimento de emergência em decorrência de uma convulsão, em dois momentos distintos pela mesma passagem no local de estudo. O pai da adolescente era surdo e mudo e, nas situações cotidianas, quem fazia a comunicação por ele era a paciente. O primeiro atendimento ocorreu dentro da sala de emergência e o pai se posicionou fora do local de atendimento. Um médico foi designado como

suporte familiar, porém não conseguiu se comunicar e convidar o pai para estar presente no atendimento em decorrência da barreira de linguagem existente. Já o segundo ocorreu no setor de observação do local de estudo, e o pai estava ao lado da paciente e não se retirou do local na ocorrência da emergência. Nesse último, não foi possível designar um membro da equipe para ser seu suporte.

Retirando-se os atendimentos com critérios impeditivos para a presença da família, restaram 61 famílias para serem convidadas a permanecer no atendimento. Ao receberem o convite, 93,4% (57) das famílias optaram pela permanência. Não foi registrado, no instrumento de coleta de dados, o motivo da recusa ao convite (6,6%) pelas demais famílias. Em relação ao grau de parentesco com o paciente, todos os familiares que recusaram o convite eram a mãe da criança. Em um desses eventos, o pai também estava presente no hospital e recusou o convite juntamente com a mãe. A situação em que os pais estavam presentes no hospital e recusaram o convite se refere a uma criança que teve dois atendimentos distintos com 25 minutos de intervalo entre eles. A mãe escolheu permanecer no primeiro atendimento e observou quatorze tentativas de punção venosa periférica sem sucesso em sua filha. Na ocorrência da segunda emergência, a mãe recusou o convite para presenciar o atendimento. Não há registro se houve correlação entre as duas situações e que a primeira experiência tenha motivado a recusa ao segundo convite.

O indicador de resultado da aplicação do protocolo na prática assistencial denominado "Famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica", expresso pelo número de famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica correspondeu a 0,88.

Correlacionando a aceitação da família ao convite para estar presente no atendimento e a designação de um profissional de suporte, não foi encontrada associação estatística entre essas variáveis. Por outro lado, quando não foi possível designar um profissional como suporte familiar, todas as famílias aceitaram o convite para estar presentes no atendimento. Também não houve correlação entre a aceitação da família ao convite e a categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional designado como suporte familiar. Entretanto para essa última associação, houve uma tendência de a família recusar o convite (p=0,066) quando o profissional designado para ser seu suporte foi o enfermeiro, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 4 - Associação entre a aceitação da família ao convite para estar no atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017.

Variáveis		**A família aceitou o convite para estar presente no atendimento?***		
		Não n (%)	Sim n (%)	P
Um membro da equipe foi designado como suporte familiar?	Não	0 (0%)	20 (100%)	0,293
	Sim	4 (9,8%)	37 (90,2%)	
Médico	Não	3 (13,6%)	19 (86,4%)	0,61
	Sim	1 (5,3%)	18 (94,7%)	
Residente de medicina	Não	3 (14,3%)	18 (85,7%)	0,606
	Sim	1 (5%)	19 (95%)	
Aluno de enfermagem	Não	4 (10%)	36 (80%)	1
	Sim	0 (0%)	1 (100%)	
Enfermeiro	Não	2 (5,6%)	34 (94,4%)	0,066
	Sim	2 (40%)	3 (60%)	
Auxiliar/técnico de enfermagem	Não	4 (10,8%)	33 (89,2%)	1
	Sim	0 (0%)	4 (100%)	
Residente de enfermagem	Não	3 (8,1%)	34 (91,9%)	0,348
	Sim	1 (25%)	3 (75%)	

*Para um total de 61 pacientes elegíveis

Na maioria (63,2%) dos atendimentos, somente um familiar esteve presente e nos demais (36,8%) duas pessoas permaneceram durante o procedimento. Não houve registro de rodízio da família presente no atendimento com mais familiares. Em relação ao grau de parentesco com o paciente do familiar, a maioria (82,5%) era a mãe da criança seguida de seu pai (31,6%), conforme apresentando na tabela abaixo.

Tabela 5 - Parentesco do familiar presente no atendimento com o paciente. São Paulo, 2017.

Parentesco com o paciente	**Frequência (n)**
Mãe	82,5% (47)
Pai	31,6% (18)
Avó/Avô	7,0% (4)
Tia/Tio	5,3% (3)
Outro	8,8% (5)

O outro grau de parentesco com o paciente descrito no quadro acima, incluiu tutores legais, madrinha, padrasto e um irmão. No caso do irmão, o mesmo tinha 11 anos de idade e era autista. Como não tinha outro familiar para acompanhar esse adolescente, em decorrência de sua vulnerabilidade imposta pelo autismo, a enfermeira liberou sua presença no atendimento, de modo que a mãe pudesse estar perto dos dois filhos. Nesse caso, foi designado um profissional de suporte à família.

Das famílias presentes no atendimento, 5,3% (3) foram retiradas pelos profissionais para abrir a ficha assistencial do paciente. Nas três situações em que a família foi retirada do atendimento, estavam dois familiares presentes no local. Utilizando o teste exato de Fisher, houve correlações, com p=0,045, em que o familiar foi retirado do atendimento quando havia dois deles presentes no local de atendimento, e o pai foi o mais retirado durante o procedimento (p=0,028), conforme apresentando na tabela abaixo.

Tabela 6 - Associação entre família ser retirada do atendimento e número de familiares presentes no atendimento/parentesco do familiar presente com o paciente. São Paulo, 2017.

Variáveis		**A família foi retirada algum momento do atendimento?***		
		Não n (%)	Sim n (%)	**P**
Número de familiares presentes	1	36 (100%)	0 (0%)	0,045
	2	18 (85,7%)	3 (14,3%)	
Mãe	Não	10 (100%)	0 (0%)	1
	Sim	44 (93,6%)	3 (6,4%)	
Pai	Não	39 (100%)	0 (0%)	0,028
	Sim	15 (83,3%)	3 (16,7%)	
Avó/Avô	Não	50 (94,3%)	3 (5,7%)	1
	Sim	4 (100%)	0 (0%)	
Tia/Tio	Não	51 (94,4%)	3 (5,6%)	1
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	
Outros	Não	49 (94,2%)	3 (5,8%)	1
	Sim	5 (100%)	0 (0%)	

* Para um total de 57 pacientes elegíveis

Em todas as situações em que o pai foi retirado do atendimento, a mãe da criança estava também presente no local.

Não houve correlação entre a retirada da família do atendimento com as variáveis ao designar um profissional de suporte familiar e a categoria profissional ou de graduação deste. Entretanto, as famílias só foram retiradas do atendimento nas situações em que o profissional de suporte era pertencente a equipe médica, vide tabela abaixo:

Tabela 7 - Associação entre família ser retirada do atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017.

Variáveis		**A família foi retirada algum momento do atendimento?***		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Um membro da equipe foi designado como suporte familiar?	Não	19 (95%)	1 (5%)	1
	Sim	35 (94,6%)	2 (5,4%)	
Médico	Não	18 (94,7%)	1 (5,3%)	1
	Sim	17 (94,4%)	1 (5,6%)	
Residente de medicina	Não	17 (94,4%)	1 (5,6%)	1
	Sim	18 (94,7%)	1 (5,3%)	
Aluno de enfermagem	Não	34 (94,4%)	2 (5,6%)	1
	Sim	1 (100%)	0 (0%)	
Enfermeiro	Não	32 (94,1%)	2 (5,9%)	1
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	
Auxiliar/técnico de enfermagem	Não	31 (93,9%)	2 (6,1%)	1
	Sim	4 (100%)	0 (0%)	
Residente de enfermagem	Não	32 (94,1%)	2 (5,9%)	1
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	

*Para um total de 57 pacientes elegíveis

Não houve associação entre a retirada da família do atendimento com o tipo de procedimento realizado com o paciente, contudo houve mais tendência de os profissionais retirarem as famílias durante a realização de sondagem gástrica (p=0,199) e intubação traqueal (p=0,103), conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 8 - Associação entre família ser retirada do atendimento e procedimentos realizados. São Paulo, 2017.

Procedimento realizado		**A família foi retirada algum momento do atendimento?***		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Sondagem gástrica	Não	51 (96,2%)	2 (3,8%)	0,199
	Sim	3 (75%)	1 (25%)	
Sondagem vesical	Não	53 (94,6%)	3 (5,4%)	1
	Sim	1 (100%)	0 (0%)	
Coleta de liquor	Não	54 (94,7%)	3 (5,3%)	**
	Sim	0 (0%)	0 (0%)	
Coleta arterial	Não	49 (94,2%)	3 (5,8%)	1
	Sim	5 (100%)	0 (0%)	
Aspiração de vias aéreas	Não	43 (95,6%)	2 (4,4%)	0,515
	Sim	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
Intubação traqueal	Não	53 (96,4%)	2 (3,6%)	0,103
	Sim	1 (50%)	1 (50%)	
Intraóssea	Não	51 (94,4%)	3 (5,6%)	1
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	
Acesso venoso periférico	Não	7 (100%)	0 (0%)	1
	Sim	47 (94%)	3 (6%)	
Procedimentos cirúrgicos	Não	49 (94,2%)	3 (5,8%)	1
	Sim	5 (100%)	0 (0%)	

*Para um total de 57 pacientes elegíveis
** não foi possível análise por não haver variação entre variáveis

Em um dos atendimentos, apesar da equipe multiprofissional não ter retirado a família presente – a mãe e o padrasto da criança –, foi registrado no instrumento a observação de que a família permaneceu indiferente à criança e às explicações fornecidas pelos profissionais durante o atendimento – a mãe e padrasto permaneceram o tempo todo no celular. O enfermeiro relatou que todos os profissionais envolvidos no atendimento gostariam de ter retirado os familiares do local.

Das famílias que aceitaram o convite para estar presente no atendimento, 8,8% optou por sair do atendimento em algum momento. Os motivos registrados pela enfermeira no instrumento de coleta de dados que justificaram a saída do familiar do local de atendimento foram:

- Uma mãe que foi telefonar para avisar o marido sobre o que tinha acontecido. Essa mãe ainda questionou os profissionais se poderia ir para casa ao término do atendimento, pois tinha mais seis filhos pequenos em casa e estava preocupada com eles;
- Uma mãe que não quis presenciar a intubação traqueal do filho;
- Uma mãe que estava angustiada com o filho chorando durante o atendimento;
- Uma mãe que precisou ir ao banheiro;
- Uma mãe que não queria presenciar a colocação da agulha intraóssea.

Houve associação estatística entre a família optar por sair durante o atendimento e o tipo de procedimento realizado com a criança para intubação traqueal (p=0,006), aspiração de vias aéreas (p=0,006) e coleta arterial (p=0,056), havendo também tendência da família optar por sair do atendimento para os procedimentos de colocação de agulha intraóssea (p=0,245) e sondagem gástrica (p=0,315), conforme tabela abaixo:

Tabela 9 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e procedimento realizado. São Paulo, 2017.

Procedimento realizado		**A família optou por sair algum momento do atendimento?***		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Sondagem gástrica	Não Sim	49 (92,5%) 3 (75%)	4 (7,5%) 1 (25%)	0,315
Sondagem vesical	Não Sim	51 (91,1%) 1 (100%)	5 (8,9%) 0 (0%)	1
Coleta de liquor	Não Sim	52 (91,2%) 0 (0%)	5 (8,8%) 0 (0%)	**
Coleta arterial	Não Sim	49 (94,2%) 3 (60%)	3 (5,8%) 2 (40%)	0,056
Aspiração de vias aéreas	Não Sim	44 (97,8%) 8 (66,7%)	1 (2,2%) 4 (33,3%)	0,006
Intubação traqueal	Não Sim	52 (94,5%) 0 (0%)	3 (5,5%) 2 (100%)	0,006
Intraóssea	Sim Não Sim	1 (100%) 50 (92,6%) 2 (66,7%)	0 (0%) 4 (7,4%) 1 (33,3%)	0,245
Acesso venoso periférico	Não Sim	7 (100%) 45 (90%)	0 (0%) 5 (10%)	1
Procedimentos cirúrgicos	Não Sim	47 (90,4%) 5 (100%)	5 (9,6%) 0 (0%)	1

*Para um total de 57 pacientes elegíveis
* não foi possível cruzamento por não haver variação entre variáveis

Sendo relacionada as situações em que a família decidiu sair do local de atendimento em algum momento e a categoria profissional/graduação do profissional de suporte, houve associação estatística para quando o membro da equipe designado foi o auxiliar/técnico de enfermagem (p=0,026) e uma tendência quando esse profissional era o enfermeiro (p=0,23), conforme apresentado na tabela abaixo:

Tabela 10 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e designação de profissional de suporte/ categoria profissional ou de graduação em saúde do profissional de suporte. São Paulo, 2017

Variáveis		**A família optou por sair algum momento do atendimento?***		
		Não n (%)	Sim n (%)	**P**
Um membro da equipe foi designado como suporte familiar?	Não	18 (90%)	2 (10%)	1
	Sim	34 (91,9%)	3 (8,1%)	
Médico	Não	17 (89,5%)	2 (10,5%)	1
	Sim	17 (94,4%)	1 (5,6%)	
Residente de medicina	Não	16 (88,9%)	2 (11,1%)	0,604
	Sim	18 (94,7%)	1 (5,3%)	
Aluno de enfermagem	Não	33 (91,7%)	3 (8,3%)	1
	Sim	1 (100%)	0 (0%)	
Enfermeiro	Não	32 (94,1%)	2 (5,9%)	0,23
	Sim	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Auxiliar/técnico de enfermagem	Não	32 (97%)	1 (3%)	0,026
	Sim	2 (50%)	2 (50%)	
Residente de enfermagem	Não	31 (91,2%)	3 (8,8%)	**1**
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	

*Para um total de 57 pacientes elegíveis

Os familiares optaram por sair em algum momento do atendimento mais nas situações em que tinham mais que um familiar presente no local de atendimento (p=0,642) e quando o familiar presente era mãe da criança (p=0,574), conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 11 - Associação entre família ter saído espontaneamente do atendimento e número de familiares presentes no atendimento/parentesco do familiar presente com o paciente. São Paulo, 2017.

Variáveis		**A família optou por sair algum momento do atendimento?***		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Número de familiares presentes	1	32 (88,9%)	4 (11,1%)	0,642
	2	20 (95,2%)	1 (4,8%)	
Mãe	Não	10 (100%)	0 (0%)	0,574
	Sim	42 (89,4%)	5 (10,6%)	
Pai	Não	35 (89,7%)	4 (10,3%)	1
	Sim	17 (94,4%)	1 (5,6%)	
Avó/ Avô	Não	48 (90,6%)	5 (9,4%)	1
	Sim	4 (100%)	0 (0%)	
Tia/ Tio	Não	49 (90,7%)	5 (9,3%)	1
	Sim	3 (100%)	0 (0%)	
Outros	Não	47 (90,4%)	5 (9,6%)	1
	Sim	5 (100%)	0 (0%)	

*Para um total de 57 pacientes elegíveis

Em nenhum dos atendimentos ocorreu interrupção da assistência ao paciente devido à presença familiar.

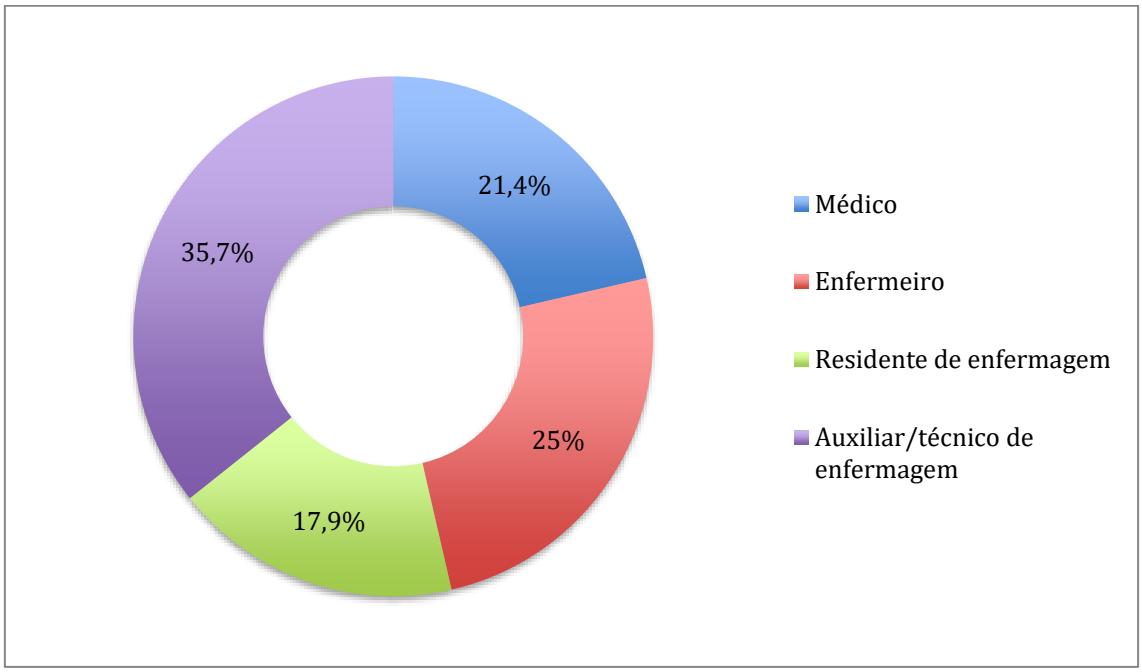
O indicador de resultado da aplicação do protocolo na prática assistencial, denominado "Interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica", representada pelo número de interrupções da assistência ao paciente em decorrência da presença da família em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica com a presença da família foi igual a zero.

5.4 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À APLICAÇÃO DO PROTOCOLO

Foram devolvidos 65,1% (28) do instrumento Percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento hospitalar de emergência

pediátrica" entregues aos profissionais de saúde. Em relação a categoria profissional, a maioria dos respondentes era pertencente a equipe de enfermagem (78,6%), conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 2 - Categoria dos profissionais que preencheram o instrumento "Percepção dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo "Presença da família no atendimento hospitalar de emergência pediátrica"



Correlacionando a entrega e devolução da ferramenta com a categoria profissional dos participantes, os médicos foram os profissionais que menos devolveram. A devolução dos enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, residentes de enfermagem e dos médicos foi respectivamente 100%; 66,6%; 62,5% e 46,1%.

No que se refere ao tempo de formação profissional, a maioria (78,6%) dos respondentes tinha mais que 10 anos de formado. Quando considerado o tempo de atuação do profissional em serviço de emergência pediátrica, a maioria (71,4%) da amostra também tinha mais que dez anos de prática profissional.

Dos profissionais que devolveram o questionário, 67,9% (19) realizaram o treinamento "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar: aplicação de um protocolo". Daqueles que não participaram dessa etapa do estudo, metade (quatro) relatou ter realizado a leitura do protocolo previamente à introdução na prática assistencial. Um dos profissionais que não realizou o treinamento, não respondeu à questão referente a leitura do protocolo e foi excluído da análise dessa variável.

Em relação a ter aplicado o protocolo na prática, a maioria (77,8%) relatou ter participado de atendimentos de emergência com a aplicação do protocolo. Quando indagados em relação à confiança para utilizar o protocolo em seu exercício profissional, a maioria (85,7%) dos profissionais relatou sentir-se confiante. A razão atribuída pelos profissionais que não se sentiram confiantes em aplicar o protocolo foi não ter realizado o treinamento.

Houve associação entre a confiança do profissional em aplicar o protocolo em sua prática profissional com ter o aplicado em seu exercício profissional, com p=0,025, e uma tendência dessa correlação dentre os profissionais que realizaram o treinamento (p=0,084) ou realizaram leitura prévia do protocolo (p=0,143). Os enfermeiros foram os profissionais que se sentiram mais confiantes para utilizar o protocolo e os médicos os menos confiantes, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 12 - Associação entre confiança de aplicar o protocolo na prática profissional e categoria profissional, tempo formação profissional, tempo de atuação em emergência pediátrica, participação no treinamento, leitura do protocolo e aplicação do protocolo na prática profissional. São Paulo, 2017.

Variáveis		**Sente-se confiante em aplicar o protocolo?**		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Categoria profissional	Médico	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,411
	Enfermeiro	0 (0%)	7 (100%)	
	Residente de enfermagem	1 (20%)	4 (80%)	
	Auxiliar/técnico de enfermagem	1 (10%)	9 (90%)	
Tempo formação	< 9 anos	1 (16,7%)	5 (83,3%)	1
	≥ 10 anos	3 (13,6%)	19 (86,4%)	
Tempo atuação em emergência pediátrica	< 9 anos	1 (12,5%)	7 (87,5%)	1
	≥ 10 anos	3 (15%)	17 (85%)	
Realizou treinamento	Não	3 (33,3%)	6 (66,7%)	0,084
	Sim	1 (5,3%)	18 (94,7%)	
Realizou leitura do protocolo	Não	3 (75%)	1 (25%)	0,143
	Sim	0 (0%)	4 (100%)	
Usou o protocolo	Não	3 (50%)	3 (50%)	0,025
	Sim	1 (4,8%)	20 (95,2%)	

Praticamente, todos os profissionais (94% dos participantes) que se sentiram confiantes para aplicar o protocolo em sua prática profissional, realizaram o treinamento, leitura do

protocolo antes de sua introdução na prática assistencial ou participaram de um atendimento quando o protocolo tenha sido aplicado.

Os profissionais que realizaram o treinamento aplicaram mais o protocolo em sua prática profissional do que os demais profissionais (p=0,044), conforme demonstrado na tabela abaixo:

Tabela 13 - Associação entre ter aplicado o protocolo na prática clínica e participação no treinamento e leitura do protocolo. São Paulo, 2017.

Variáveis		**Aplicou protocolo na prática profissional?**		**P**
		Não n (%)	Sim n (%)	
Realizou treinamento	Não	4 (50%)	4 (50%)	0,044
	Sim	2 (10,5%)	17 (89,5%)	
Realizou leitura do protocolo	Não	3 (75%)	1 (25%)	0,486
	Sim	1 (25%)	3 (75%)	

As dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde para a aplicação do protocolo na prática assistencial relatadas pelos profissionais incluíram:

- A maior dificuldade é com as famílias que negligenciam as crianças e ficam no celular jogando ou navegando no Facebook durante o atendimento;
- Anotar no prontuário do paciente se houve presença da família, quem ficou e a resposta frente à situação;
- Falta de recursos humanos;
- Agressividade por parte do familiar;
- Alguns profissionais da equipe multiprofissional permanecem com a família a fim de saber a história clínica, porém, não necessariamente, as acolhendo;
- Ter a designação pré-estabelecida de qual membro da equipe deve iniciar o acolhimento da família;
- Excesso de passos do fluxograma, o qual pode ser simplificado;
- Acho nossa sala de emergência pequena e sendo um hospital de ensino, esta, às vezes, fica com muitos observadores;
- A resistência de alguns profissionais;

- Ausência de *feedback* do atendimento por parte dos familiares de modo sistemático;
- Ausência de local mais reservado para casos que requeiram privacidade;
- Às vezes, na "emoção" do atendimento, esquecemos de designar um membro da equipe para dar suporte à família;
- Falta de familiarização da equipe com a presença da família na emergência;
- Equipe pouco esclarecida sobre a importância da família durante o atendimento de emergência;
- Às vezes, é necessário tempo até que o familiar, que estava nervoso, compreenda que pode ficar junto ao paciente;
- A equipe de enfermagem se apropriou do conhecimento e colocou em prática com mais facilidade do que a equipe médica;
- O funcionário, que vai dar apoio emocional à família, tem que ter estabilidade emocional.

Os relatos dos profissionais foram analisados e codificados em dezessete categorias iniciais e reagrupadas de acordo com a similaridade em seis categorias finais, conforme quadro abaixo:

Quadro 5 - Dificuldades percebidas pelos profissionais para aplicarem o protocolo na prática clínica

DIFICULDADES PERCEBIDAS PARA A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO	
CATEGORIAIS INICIAIS	**CATEGORIAS FINAIS**
1. Definir previamente quem será o profissional de suporte	1. Falta de profissionais para assumir exclusivamente o papel de suporte familiar
2. Falta de profissionais	
3. Falta de familiaridade de atuar com a família presente no atendimento	2. Falta de treinamento de todos os profissionais para o uso do protocolo
4. Equipe não reconhecer os benefícios da presença da família	
5. Falta de preparo dos profissionais para acolher as famílias	
6. Resistência de alguns profissionais	
7. Equipe de enfermagem mais preparada para aplicar o protocolo do que a equipe médica	
8. Documentar a aplicação do protocolo no prontuário do paciente	
9. Familiar indiferente ao paciente durante o atendimento	3. Falta de avaliação contínua da família durante o atendimento
10. Familiar agressivo	
11. Familiar nervoso, que não consegue compreender o convite para permanecer no atendimento	
12. Profissionais esquecerem de designar o profissional de suporte	4. Falta de clareza do papel do suporte familiar
13. Falta de *feedback* da família sobre a experiência de ter permanecido no atendimento	
14. Profissional de suporte tem que ter equilíbrio emocional	
15. Fluxograma do protocolo com excesso de passos	5. Fluxograma extenso
16. Ausência de local privativo para a família	6. Falta de estrutura física para acolhimento do familiar
17. Local de atendimento pequeno	

Em relação às facilidades para aplicar o protocolo, as percepções relatadas pelos profissionais foram:

- Qualquer membro da equipe poder fazer o acolhimento às famílias, achava antes que era limitado a equipe médica;
- Equipe favorável à prática;
- A equipe compreender a importância da família durante a emergência;
- Alguns profissionais tem o olhar diferenciado sobre o tema e isso ajudou bastante;
- Ter bagagem acadêmica com o conteúdo do CCPF;
- Atendimento organizado;
- A equipe se sente mais segura sabendo que a família está sendo orientada e terá alguém para oferecer suporte;
- Domínio das técnicas de reanimação e segurança por parte da equipe, que não tem medo de serem questionados quanto suas habilidades profissionais;
- O instrumento com perguntas em *checklist* tornou-o dinâmico e prático no seu uso;
- Sensibilização prévia dos profissionais;
- Prática que já acontecia antes da implementação do protocolo em grande parte dos atendimentos;
- Estudos prévios por enfermeira da área, reforçando a importância da família no atendimento emergencial;
- É um protocolo simples, que não demanda muito tempo;
- Toda a equipe fala a mesma linguagem e tem a mesma postura.

Os resultados acima foram analisados e agrupados em quinze categoriais iniciais e sete finais, conforme quadro a seguir:

Quadro 6 - Facilidades percebidas pelos profissionais para aplicarem o protocolo na prática clínica

FACILIDADES PERCEBIDAS PARA A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO	
CATEGORIAIS INICIAIS	**CATEGORIAS FINAIS**
1. Profissionais compreendem a importância da presença da família no atendimento	1. Equipe sensibilizada à aplicação do protocolo
2. Equipe favorável à prática	
3. Experiência prévia com famílias em atendimento de emergência	
4. Sensibilização prévia dos profissionais sobre o tema	
5. Suporte familiar pode ser feito por qualquer membro da equipe	2. Importância do profissional de suporte familiar
6. Profissionais mais tranquilos quando tem alguém da equipe responsável por ser o suporte familiar	
7. Profissional ter segurança na prática assistencial	3. Experiência profissional
8. Conhecimento teórico prévio sobre CCPF	4. CCPF como alicerce teórico
9. Protocolo dinâmico	5. Protocolo fácil de ser aplicado
10. Rápido preenchimento do protocolo	
11. Atendimento organizado	6. O protocolo como padronizador da rotina assistencial
12. Padroniza as ações dos profissionais	
13. Ter apoio institucional	
14. Estudos prévios sobre o tema por enfermeira atuante no local de estudo	7. Ter profissionais referência sobre o tema
15. Ter profissional dentro da equipe com olhar sensível ao tema	

Em relação a aplicabilidade do protocolo no local de estudo, os profissionais relataram que é um instrumento que normatiza a prática que já acontece no local e é fácil de ser aplicado. Entretanto percebem a necessidade de que toda a equipe de saúde seja sensibilizada sobre o tema do CCPF e treinada para aplicar o protocolo em sua prática profissional, conforme o recorte de algumas das frases registradas pelos profissionais:

- O pronto-socorro infantil do HU-USP terá muita facilidade para aplicar o protocolo, pois a presença da família já é uma prática comum na unidade;
- Apesar de algumas pessoas serem resistentes, a maioria das pessoas da equipe médica e de enfermagem está habituada com a presença da família. A existência do protocolo é uma forma de formalizar a presença da família;
- Acho o protocolo bem simples e fácil de ser aplicado;
- É necessário aplicar treinamento efetivo a toda equipe, para sensibilizar como parte da abordagem do CCPF.

As modificações visando o aprimoramento do protocolo sugeridas pelos profissionais e retratadas por seu discurso foram:

- Colocar um funcionário específico para abrir a ficha de atendimento do paciente, pois a família perde muito tempo da emergência com esse momento;
- Estipular o limite de um acompanhante, fazendo revezamento, devido ao espaço físico pequeno;
- Devido à sala de emergência ser pequena, o ideal é ter uma sala anexa para conversar e acolher os familiares;
- É necessário ter melhor preparação da equipe para lidar com famílias aflitas;
- Estabelecer qual membro da equipe deve ser designado para iniciar o acolhimento da família;
- Ter menos informações no fluxograma;
- No atendimento, a presença da segurança é mandatória, pois a situação é tensa, e a demora no atendimento para quem está esperando gera conflitos e até agressões contra a equipe;
- Incluir a discussão com a equipe multiprofissional em casos "problemáticos", na mesma linha de discussão dos atendimentos de emergência que geraram estresse na equipe.

5.5 ANÁLISE DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

A busca no serviço de arquivamento de prontuários permitiu localizar somente 81,5% das anotações de enfermagem. Os demais registros não foram encontrados e o funcionário do serviço de arquivamento referiu que, provavelmente, foram arquivados incorretamente ou destinados para arquivamento externo à instituição, não sendo possível a recuperação.

A metade (50%) dos registros de enfermagem encontrados não continha nenhuma anotação relacionada à família e a outra metade continha somente a anotação de que a família estava presente no atendimento.

Os conteúdos relacionados à aplicação do protocolo na prática assistencial, a existência de critérios impeditivos para a presença da família no atendimento, a retirada espontânea ou não da família durante o atendimento e interrupção da assistência ao paciente não foram identificados em nenhum dos registros de enfermagem.

5.6 ELABORAÇÃO DA VERSÃO FINAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

A partir das dificuldades relatadas para a aplicação do protocolo na prática profissional e das sugestões de modificações oferecidas pelos profissionais, associadas aos resultados da análise do uso do protocolo no local de estudo, decidiu-se pela inclusão das seguintes ações na versão final do protocolo:

- Incluir negligência familiar e impossibilidade de comunicação com a família como critérios impeditivos para a permanência dos familiares no local de atendimento;
- O enfermeiro ser responsável por relembrar o restante da equipe que alguém deve assumir o papel de suporte da família;
- Um membro da equipe ser responsável pela abertura de ficha de atendimento do paciente, de modo que a família não seja retirada do atendimento para esse fim;
- Ter uma sala de espera privativa para a família, para quando a mesma optar por não permanecer no atendimento ou quando for necessária uma conversa mais reservada;
- Fluxograma com menos informações.

As demais ações sugeridas ou indicadas como limitadoras pelos profissionais não foram incluídas na versão final do protocolo, pois refletiam a falta de conhecimento ou sensibilização dos profissionais em relação ao conteúdo do protocolo como consequência da falta de treinamento de toda a equipe multiprofissional ou decorriam da necessidade de mudanças institucionais. Esses tópicos serão abordados no seguir do estudo. A versão final do protocolo é apresentada no Apêndice 8, sendo colocadas em destaque as alterações realizadas.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A utilização do protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar" na prática assistencial de um serviço de emergência pediátrico demonstrou a viabilidade para ser aplicado em hospitais brasileiros, uma vez que a equipe de saúde compreendeu e empregou com facilidade as ações: as famílias foram inseridas no local de atendimento e a assistência ao paciente foi garantida sem interrupções.

A maioria (98,5%) das famílias do presente estudo já estava ao lado da criança na ocorrência do atendimento, assim como descrito em outro estudo[63] realizado nos Estados Unidos, em que 90% das famílias chegaram ao hospital juntamente com a criança em situação emergencial. Vale ressaltar que a partir do momento em que se estendeu a definição dos atendimentos para além dos realizados em sala de emergência, em muitas situações de nosso estudo, o paciente e sua família já se encontravam no ambiente hospitalar.

Apesar de o enfermeiro ter registrado que, em cerca de 2/3 dos atendimentos, um membro da equipe foi designado como profissional de suporte, supõe-se que, pelo quadro insuficiente de profissionais do local de estudo, parte desse contingente tenha se referido a situações em que os profissionais tenham assumido concomitantemente à assistência ao paciente e o papel de suporte à família. Entretanto, o resultado é semelhante a um estudo[66] realizado nos Estados Unidos, em que 67% das famílias tiveram um profissional de suporte ao lado durante a realização de procedimentos invasivos e/ou RCP pediátrica.

A maioria dos profissionais designados como suporte da família pertencia à categoria médica, que não realizou o treinamento para aplicar o protocolo e acolher os familiares diante situações emergenciais; desse modo, não há como garantir que a aproximação tenha sido focada em suas reais necessidades. O acolhimento deve ser baseado em um relacionamento de reciprocidade, não hierárquico, em que os profissionais reconheçam que as famílias têm habilidades para enfrentar os problemas de saúde[72].

O uso do protocolo na prática permitiu ainda verificar a necessidade de modificações em seu fluxo de ações. Foram registradas situações pelos enfermeiros que, apesar de não constarem no protocolo, contribuíram para a ampliação das contraindicações da presença da família no atendimento, incluindo a impossibilidade de comunicação e a negligência desta com o paciente. Outro estudo[54], que também avaliou a aplicação na prática assistencial de um protocolo que favorece a permanência da família no atendimento de emergência pediátrica,

incluiu em seu protocolo - após o uso na clínica - a contraindicação da suspeita de abuso para que a família pudesse permanecer no atendimento.

Após o comportamento dos familiares ser avaliado como seguro para a permanência no atendimento, praticamente todas (93,4%) as famílias de nosso estudo aceitaram o convite para estar ao lado do paciente na situação de emergência. Resultados similares são descritos em outros dois estudos[54,63] realizados nos Estados Unidos, em que 97,1% a 100% das famílias decidiram por sua presença durante a realização de procedimentos invasivos e RCP pediátrica.

A tendência das famílias em não aceitarem o convite para permanecer no atendimento nas situações, em que o enfermeiro foi designado como profissional de suporte, parece ser reflexo de todos os enfermeiros terem sido treinados para aplicar o protocolo e acolher as famílias diante situações emergenciais. Esse preparo dos enfermeiros pode ter implicado em uma abordagem inicial voltada para as necessidades familiares, os quais, desse modo, ficaram à vontade para declinar o convite. As famílias, ao serem convidadas para estar presente no atendimento de emergência, devem ser esclarecidas de que o convite é uma opção e não obrigação[34].

Na maioria dos atendimentos (63,2%), apesar da possibilidade de dois familiares estarem presentes, somente um permaneceu. O principal grau de parentesco do familiar presente com o paciente era a mãe (82,5%), seguida do pai (31,6%). A realidade da mãe ser a acompanhante principal da criança também é apresentada em outros dois estudos realizados nos Estados Unidos[54,63], em que a mãe esteve presente entre 60% a 74% dos atendimentos, enquanto o pai, em 16% a 28%. Em um desses estudos[63], apesar de também ser permitida a presença de dois familiares, na maioria dos atendimentos (70%), somente um esteve presente.

Por ser rotina no local de estudo, quando as famílias são retiradas do atendimento para abrir a ficha do paciente, é provável que o resultado de familiares retirados do atendimento (5,3%) seja ainda maior. Em todas as situações em que foi retirada para abertura de ficha, dois familiares estavam presentes no atendimento. Portanto, retirar a família para resolver questões burocráticas do serviço, desconsidera suas escolhas, já que, pelo protocolo, poderiam decidir estar em dois familiares no atendimento.

A circunstância das famílias terem sido retiradas do atendimento somente nas situações em que o profissional de suporte designado era um membro da equipe médica parece estar correlacionada ao fato dos médicos não terem sido treinados e, portanto, não estariam preparados para acolher as necessidades familiares. Com resultados similares, um outro

estudo[25] realizado nos Estados Unidos relatou que os familiares também foram retirados pela equipe médica em 3% dos atendimentos de emergência.

Não há explicação para a tendência mais elevada ao retirar as famílias do atendimento durante a realização de sondagem gástrica e intubação traqueal, pois ambos os procedimentos têm grau de invasão bem diferente e são realizados por membros distintos da equipe de saúde. Em um estudo[54] realizado nos Estados Unidos, as famílias foram solicitadas a sair em 3,5% dos atendimentos, devido ao desconforto do médico em realizar o procedimento de intubação traqueal ao ser observado pelos familiares do paciente.

Aqueles que se retiraram do atendimento por vontade própria (8,8%) expressaram sua autonomia em decidir o que é melhor para si diante de situações difíceis. O fato de terem saído mais nas situações em que os profissionais de suporte eram o auxiliar/técnico de enfermagem ou enfermeiro parece ser resultado da maior adesão desses profissionais ao treinamento para aplicarem o protocolo na prática assistencial, já que uma das ações do protocolo consiste justamente em informá-los que podem entrar e sair livremente do local de atendimento, quando desejarem.

As famílias ainda optaram por sair mais em situações em que estavam dois familiares presentes em algum do momento do atendimento, o que parece conferi-lhes mais segurança ao ter alguém observando o que está acontecendo no atendimento. Com resultado inferior ao descrito em nosso estudo, em outro[63] estudo realizado nos Estados Unidos, apenas 0,9% das famílias optaram por sair em algum momento do atendimento por sentir abaladas emocionalmente. Dois outros estudos[23,54] americanos, encontraram resultados semelhantes com os descritos em nosso estudo: 7% a 11% das famílias optaram por sair do atendimento por não se sentirem confortáveis emocionalmente em estar presente no atendimento. Encontrando resultados ainda superiores, um estudo[25] relatou que 27% das famílias optaram por sair do atendimento de emergência durante a realização de procedimentos mais invasivos.

Não houve registro de interrupção da assistência ao paciente durante o período em que foi aplicado o protocolo no local de estudo, indicando que a presença da família não implica em interferência nos procedimentos realizados, mesmo nas situações em que não é possível designar um profissional de suporte familiar. Dois outros estudos[51,63] realizados nos Estados Unidos também não encontraram interrupções da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento. Em contrapartida, outro estudo[66] americano encontrou 2% de interrupções da assistência ao paciente após a adoção de um programa de sensibilização para incluir as famílias durante a realização de procedimentos invasivos e RCP.

A confiança dos profissionais deste estudo em aplicar o protocolo foi positivamente correlacionada com a experiência de tê-lo submetido em sua prática profissional e ter realizado o treinamento prévio para acolher famílias em situações emergenciais. Na mesma linha, os enfermeiros perceberam mais confiança do que os médicos para aplicarem o protocolo em sua realidade assistencial, sendo a participação dos enfermeiros no treinamento correspondente a 100% e a dos médicos zero. Um estudo demonstrou os mesmos resultados, em que, quanto mais o enfermeiro convidava as famílias a estarem presentes durante RCP, mais confiantes se tornavam para aplicar essa prática[73].

Relatando as facilidades percebidas para aplicar o protocolo em sua realidade profissional, os profissionais referenciaram a utilização do CCPF como alicerce teórico para a prática. Além disso, a existência de membros da equipe com domínio sobre o tema atua como referência e sensibilização nos demais profissionais para a inclusão da família no atendimento de emergência pediátrica. Ao adotarem o CCPF como abordagem de cuidado, os profissionais passam a reconhecer o papel integral da família na vida da criança e a importância do envolvimento e reconhecimento de suas perspectivas no ambiente de emergência[5].

A instrumentalização dos profissionais para aplicar o protocolo em seu exercício profissional permitiu que compreendessem os benefícios da inclusão das famílias no atendimento de emergência, tornando a equipe mais favorável à prática. Essa correlação também é descrita em outros estudos[38,39.58,] disponíveis na literatura, que indicam uma abordagem mais favorável dos profissionais às famílias após serem treinados para acolherem-nas no cenário de emergência.

A sensibilização prévia dos profissionais para acolher as famílias no cenário emergencial também se demonstrou como ação favorável à prática. Um estudo[39] demonstrou que médicos e enfermeiros com educação pregressa sobre o tema eram mais favoráveis a ter a família presente durante RCP do que os demais profissionais.

A designação de qualquer membro da equipe multiprofissional para oferecer suporte para a família durante o atendimento proporcionou tranquilidade aos demais profissionais, os quais puderam concentrar esforços na assistência ao paciente. Um outro estudo[62] relatando a experiência de um hospital, que inicialmente designou o enfermeiro como suporte familiar durante o atendimento de trauma pediátrico, demonstrou que, com o passar do tempo, outros profissionais também assumiram espontaneamente essa função[62].

Ter domínio das atividades assistenciais também conferiu segurança para os profissionais incluírem as famílias no cenário de emergência, uma vez que ter suas habilidades técnicas avaliadas seja uma preocupação. A experiência prévia com a família no cenário de emergência também foi relatada pelos profissionais do presente estudo como um fator positivo para a prática. Essas condições também foram relatadas em estudo[39], que indicou que quanto mais os profissionais já tivessem a experiência de ter a família presente em uma reanimação ou realizassem atendimentos de RCP, mais consideravam incluir a família nesse cenário.

Em relação ao conteúdo do protocolo, os profissionais o consideraram de fácil aplicação e padroniza as ações dos profissionais, ancoradas por diretrizes institucionais, impedindo que os membros da equipe tomem condutas baseadas em suas próprias crenças relacionadas às famílias. Um estudo[66] demonstrou que, após o treinamento de profissionais para o uso de um protocolo que incluía as famílias durante a realização de procedimentos invasivos e RCP, estas foram incluídas mais vezes no cenário de emergência. Em contrapartida, os profissionais de nosso estudo consideraram o fluxograma do protocolo extenso; consequentemente, as etapas foram revistas e encurtadas para a aplicabilidade na prática profissional.

As dificuldades percebidas pelos profissionais para aplicar o protocolo na prática profissional incluíram a falta de contingente de profissionais para assumir exclusivamente o cuidado à família durante o atendimento de emergência. Dois estudos[59,60] reforçam que as famílias não devem ser excluídas do atendimento de emergência na impossibilidade de que um profissional assuma exclusivamente o papel de suporte a eles; nesse caso, os profissionais devem assumir concomitantemente o cuidado à família e ao paciente, demonstrando que é possível que esta seja acolhida nas situações em que os profissionais tenham que dividir sua atenção entre os parentes e o paciente. Familiares de um estudo[66] reportaram níveis similares de compreensão dos procedimentos realizados durante o atendimento, suporte e conforto recebidos independente se foi ou não designado um profissional de suporte.

Outra limitação descrita pelos profissionais para a utilização do protocolo é a definição prévia para a emergência de qual membro da equipe assumirá o papel de suporte familiar, decorrente da própria falta de profissionais dos serviços de saúde e da imprevisibilidade da situação emergencial. Essa mesma dificuldade é citada por enfermeiros de um estudo[65] realizado nos Estados Unidos ao descrever o uso de um protocolo que favorecia a presença da família em atendimentos de emergência.

A falta de estrutura física - incluindo espaço restrito no local de atendimento e ausência de um ambiente privativo para a família permanecer ou conversar com a equipe de saúde -

também foi indicada pelos profissionais como limite para o uso do protocolo na prática assistencial. Apesar das restrições descritas serem uma realidade do local de estudo, foi possível acomodar dois familiares em 1/3 dos atendimentos. É realmente necessário que os serviços de saúde readequem o espaço físico de modo a garantir a privacidade das famílias, especialmente nas situações emergenciais[61].

A falta de treinamento de todos os profissionais em nosso estudo implicou na não compreensão das contraindicações para a presença da família no atendimento e das ações atribuídas ao profissional de suporte familiar. A equipe de enfermagem teve atitudes mais sensíveis às necessidades familiares, em decorrência da capacitação que realizaram para acolhe-los em situações emergenciais.

Quanto a ter um segurança no local do atendimento de emergência, configura-se em uma barreira para a inclusão das famílias nesse cenário. Os conflitos ocasionados entre famílias e profissionais podem ser evitados ao se ter clareza das contraindicações para a permanência desta no atendimento. Dois estudos[51,62] descreveram a experiência de serviços de saúde com a adoção de protocolo para incluir as famílias no atendimento de emergência pediátrica e ambos indicaram o treinamento da equipe de saúde como ação fundamental para a efetividade da aplicação do protocolo; além disso, sugeriram que o treinamento deva ser continuado, especialmente em hospitais de ensino, onde novos alunos são incorporados com frequência ao serviço.

Como limitação, os profissionais referiram que as famílias nem sempre compreendem que podem estar presentes no atendimento de emergência; no entanto, é necessário reconhecer que a capacidade dos familiares compreenderem as informações fornecidas pode estar prejudicada pela vulnerabilidade imposta pela situação emergencial[6].

Embora tenham citado como dificuldade para a aplicação do protocolo a falta de retorno das famílias sobre a experiência no atendimento de emergência, os profissionais precisam compreender que a comunicação deve ocorrer sem hierarquia e que pode partir deles a busca ativa pela resposta[73].

Outra dificuldade descrita pelos profissionais é a de documentar a aplicação do protocolo no prontuário do paciente a qual, de fato, ao analisar os registros de enfermagem, não foi registrada por eles. Uma possível explicação para a ausência do registro foi de o enfermeiro já ter assinalado a aplicação do protocolo no instrumento “Dinâmica do Atendimento com a Aplicação do Protocolo Presença da família no atendimento de emergência pediátrica

hospitalar" – o qual não compõe o prontuário do paciente – e pode ter gerado a sensação de informações duplicadas.

A importância de documentar aspectos relacionados à presença da família é descrita em estudo[54], em que a assistente social da instituição fica responsável em registrar se houve contraindicação para a permanência da família no atendimento, se esta aceitou o convite, como se deu a dinâmica do atendimento com a sua presença e se a família saiu ou foi retirada em algum momento do local.

7 LIMITAÇÕES

7 LIMITAÇÕES

O fato da equipe médica não ter realizado o treinamento para aplicar o protocolo na prática assistencial foi um limitador desse estudo, a partir do momento que os afastou de reconhecer e acolher as necessidades familiares diante de uma situação emergencial, o que não permitiu a análise que incluísse informações de outra categoria profissional.

Não foi realizada uma investigação da dinâmica de atendimento de emergência antes da aplicação do protocolo, o que limita a atribuição dos resultados dessa análise ao treinamento dos profissionais para acolher as famílias em situações emergenciais e a introdução do protocolo na prática assistencial.

Outra limitação é a aplicação do protocolo ter sido testada em um ambiente favorável à presença da família, onde os profissionais já haviam sido sensibilizados em estudo prévio sobre o tema e as famílias que, desde então, são inseridas gradualmente no local de atendimento de emergência.

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

8.1 PARA A PRÁTICA

A principal implicação decorre da transferência do conhecimento disponível para o aprimoramento das práticas clínicas com famílias em contextos de emergência pediátrica.

Um dos primeiros conceitos a ser discutido se refere à transformação ocorrida no local de estudo, no que tange a compreensão do significado de atendimento de emergência. Anteriormente à aplicação do protocolo, os profissionais percebiam os atendimentos emergenciais somente como os realizados em sala de emergência. Com a mudança conceitual ocasionada pela realização do estudo, passaram a entender as emergências a partir das condições clínicas do paciente e da demanda assistencial requerida.

Para a inclusão das famílias no cenário emergencial, é necessário realizar uma restruturação organizacional, incluindo readequação física para acolher e garantir privacidade aos familiares; reorganização do fluxo de informações, otimizando e garantindo o registro da presença da família no prontuário do paciente e modificação das diretrizes institucionais para a promoção de ações acolhedoras às famílias.

Uma estratégia para que os profissionais se fortaleçam para a prática é, ao final de cada atendimento, a realização de uma reflexão coletiva sobre aspectos relacionados a presença da família na emergência. É desejável que essa discussão em equipe inclua os familiares que viveram a experiência de emergência, pois suas perspectivas podem contribuir para o aprimoramento das habilidades dos profissionais para o cuidado das famílias.

8.2 PARA O ENSINO

Permite a elaboração de treinamentos que envolvam a síntese das evidências disponíveis. É necessário realizar a educação permanente sobre o tema da presença da família no atendimento de emergência pediátrica, objetivando manter os profissionais sensíveis ao tema e capacitar os alunos em formação acadêmica.

8.3 PARA A PESQUISA

A aplicação do primeiro protocolo brasileiro, que propicia a inclusão e acolhimento das famílias diante de situações de emergência pediátrica, mostrou-se possível e seguro na prática assistencial. Agora, faz-se necessário o teste desse protocolo em ampla escala e em outros cenários brasileiros de atendimento de emergência à criança, incluindo serviços que já desenvolvem a prática de inclusão das famílias com outros que ainda não a aplicam, além de comparar hospitais de ensino a outras instituições de saúde.

9 CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

A aplicação do protocolo “Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar” na prática assistencial demonstrou ser adequada à realidade de um serviço público de emergência pediátrico brasileiro, garantindo um atendimento sem interrupções ao paciente em que as famílias sejam inseridas no cenário emergencial.

Como alicerce para a prática, é necessária a adoção de uma política institucional favorável à inclusão das famílias nos atendimentos de emergência, o que orienta a prática clínica dos profissionais e fortalece a implantação de protocolos assistenciais. Além disso, é necessário que os profissionais sejam sensibilizados ao tema e treinados para acolher as famílias e aplicar o protocolo em sua realidade profissional. Essas estratégias permitem que os profissionais direcionem suas ações em relação às famílias de modo mais homogêneo e confiante.

Como fundamento teórico, o CCPF é a filosofia de cuidado que ancora a prática de trazer as famílias para o cenário de emergência. Ter dentro da equipe de saúde profissionais com domínio e sensibilização sobre o tema é um elemento favorável à prática ao direcionar os demais para atitudes mais sensíveis em relação às famílias.

A principal ação do protocolo “Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar” consiste na designação de um profissional para ser suporte da família durante o atendimento, pois promove conforto a eles e tranquilidade aos profissionais envolvidos no atendimento ao saber que a família presente está sendo cuidada. Entretanto, na impossibilidade de se ter um profissional disponível exclusivamente para essa atividade, a aplicação do protocolo na prática assistencial demonstrou que a equipe de saúde comprometida no atendimento assume, concomitantemente, o cuidado familiar além de garantir o atendimento ininterrupto ao paciente.

Conclui-se que para o sucesso da aplicação do protocolo na realidade assistencial é necessário que os profissionais de saúde sejam sensibilizados para reconhecer os benefícios da presença da família no atendimento de emergência pediátrica e também sejam instrumentalizados para acolher as famílias nesse contexto. Além disso, as ações que facilitam a implantação do protocolo incluem respaldo teórico na abordagem do CCPF, assim como profissionais que atuem como referência sobre o tema para os demais membros da equipe, além de suporte familiar.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Cruz AC, Angelo M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. Cienc Cuid Saude. 2011;10(4):861-5.

2. Johnson BH. Family-Centered Care: four decades of progress. Fam Syst, Health. 2000;18(2):137-56.

3. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Advancing the practice of patient-and family centered care. How to get started… [Internet]. [citado 2016 oct. 02]. Available from: http://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf.

4. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. Matern Child Health J. 2012;16(2):297-305.

5. Committee on Hospital Care, Institute for Patient and Family-Centered Care. Patient and Family-Centered Care and the pediatrician's role. Pediatrics. 2012; 129(2):394-404.

6. Dudley N, Ackerman A, Brown K, Snow SK, American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians Pediatric Emergency Medicine Committee, et al. Patient- and Family-Centered Care of children in the emergency department. Pediatrics. 2015;135(1):e255-72.

7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1451/95 [Internet]. In: Diário Oficial da União. Brasília; 1995 mar. 17 - Seção I - Página 3666. [citado 2016 oct. 02]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm

8. Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: an option. Ann Emerg Med. 1987;16(6):673-5.

9. Jones BL, Parker-Raley J, Maxson T, Brown C. Understanding health care professionals'views of family presence during pediatric resuscitation. Am J Crit Care. 2011;20(3):199-207.

10. Mekitarian FFP, Angelo M. Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. Rev Paul Pediatr. 2015;33(4):460-6.

11. Silva JH, Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Portela JL, Jantsch LB. Permanência de familiares no atendimento de emergência pediátrica: percepções da equipe de saúde. Rev Baiana Enferm. 2017;31(3):e17427.

12. González GS, Tomás RJ, Etxaniz JS. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. Emergencias. 2010;22(1):175-80.

13. Fullà AG, Alonso PC, Cotanda CP, de la Maza VTS, Cubells CL. ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de Espanã. An Pediatr (Barc). 2010;72(4):243-9.

14. Tripon C, Defossez G, Ragot S, Ghazali A, Boureau-Voutoury A, Scépi M, et al. Parental presence during cardiopulmonary resuscitation of children: the experience, opinions and moral positions of emergency teams in France. Arch Dis Child. 2014;99:310-5.

15. McLean J, Gill FJ, Shields L. Family presence during resuscitation in a paediatric hospital: health professionals' confidence and perceptions. J Clin Nurs. 2016;25(7-8):1045-52.

16. Zavotsky KE, McCoy J, Bell G, Haussman K, Joiner J, Marcoux KK, et al. Resuscitation team perceptions of family presence during CPR. Adv Emerg Nurs J. 2014;36(4):325-34.

17. Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. Pediatr Crit Care Med. 2011;12(2):e46-50.

18. Crowley L, Gallagher P, Price J. To stay or not to stay: children's nurses'experiences of parental presence during resuscitation. Nurs Child Young People. 2015;27(3):34-8.

19. 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(6):713-6.

20. Al-Mutair AS, Plummer V, Copnell B. Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. Nurs Crit Care. 2012;17(2):90-8.

21. Mekitarian FFP. A presença da família em sala de emergência pediátrica: crenças dos pais e dos profissionais de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

22. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Percepção de familiares sobre sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3): e0230015.

23. O'Connell K, Fritzeen J, Guzzetta CE, Clark AP, Lloyd C, Scott SH, et al. Family presence during trauma resuscitation: family members'attitudes, behaviors, and experience. Am J Crit Care. 2017;26(3):229-39.

24. Al-Eissa M, Saleheem H, Yousif A, Al-Manea S, Al-Hijali B, Khan A. Parental presence during resuscitation and invasive procedures in the emergency deparment: Saudi parents` perspectives. J Nurs Care. 2015;4(4):1-5.

25. Young KD. Observational study of family member presence for pediatric emergency department procedures. Pediatr Emerg Care. 2014;30(7):449-52.

26. O'Connell KJ, Carter EA, Fritzeen JL, Waterhouse LJ, Burd RS. Effect of family presence on advanced trauma life support task performance during pediatric trauma team evaluation. Pediatric Emergency Care. In press 2017.

27. Sanders Jr RC, Nett ST, Davis KF, Parker MM, Bysani GK, Adu-Darko M. Family presence during pediatric tracheal intubations. JAMA Pediatr. 2016;170(3):e154627.

28. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee. Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation. Does family presence have a positive or negative influence on the patient, family, and staff during invasive procedures and resuscitation? [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Available from: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencesynopsis3bdad0aaaeeb4370856e849f26e553a3.pdf?sfvrsn=21ca66b_10.

29. American Heart Association. Part 2: Ethical Issues. Circulation 2005;112:6-11.

30. American Association of Critical Care Nurses. Family presence during resuscitation and invasive procedures. [Internet]. [citado 2016 oct. 02]. Available from: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/fam-pres-resusc-pa-feb2016ccn-pages.pdf.

31. 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.

32. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, deGraaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonar resuscitation: European Federation of Critical Care Nursing Associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions joint position statement. Nurs Crit Care. 2007;12(5):250-2.

33. Brasil. Lei n. 8069/90, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm.

34. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. Rev Paul Pediatr. 2014;32(1):107-13.

35. Pankop R, Chang K, Thorlton J, Spitzer T. Implemented family presence protocols: an integrative review. J Nurs Care Qual. 2013;28(3):281-8.

36. Edwards EE, Despotopulos LD, Carroll DL. Change in provider perceptions of family presence during resuscitation. Clin Nurse Spec. 2013;27(5):239-44.

37. Powers KA, Candela L. Family presence during resuscitation: impact of online learning on nurses' perception and self-confidence. Am J Crit Care. 2016;25(4):302-9.

38. Feagan LM, Fisher NJ. The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation. J Emerg Nurs. 2011;37(3):231-9.

39. Dwyer T, Friel D. Inviting Family to be presente during cardiopulmonar resuscitation: impact of education. Nurse Educ Pract. 2016;16(1):274-9.

40. Doody O, Doody CM. Conducting a pilot study: casa study of a novice research. Br J Nurs. 2015;24(21):1074-8.

41. Sousa VD, Driessnack M, Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(3):502-7.

42. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet]. [citado 2017 jun. 12]. Available from: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.

43. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet] São Paulo: COREN-SP, 2015. [citado 2016 oct. 02]. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf.

44. Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006.

45. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Almedina; 2011.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Diário Oficial da União, Brasília. 13 jun. 2013; Seção 1:59.

47. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. Ann Intern Med. 200918;151(4):264-9.

48. Eichhorn DJ, Meyers TA, Mitchell TG, Guzzetta CE. Opening the doors: family presence during resuscitation. J Cardiovasc Nurs 1996;10(4):59-70.

49. Jarvis AS. Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit. Intensive Crit Care Nurs .1998;14(1):3-7.

50. Nibert L, Ondrejka D. Family presence during pediatric resuscitation: an integrative review for evidence-based practice. J Pediatr Nurs. 2005;20(2):145-7.

51. Mangurten JA, Scott SH, Guzzetta CE, Sperry JS, Vinson LA, Hicks BA, et al. Family presence: making room. Am J Nurs. 2005;105(5):40-8.

52. Guzzetta CE, Clark AP, Wright JL. Family presence in emergency medical services for children. Clin Pediatr Emerg Med. 2006;7(1):15-24.

53. Henderson DP, Knapp JF. Report of the National Consensus Conference on Family Presence During Pediatric Cardiopulmonary Resuscitation and Procedures. J Emerg Nurs. 2006;32(1):23-9.

54. O'Connell KJ, Farah MM, Spandorfer P, Zorc JJ. Family presence during pediatric trauma team activation: an assessment of a structured program. Pediatrics. 2007;120(3):e565-74.

55. Farah MM, Thomas CA, Shaw KN. Evidence-based guidelines for family presence in the resuscitation room: a step-by-step approach. Pediatr Emerg Care. 2007;23(8):587-91.

56. Agard M. Creating advocates for family presence during resuscitation. MedSurg Nurs. 2008;17(3):155-60.

57. Marble SG, Hurst S. Innovative solutions: family presence at codes: a protocol for an oncology unit. Dimens Crit Care Nurs. 2008;27(5):218-22.

58. Feagan LM. Family presence during cardiopulmonar resuscitation: the impact of education on provider attitudes [master thesis]. Washington: College of Nursing, Washington State University; 2008.

59. Lynch F, Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: position statement. Infant. 2008;4(2):44-5.

60. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. Paediatric Nursing. 2008;20(1):34-6.

61. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient- and family centered care of children in the emergency department. Pediatrics. 2008;122(2):e511-21.

62. Meeks R. Parental presence in pediatric trauma resuscitation: one hospital's experience. Pediatr Nurs. 2009;35(6):376-80.

63. 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.

64. Bradley C, Lensky M, Brasel K. Implementation of a family presence during resuscitation protocol #233. J Palliat Med. 2011;14(1):98-9.

65. Lowry E. "It`s just what we do": a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. J Emerg Nurs. 2012;38(4):329-44.

66. Curley MA, Meyer EC, Scoppettuolo LA, McGann EA, Trainor BP, Rachwal CM, et al. Parent presence during invasive procedures and resuscitation: evaluating a clinical practice change. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186(11):1133-9.

67. Salmond SW, Paplanus LM, Avadhani A. Using systematic reviews to guide decision making about family-witnessed resuscitation. J Perianesth Nurs. 2014;29(6):480-90.

68. Leone C. A criança, o adolescente e a autonomia. Revista Bioética. 2009;6(1).

69. Bubadué RM, Cabral IE, Carnevale F, Asensi FD. Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. Rev Gaúcha Enferm. 2016;37(4):e58018.

70. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

71. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. Rev Bras Enferm. 2017;70(6):1193-200.

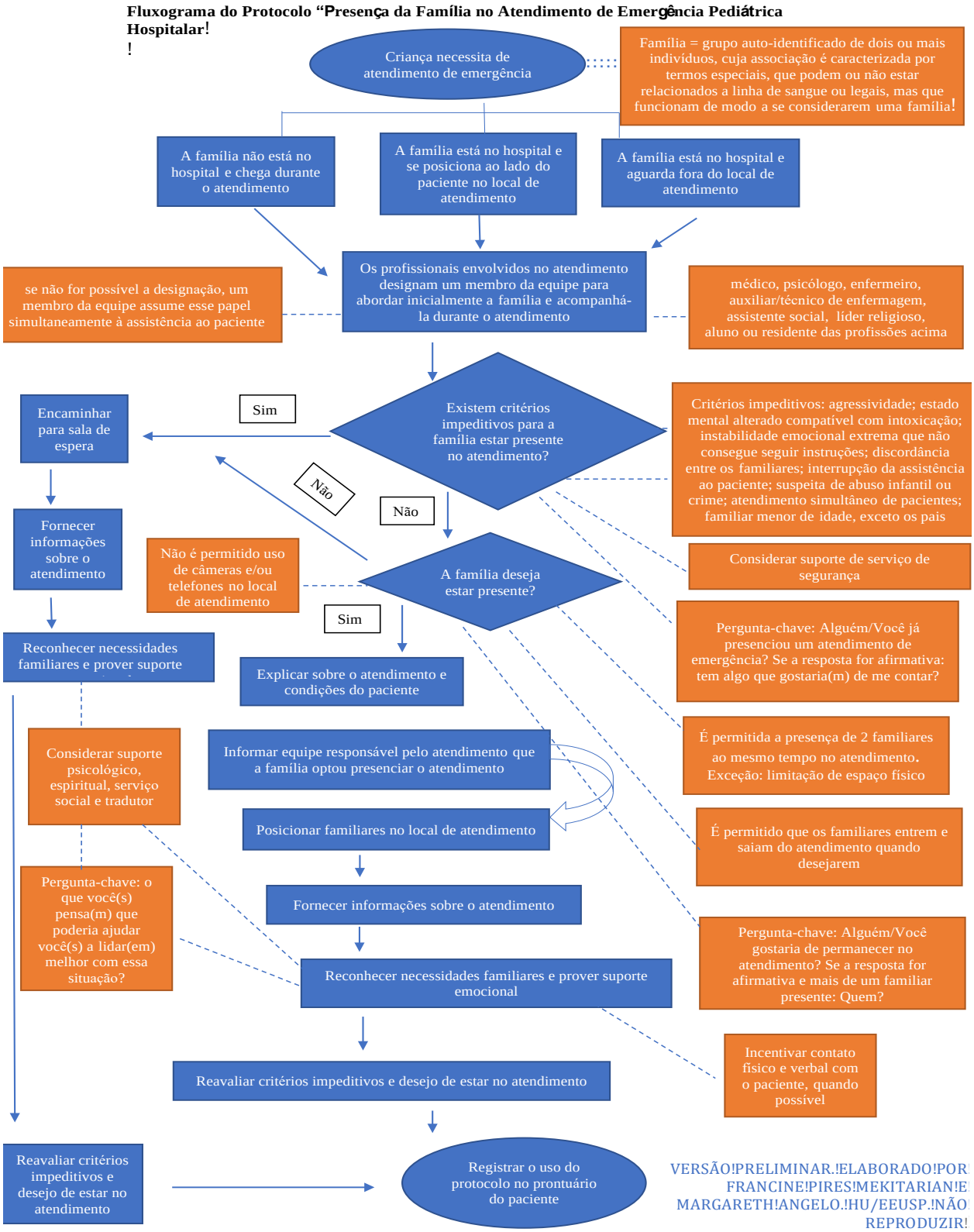
72. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo: Roca; 2008.

73. Twibell RS, Siela D, Riwitis C, Wheatley J, Riegle T, Bousman D, et al. Nurses' perceptions of their self-confidence and the benefits and risks of family presence during resuscitation. Am J Crit Care. 2008;17(2):101-11.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – FLUXOGRAMA INICIAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"



APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

Fluxograma do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"				
Ações do fluxograma	**Manter no fluxograma**	**Retirar do fluxograma**	**Alterar no fluxograma para**	**Incluir no fluxograma**
Criança necessita de atendimento de emergência			Indicação de emergência	
A família não está no hospital e chega durante o atendimento			A família chega durante o atendimento	
A família está no hospital e se posiciona ao lado do paciente no local de atendimento			A família se posiciona ao lado do paciente	
A família está no hospital e aguarda fora do local de atendimento			A família aguarda fora do local de atendimento	
Família = grupo auto-identificado de dois ou mais indivíduos, cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linha de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família		X		
Os profissionais envolvidos no atendimento designam um membro da equipe para abordar inicialmente a família e acompanhá-la durante o atendimento			Designação de um membro da equipe para ser suporte da família	
Médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, assistente social, líder religioso, aluno ou residente das profissões acima	X			
Se não for possível a designação, um membro da equipe assume esse papel simultaneamente à assistência ao paciente	X			
Existem critérios impeditivos para a família estar presente no atendimento?			Há impedimentos para a presença da família?	
Critérios impeditivos: agressividade; estado mental alterado compatível com intoxicação; instabilidade emocional extrema que não consegue seguir instruções; discordância entre os familiares; interrupção da assistência ao paciente; suspeita de abuso infantil ou crime; atendimento simultâneo de pacientes; familiar menor de idade, exceto os pais			agressividade; intoxicação; não cooperação; discordância familiar; interrupção da assistência; suspeita de abuso ou crime; atendimento simultâneo; familiar menor que 18 anos (exceto os pais)	
Considerar suporte de serviço de segurança		X		

Fluxograma do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"				
Ações do fluxograma	**Manter no fluxograma**	**Retirar do fluxograma**	**Alterar no fluxograma para**	**Incluir no fluxograma**
Pergunta-chave: Alguém/Você já presenciou um atendimento de emergência? Se a resposta for afirmativa: tem algo que gostaria(m) de me contar?		X		
A família deseja estar presente?	X			
É permitida a presença de 2 familiares ao mesmo tempo no atendimento. Exceção: limitação de espaço físico			Limite máximo: 2 familiares	
É permitido que os familiares entrem e saiam do atendimento quando desejarem		X		
Pergunta-chave: Alguém/Você gostaria de permanecer no atendimento? Se a resposta for afirmativa e mais de um familiar presente: Quem?		X		
Explicar sobre o atendimento e condições do paciente	X			
Encaminhar para sala de espera	X			
Fornecer informações sobre o atendimento*	X			
Informar equipe responsável pelo atendimento que a família optou presenciar o atendimento			Informar que família estará presente	
Posicionar familiares no local de atendimento			Acomodar a família	
Reconhecer necessidades familiares e prover suporte emocional*			Reconhecer necessidades	
Considerar suporte psicológico, espiritual, serviço social e tradutor*		X		
Pergunta-chave: o que você(s) pensa(m) que poderia ajudar você(s) a lidar(em) melhor com essa situação?*		X		
Não é permitido uso de câmeras e/ou telefones no local de atendimento		X		
Reavaliar critérios impeditivos e desejo de estar no atendimento*	X			
Incentivar contato físico e verbal com o paciente, quando possível		X		
Registrar o uso do protocolo no prontuário do paciente			Registrar o uso do protocolo	

*Ações existentes em dois momentos do fluxograma

APÊNDICE 3 – PRIMEIRA VERSÃO DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP **SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE**			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
Elaborado	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	Julho de 2017	Página 1 de 12

1. Introdução

A discussão sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP é apresentada na literatura nos últimos 30 anos. As principais evidências[1] relacionadas ao tema da presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP indicam que:

- existe pouca ou nenhuma evidência que a presença da família seja em detrimento do paciente, família ou profissionais de saúde;
- há pouca evidência que a aceitação dos profissionais de saúde em ter a família presente nesses esses eventos tenha alguma questão cultural envolvida;
- há evidência que os profissionais de saúde deem suporte a presença da família se um profissional for designado para estar ao lado da família, provendo informações e conforto;
- os familiares dever receber a opção de estar presente nesses eventos;
- essa prática deve ser ancorada em um protocolo institucional.

Com base nessas evidências, várias organizações[2-5] que respaldam a atuação dos profissionais de saúde e que preconizam as ações realizadas durante atendimentos de emergência, passaram a incluir em seus protocolos a importância em se propiciar condições para que as famílias possam estar presentes durante a realização de procedimentos invasivos e RCP.

No que se refere ao atendimento de emergência pediátrico, as diretrizes assistenciais são definidas pela Associação Americana de Cardiologia (American Heart Association) em seus protocolos que dirigem as ações dos profissionais de saúde durante o Suporte de Vida Avançado em Pediatria (Pediatric Advanced Life

Support). Desde 2005, esses protocolos de Suporte de Vida Avançado em Pediatria ressaltam a importância em se oferecer condições para as famílias estarem presentes durante o atendimento de emergência pediátrico[2] .

No Brasil, as ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento de emergência pediátrico seguem os mesmos protocolos do Suporte de Vida Avançado em Pediatria da Associação Americana de Cardiologia. Respaldando a prática do atendimento de emergência com a presença da família, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente que garante a permanência da família durante esse evento, a partir do momento em que determina que os estabelecimentos de saúde proporcionem condições para a permanência integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação da criança ou adolescente[6] .

Com foco no tema estudado, a utilização de um protocolo que favoreça a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e RCP visa garantir a segurança do paciente, equipe de saúde e família. O cuidado ao paciente é realizado sem interrupções, os profissionais de saúde passam a reconhecer suas responsabilidades com as famílias e os familiares tem seu acesso garantido ao paciente durante o atendimento[7].

O uso de protocolos favorece a utilização consciente, explícita e criteriosa das melhores evidências científicas disponíveis na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente8. O presente protocolo foi realizado através de uma revisão de escopo. A revisão de escopo tem como objetivo verificar os limites conceituais de um determinado tópico, identificando lacunas nas evidências disponíveis e guiando a prática de uma área temática. O escopo desse tipo de revisão é amplo, com critérios de inclusão menos restritivos, permitindo a busca de estudos com diversificados métodos de pesquisa[9] .

A questão de pesquisa utilizada foi: "Quais são as condições, ações e intervenções que favorecem a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica"? A questão é baseada no acrônimo PCC (Population - população, Conceptconceito e Context- contexto)[9] , considerando se como população – pediatria, conceito – presença da família e contexto – emergência.

As bases de dados utilizadas para a busca de evidências científica foram: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), National Library of Medicine (Pubmed), Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCOPUS, The Joanna Briggs Institute (JBI), Periódico CAPES e Cochrane Library (Cochrane). Os critérios de inclusão para a busca de artigos foram: publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português disponíveis para leitura e artigos que contenham condições, ações ou intervenções que favoreçam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica. As condições, ações e intervenções que favorecem a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica foram selecionados manualmente entre os artigos encontrados. Serão excluídos artigos que sejam referentes somente a pacientes adultos, sendo mantidos os que falarem desses pacientes concomitantemente aos pediátricos. Os descritores foram selecionados dos vocabulários de descritores DeCS (Descritores em Ciência da Saúde), MeSH (Medical Subject Headings) e CINAHL. Além dos descritores, para ampliar os mecanismos de busca foram utilizadas palavras-chaves relevantes para a questão do estudo. As palavras-chaves foram selecionadas por busca ativa em estudos sobre o tema. Os descritores e palavras-chaves selecionados para a realização da revisão são apresentados no quadro a seguir seguindo o acrônimo PCC da revisão de escopo. Os descritores e palavras chaves foram combinados entre si,

com o recurso dos operadores booleanos “AND” entre as três colunas e “OR” dentro de cada coluna.

Descritores ou Palavras-chaves		
P	**C**	**C**
Child Child, hospitalized Child, preschool Infant, newborn Adolescent Infant	Family participation Family member presence Family presence Family-witnessed Parental presence Parents presence Parental participation	Cardiopulmonary resuscitation Resuscitation Emergencies Invasive procedures Invasive medical procedures Emergency room Resuscitation attempts Resuscitation efforts Cardiopulmonary arrest Emergency treatment

Foram incluídos na revisão vinte e um artigos que continham condições, ações ou intervenções que favoreçam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica.

2. Objetivos

O protocolo será utilizado por profissionais de saúde atuantes na área pediátrica, em situações de emergência.

3. Descrição dos procedimentos

1. Avaliação da possibilidade das famílias presenciarem o atendimento de emergência:

- Definir quem é a família do paciente: será adotada a definição de família proposta por Angelo[10]: “a família é um grupo auto identificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados a linhas de sangue ou legais mais, que funcionam de modo a se considerarem uma família”. Para acessar essa informação dos familiares, será utilizada a pergunta-chave: “Quem é a família?”

- Designação de um profissional para dar suporte à família durante o atendimento: um membro da equipe, não envolvido diretamente na assistência ao paciente e previamente treinado acerca do uso do protocolo deve ser designado para ser suporte da família e permanecer a seu lado durante o atendimento. Esse profissional pode ser qualquer membro da equipe de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, líderes religiosos e alunos/residentes das profissões citadas. A designação do profissional de suporte será realizada pela equipe envolvida no atendimento diante sua ocorrência. Na impossibilidade da designação de um profissional que assuma exclusivamente o papel de suporte às famílias, um profissional envolvido no atendimento assume concomitantemente a função de prestar assistência ao paciente e oferecer suporte à família.
- Avaliação das respostas emocionais das famílias: o profissional designado como suporte da família ou o profissional envolvido no atendimento encarregado de atender simultaneamente o paciente e oferecer suporte à família, aborda e avalia as respostas emocionais da família nas situações em que a família está no hospital na ocorrência da emergência e se posiciona ao lado do paciente no local de atendimento, a família está no hospital na ocorrência da emergência e aguarda fora do local de atendimento ou a família não está no hospital na ocorrência da emergência e chega durante o atendimento. Os comportamentos e respostas emocionais que contraindicam a presença da família no atendimento incluem: instabilidade emocional extrema que não consegue seguir instruções, estado mental alterado compatível com

intoxicação, agressividade, interrupção da assistência ao paciente e discordância entre os familiares. Outras contraindicações incluem: suspeita de abuso ou crime, atendimento simultâneo de pacientes e familiares menores que dezoito anos de idade, exceto os pais. Deve ainda ser realizado um breve reconhecimento das habilidades familiares para enfrentar situações de emergência, com base em experiências prévias similares. Para acessar essa informação, será realizada a pergunta-chave aos familiares: "Você(s) já presenciou/presenciaram um atendimento de emergência"? Se a resposta for afirmativa, será realizada mais uma pergunta "Tem algo que gostaria (m) de me contar relacionado a esse outro atendimento"? Considerar suporte do serviço de segurança nas situações em que houver ameaça à segurança da equipe envolvida no atendimento. Caso haja alguma contraindicação para a presença da família no atendimento, encaminhá-la para a sala de espera.

2. Preparo para as famílias presenciarem o atendimento de emergência:

- Convidar familiares para estarem presentes no atendimento: o profissional de suporte convidará as famílias para estarem presentes no atendimento. Esse convite será realizado através da pergunta-chave: "Você(s) gostaria(m) de estar presente no atendimento"? Se a resposta for afirmativa e mais de um familiar estiver presente no hospital, perguntar: "Quem"? Informar aos familiares que é permitida a presença de dois familiares ao mesmo tempo, havendo a possibilidade de rodízio entre eles. Se o espaço físico for insuficiente para permitir a presença de dois familiares, limitar esse número para um. Os familiares poderão permanecer no atendimento o tempo que desejarem e devem ser

informados que podem entrar e sair livremente do local de atendimento. Os familiares que optarem em não estar presente no atendimento, devem ser respeitados em sua decisão e encaminhados para a sala de espera.

- Informar equipe responsável pelo atendimento que a família optou presenciar o atendimento: o profissional de suporte deva comunicar a equipe envolvida na assistência ao paciente que a família decidiu estar presente no atendimento.
- Informar familiares sobre a dinâmica de atendimento: fazer um breve esclarecimento sobre o que os familiares irão presenciar durante o atendimento e as condições clinicas do paciente. Informar que é proibido o uso de câmeras e celulares no local de atendimento. Se a família estiver fora do local de atendimento, essas informações são dadas antes de sua entrada no recinto.

3. Suporte às famílias durante o atendimento de emergência:

• Posicionar os familiares na sala de atendimento: o local que os familiares permanecerão no atendimento deve permitir contato visual com o paciente e não causar obstrução da assistência. O profissional de suporte deve incentivar contato físico e verbal com paciente, quando possível. Oferecer equipamento de proteção individual quando indicado.

- Prover explicações sobre a dinâmica de atendimento: o profissional de suporte deve propiciar oportunidades para questionamentos, fornecer informações sobre o atendimento, respostas apresentadas pelos pacientes e resultados esperados. Essas informações devem também

ser oferecidas aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

- Prover suporte emocional: o profissional de suporte deve oferecer suporte emocional e medidas de conforto, como onde sentar, fornecimento de água e auxílio na realização de telefonemas, aos familiares durante o atendimento. Esse suporte deve ser também oferecido aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.
- Reconhecer necessidades familiares: as necessidades das famílias serão acessadas através da pergunta-chave utilizada no estudo de Santos, Cruz, Mekitarian e Angelo[11] , "O que você (s) pensa (m) que poderia ajudar você (s) a lidar (em) melhor com essa situação"? Esse reconhecimento pode apontar a necessidade de suporte psicológico, espiritual, social, de tradução e de assistência médica. Essas necessidades também devem ser acessadas com os familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.
- Definir situações que as famílias devem ser retiradas do atendimento: o profissional de suporte deve avaliar continuamente as reações emocionais dos familiares durante o atendimento com o objetivo de verificar a existência de critérios impeditivos para sua permanência no atendimento e/ou seu desejo de permanecer no atendimento. Em caso de critérios impeditivos e ou desejo de não permanecer no atendimento, os familiares devem ser encaminhados para a sala de espera. Essa avaliação também deve ser realizada com os familiares que aguardam o atendimento na sala de espera, de modo a verificar a possibilidade ou desejo de permanecerem no atendimento.

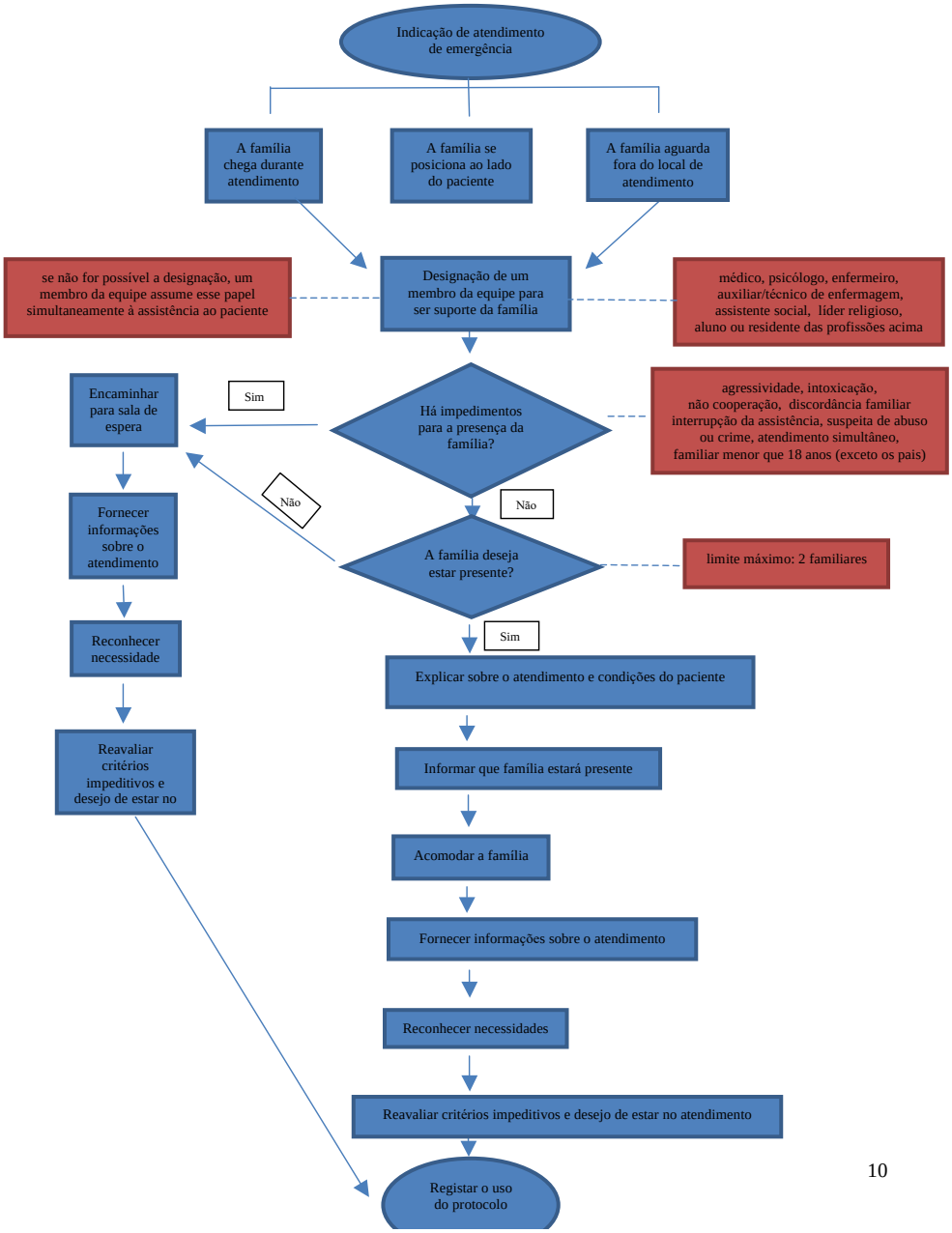
- Interface de comunicação com equipe responsável pelo atendimento: o profissional de suporte deva ser a interface de comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos no atendimento.
- Suporte às famílias em caso de óbito: em caso de óbito, deve ser propiciado um momento para a família se despedir da criança e os familiares devem ser orientados em relação as questões legais a serem resolvidas. Considerar necessidade de suporte espiritual.
- Recapitulação do atendimento: se as famílias desejarem, o profissional de suporte deve garantir que seja realizada uma recapitulação do atendimento.

4. Documentação do atendimento:

• Registro do atendimento no prontuário do paciente: os aspectos relacionados a presença ou não da família no atendimento, incluindo as contraindicações para sua presença, devam ser registrados no prontuário do paciente.

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
Elaborado	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	Julho de 2017	Página 10 de 12

4. Fluxograma



	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
Elaborado	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	Julho de 2017	Página 11 de 12

5. Referências

1. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee. Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation. Does family presence have a positive or negative influence on the patient, family, and staff during invasive procedures and resuscitation? [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: https://www.ena.org/practiceresearch/research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf
2. American Heart Association. Part 2: Ethical Issues. Circulation 2005;112:6-11.
3. American Association of Critical Care Nurses. Family presence during resuscitation and invasive procedures. [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/fam-pres-resusc-pafeb2016ccn-pages.pdf
4. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee, Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, et al. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. J Emerg Nurs. 2011;37(5):469-73.
5. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, deGraaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonar resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(4):255-8.
6. Presidência da República. Lei n°8069/90, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm
7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. Rev Paul Pediatr. 2014;32(1):107-13.
8. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20construção%20protocolos%2025.02.14.pdf.
9. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet]. [citado

2017 jun. 12]. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodologyfor-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

10. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;1997.
11. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. Rev Bras Enferm.2017 (no prelo).

APÊNDICE 4 - SEGUNDA VERSÃO DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	07/2017	Página 1 de 10

1. Introdução

A discussão sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar (RCP) é realizada na literatura nos últimos trinta anos. Os principais resultados[1] relacionados ao tema indicam que:

- Não há evidência de que a presença da família seja em detrimento do paciente, família ou profissionais de saúde;
- Há pouca evidência de que a aceitação dos profissionais de saúde em ter a família presente nesses eventos tenha alguma questão cultural envolvida;
- Há evidência de que os profissionais de saúde sejam mais favoráveis à presença da família, se um profissional for designado para estar ao lado dos familiares, provendo informações e conforto;
- Os familiares devem receber a opção de estar presente nesses atendimentos;
- A prática deve ser ancorada em um protocolo institucional.

Com base nessas evidências, várias organizações[2-5], que respaldam a atuação dos profissionais de saúde e preconizam as ações realizadas durante atendimentos de emergência, passaram a definir que as instituições de saúde devem propiciar condições para que as famílias estejam presentes nesses eventos, como a adoção de um protocolo e o treinamento de profissionais de saúde.

No que se refere ao atendimento de emergência pediátrico, as diretrizes assistenciais são definidas pelos protocolos da Associação Americana de Cardiologia (*American Heart Association*) que direcionam as ações dos profissionais de saúde para o Suporte de Vida Avançado em Pediatria (*Pediatric Advanced Life Support*). Desde 2005, esses protocolos ressaltam a importância em oferecer condições para as famílias estarem presentes durante o atendimento de emergência pediátrica[2].

No Brasil, as ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento de emergência pediátrica seguem os mesmos protocolos da Associação Americana de Cardiologia. Respaldando a prática do atendimento de emergência com a presença da

família, temos ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente que garante a permanência dos familiares durante esse evento a partir do momento em que determina que os estabelecimentos de saúde proporcionem condições para a permanência integral de um dos pais ou responsáveis[6].

Com foco no tema estudado, a utilização de um protocolo visa propiciar o acesso dos familiares ao paciente e assegurar a segurança da criança, equipe de saúde e família durante o atendimento. A aplicação do protocolo deve ainda garantir que a presença da família não implique em interrupções do cuidado oferecido ao paciente[7].

O uso de protocolos favorece a utilização consciente, explícita e criteriosa das melhores evidências científicas disponíveis na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente[8]. O presente protocolo foi realizado a partir de uma revisão de escopo, cujo objetivo é de mapear conceitos amplos de uma área de pesquisa, determinando que tipo de evidência está disponível sobre a temática na literatura. O escopo desse tipo de revisão alcança uma ampla variedade de evidências científicas[9].

A questão de pesquisa que levou a realização da revisão foi: "Quais são as condições, ações e intervenções que favorecem a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar"? A questão é baseada no acrônimo PCC (*Population* - população, *Concept* - conceito e *Context* - contexto)[9], considerando-se como população – pacientes pediátricos; conceito – a presença da família; e contexto – o atendimento de emergência hospitalar.

As bases de dados utilizadas para a busca de evidências científicas foram: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *National Library of Medicine* (Pubmed), *Web of Science*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCOPUS, *The Joanna Briggs Institute* (JBI), Periódico CAPES e *Cochrane Library* (Cochrane). Os critérios de inclusão para a busca de artigos foram: publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português disponíveis para leitura e artigos que contenham condições, ações ou intervenções, as quais favoreçam a presença da família durante o atendimento de

emergência pediátrica hospitalar. Os descritores e palavras-chaves selecionados para a realização da revisão são apresentados no quadro a seguir, seguindo o acrônimo PCC.

Descritores ou Palavras-chaves		
P	C	**C**
Child Child, hospitalized Child, preschool Infant, newborn Adolescent Infant	Family participation Family member presence Family presence Family-witnessed Parental presence Parents presence Parental participation	Cardiopulmonary resuscitation Resuscitation Emergencies Invasive procedures Invasive medical procedures Emergency room Resuscitation attempts Resuscitation efforts Cardiopulmonary arrest Emergency treatment

Foram incluídos na revisão 21 artigos que continham condições, ações ou intervenções que favoreciam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica. Os resultados da revisão foram readequados ao contexto de serviços de saúde brasileiros para a construção do presente protocolo.

2. Objetivo

Implementar as melhores práticas que favoreçam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica

3. Abrangência

Todas as situações de emergência pediátrica hospitalar

4. Descrição dos procedimentos

4.1. Avaliação da situação

4.1.1. Definir quem é a família do paciente

Adotou-se a definição de família como "grupo autoidentificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados à linha de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família"[10].

Para acessar essa informação, o profissional deve abordar os familiares utilizando a pergunta-chave: “Quem é a família?”

4.1.2. Definir número de familiares presentes no atendimento

O número máximo de familiares presentes, ao mesmo tempo, no atendimento é estabelecido como dois, sendo previsto rodízio. Se o espaço físico do local do atendimento não permitir a presença de dois familiares, limitar esse número para uma pessoa.

4.1.3. Designação de um profissional para ser suporte da família durante o atendimento

Um membro da equipe - não envolvido diretamente na assistência ao paciente e previamente treinado acerca da aplicação do protocolo na prática profissional e acolhimento da família no atendimento - deve ser designado para ser suporte da família e permanecer ao seu lado durante o atendimento. Esse profissional pode ser qualquer membro da equipe de saúde, incluindo médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, líder religioso e aluno/residente das profissões acima citadas. A designação do profissional de suporte será realizada pela equipe envolvida no atendimento, no momento de sua ocorrência. Na impossibilidade da designação de um profissional que assuma exclusivamente o papel de suporte às famílias, os profissionais envolvidos no atendimento assumem, concomitantemente, a função de prestar assistência aos pacientes e o acolhimento aos familiares presentes.

4.1.4 Avaliação das famílias

O profissional designado como suporte familiar ou os profissionais com a atribuição de atender, simultaneamente, o paciente e oferecer suporte aos familiares são responsáveis por abordar e avaliar as respostas emocionais da família diante a situação de emergência.

Os comportamentos e situações que contraindicam a presença da família no atendimento incluem: instabilidade emocional extrema, que não consegue cooperar com as solicitações realizadas; estado mental alterado, compatível com intoxicação exógena; agressividade;

interrupção da assistência ao paciente; divergência familiar; suspeita de abuso ou crime; atendimento simultâneo de pacientes e familiares menores que dezoito anos de idade, à exceção dos pais da criança. Caso haja alguma contraindicação para a presença da família no atendimento, encaminhá-la para a sala de espera.

Considerar suporte do serviço de segurança nas situações em que houver ameaça à segurança da equipe envolvida no atendimento.

O profissional de suporte deve ainda ter realizado um breve reconhecimento das habilidades familiares para enfrentar situações de emergência, com base em experiências prévias similares. Para acessar essa informação, utilizar a pergunta-chave: "Alguém/Você já presenciou um atendimento de emergência"? Em caso de resposta afirmativa, indagar ainda: "Tem algo que gostaria(m) de me contar relacionado a esse outro atendimento"?

4.2. Preparo dos familiares

4.2.1. Convidar familiares para estarem presentes no atendimento

O profissional de suporte ou os profissionais com a atribuição de atender simultaneamente o paciente e oferecer suporte à família convidam a família para estar no atendimento. Esse convite é realizado por meio da pergunta-chave: "Alguém/Você gostaria de estar presente no atendimento"? Se a resposta for afirmativa, e, mais de um familiar estiver presente no hospital, perguntar: "Quem"?

Informar que é permitida a presença de, no máximo, duas pessoas ao mesmo tempo, havendo a possibilidade de rodízio.

Os familiares podem permanecer no atendimento o tempo que desejarem e devem ser informados que podem entrar e sair livremente do local.

A família que recusar o convite deve ser respeitada em sua decisão, encaminhada para a sala de espera e esclarecida que pode revogar de sua decisão inicial.

4.2.2. Informar equipe responsável pelo atendimento, quando a família decidir estar presente no atendimento

Toda a equipe envolvida na assistência ao paciente deve estar ciente de que a família decidiu permanecer no atendimento.

4.2.3. Informar sobre a dinâmica de atendimento

Preferencialmente, antes que a família entre no local de atendimento, o profissional de suporte deve ter realizado um breve esclarecimento sobre o que irão presenciar e as condições clínicas do paciente.

Informar que é proibido o uso de câmeras e celulares no local de atendimento.

4.3. Suporte familiar

4.3.1. Posicionar os familiares no local de atendimento

O posicionamento deve garantir contato visual com o paciente e não atrapalhar o trabalho dos profissionais de saúde. Quando as condições clínicas do paciente permitirem, incentivar que a família tenha contato físico e verbal.

Oferecer equipamento de proteção individual quando indicado.

4.3.2. Fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento

Propiciar oportunidades para que a família faça questionamentos, fornecer informações sobre o atendimento e as condições clínicas do paciente.

Essas informações devem também ser oferecidas aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.3. Prover suporte emocional

Oferecer apoio emocional e medidas de conforto aos familiares durante o atendimento. Esse suporte também deve ser oferecido aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.4. Reconhecer necessidades familiares

As necessidades das famílias devem ser acessadas por meio da pergunta-chave: “O que você(s) pensa(m) que poderia ajudar você(s) a lidar(em) melhor com essa situação”?[11] Esse

reconhecimento pode apontar a necessidade de suporte psicológico, espiritual, social, de tradução e de assistência médica.

Essas necessidades também devem ser acessadas com os familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.5. Definir situações em que as famílias devem ser retiradas do atendimento

Avaliar continuamente as reações emocionais dos familiares durante o atendimento com o objetivo de verificar a existência de critérios impeditivos para sua permanência no atendimento e/ou modificação do desejo de permanecer no atendimento. Em caso de critérios impeditivos e/ou desejo de sair do atendimento, os familiares devem ser encaminhados para a sala de espera.

4.3.6. Interface de comunicação entre família e equipe de atendimento

O profissional de suporte deve ser a interface de comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos no atendimento.

4.3.7. Suporte às famílias em caso de óbito

Propiciar um momento para a família se despedir da criança e orientar questões legais a serem resolvidas.

Considerar necessidade de suporte espiritual aos familiares.

4.3.8. Sumarização do atendimento

Após o atendimento, se as famílias desejarem, os profissionais devem realizar uma síntese do que aconteceu no atendimento.

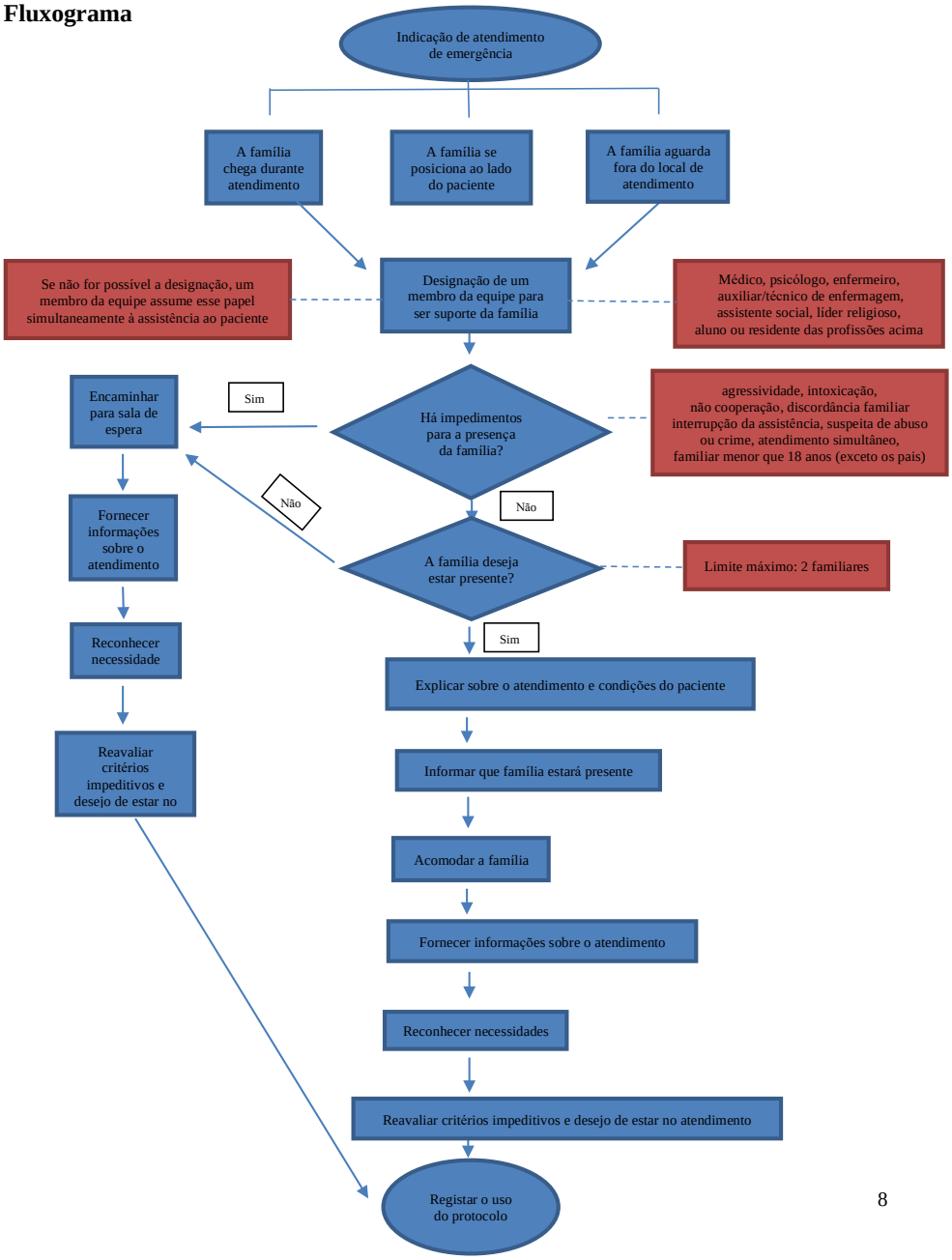
4.4. Documentação do atendimento

4.4.1. Registro do atendimento no prontuário do paciente

Os aspectos relacionados à presença ou não da família no atendimento, incluindo as contraindicações para sua presença, devem ser registrados no prontuário do paciente.

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	07/2017	Página 8 de 10

5. Fluxograma



	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	07/2017	Página 9 de 10

6. Indicador

6.1. Famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica

Definição: relação entre o número de famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica.

6.2. Interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica

Definição: relação entre o número de interrupções da assistência ao paciente em decorrência da presença da família em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica com a presença da família.

7. Referências

1. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee. Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation. Does family presence have a positive or negative influence on the patient, family, and staff during invasive procedures and resuscitation? [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: https://www.ena.org/practiceresearch/research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf
2. American Heart Association. Part 2: Ethical Issues. Circulation 2005;112:6-11.
3. American Association of Critical Care Nurses. Family presence during resuscitation and invasive procedures. [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/fam-pres-resusc-pafeb2016ccn-pages.pdf
4. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee, Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, et al. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. J Emerg Nurs. 2011;37(5):469-73.
5. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, deGraaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonar resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(4):255-8.
6. Presidência da República. Lei n°8069/90, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm

7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. Rev Paul Pediatr. 2014;32(1):107-13.
8. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20construção%20protocolos%2025.02.14.pdf.
9. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet]. [citado 2017 jun. 12]. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodologyfor-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
10. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;1997.
11. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. Rev Bras Enferm.2017;70(6):1193-1200.

Histórico das revisões

Histórico	Data	Motivo	Elaborador
2ª versão	Julho de 2017	Elaboração do documento	Francine Fernandes Pires Mekitarian

APÊNDICE 5 – "MOVIMENTAÇÃO DE PACIENTES NA SALA DE EMERGÊNCIA DO PRONTO-SOCORRO INFANTIL"

Movimentação de pacientes na Sala de Emergência do Pronto Socorro Infantil

Data de entrada: ___/___/___ Hora de entrada: _____ Hora de saída: _____ PESO: _____

Etiqueta do paciente	Diagnóstico	IOT	IO	AVP	Destino
		☐ Sim Nº: ___ Fix: ___ ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Coleta ☐ Medicação ☐ PMV ☐ Sem AVP	
Número de tentativas/hora					

Procedimentos	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora
Ventilação pressão positiva									
Compressão torácica									

Medicação	Dose	Via	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora

	Hmg	Hmc	PCR	Glicemia	Gaso	Na	K	Ureia	Creat	Tipagem
Exames colhidos										

Carimbo e rubrica Técnico/Auxiliar		Carimbo e rubrica Enfermeira/o	

Instrumento da SPCR.doc/Meus Documentos/ PSI Impressos- Elaborado em agosto de 2013

APÊNDICE 6 - "DINÂMICA DO ATENDIMENTO COM A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

Dinâmica de Atendimento com a Aplicação do Protocolo "Presença da família no atendimento de emergência pediátrica hospitalar"

Data do atendimento: ____/____/____ Hora de início: _____ Hora do término:_____
Local do atendimento: observação SPCR

Etiqueta do paciente	Causa do Atendimento	IOT	IO	AVP	Destino
		Sim Nº: ___ Fix:___ Não	Sim Não	Sim Não	
	Número de tentativas				

Sondagem gástrica	Sondagem vesical	Procedimento cirúrgico	RCP	LCR	Coleta arterial	Aspiração	Outro (descrever)

Medicação	Dose	Via	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora	Hora

Exames coletados	HMG	HMC	PCR	Glicemia	Gaso	Eletrólitos	dextro	NS	F. renal	Outro (descrever)

Carimbo e rubrica Técnico / Auxiliar		Carimbo e rubrica Enfermeira/o	

1. A família estava presente no hospital na ocorrência do atendimento de emergência? ( ) sim ( ) não
Observações:_____
_____

2. Um membro da equipe foi designado para ser suporte da família durante o atendimento? ( ) sim ( ) não
Se sim: ( ) médico ( ) enfermeiro ( ) auxiliar/técnico de enfermagem ( ) residente de enfermagem ( ) residente de medicina ( ) aluno de enfermagem ( ) aluno de medicina
Observações:_____
_____

3. Houve impeditivos para a presença da família no atendimento? ( ) não ( ) sim
Se sim: ( ) agressividade ( ) intoxicação ( ) instabilidade emocional extrema ( ) discordância familiar ( ) interrupção da assistência ( ) suspeita de abuso ou crime ( ) familiares menor que dezoito anos de idade, exceto os pais
Observações:_____
_____

Prosseguir apenas se não para 3
4. A família aceitou o convite para estar presente no atendimento? ( ) sim ( ) não
Se sim: Quanto familiares? ( ) 1 ( ) 2
Qual o parentesco com o paciente? ( ) mãe ( ) pai ( ) avó/ avô ( ) tia/tio ( ) outro. Qual? _____
Observações:_____
_____

Prosseguir apenas se sim para 4
5. A família foi retirada do atendimento em algum momento? ( ) não ( ) sim.
Observações:_____
_____
6. A família optou sair do atendimento em algum momento? ( ) não ( ) sim.
Observações:_____
_____
7. Houve interrupção da assistência ao paciente? ( ) não( )sim
Observações:_____
_____

APÊNDICE 7 - "PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À APLICAÇÃO DO PROTOCOLO PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

!

Por favor, preencha o questionário abaixo referente ao uso do protocolo "**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar"** e devolva para a pesquisadora no prazo de uma semana.
Para facilitar o preenchimento do questionário, você pode consultar o fluxograma do protocolo em anexo.

1. Qual sua categoria profissional?
( ) médico
( ) enfermeiro
( ) auxiliar ou técnico de enfermagem
( ) residente de enfermagem

2. Quanto tempo você tem de formação profissional?
( ) < 9 anos ( ) ≥ 10 anos

3. Quanto tempo você tem de atuação em serviço de emergência pediátrica?
( ) < 9 anos ( ) ≥ 10 anos

4. Você realizou o treinamento presencial "**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar: uso de um protocolo"**?
( ) sim ( ) não
Se a resposta for negativa: você leu o protocolo "**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar"**?
( ) sim ( ) não

5. Você participou de um atendimento de emergência que tenha sido aplicado o protocolo "**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar"**?
( ) sim ( ) não

6. Você sente-se confiante para aplicar o protocolo em sua prática profissional?
( ) sim ( ) não
Se a resposta for negativa, justifique:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Na sua prática assistencial, quais as dificuldades que você percebe para aplicar o protocolo?
_____
_____
_____
_____

!

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Agora em relação as facilidades, quais você percebe para aplicar o protocolo na sua prática assistencial?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Como você vê a aplicabilidade do protocolo na prática assistencial do Pronto Socorro Infantil do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo?

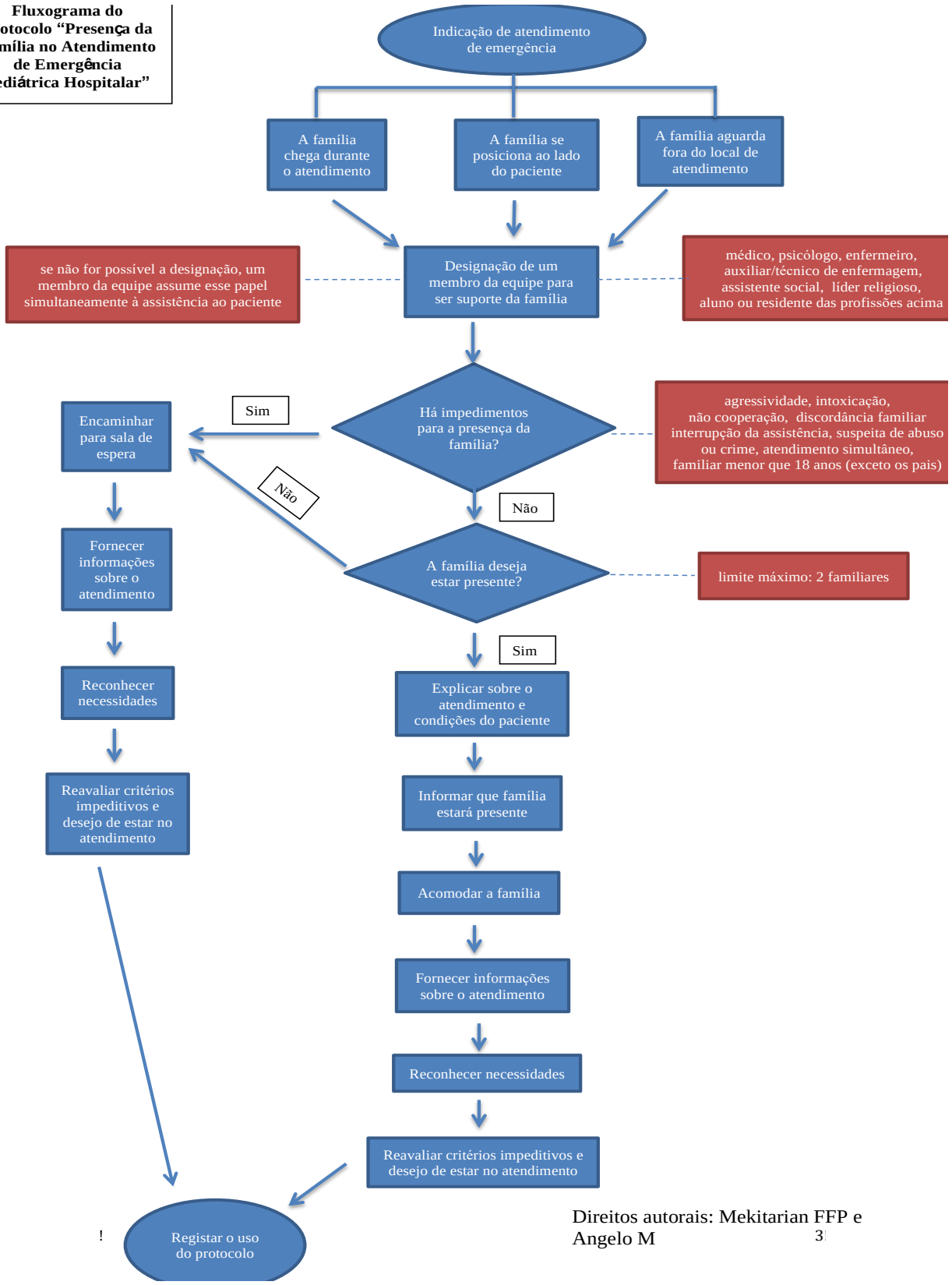
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

10. Após ter aplicado o protocolo na sua prática assistencial ou apenas realizar a leitura deste protocolo, quais sugestões de modificação você tem a fazer ao mesmo?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Obrigada pelo preenchimento,
Francine Pires Mekitarian

Fluxograma do Protocolo "Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar"



Direitos autorais: Mekitarian FFP e Angelo M

APÊNDICE 8 - VERSÃO FINAL DO PROTOCOLO "PRESENÇA DA FAMÍLIA NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA HOSPITALAR"

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	07/2017	Página 1 de 11

1. Introdução

A discussão sobre a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar (RCP) é realizada na literatura nos últimos trinta anos. Os principais resultados[1] relacionados ao tema indicam que:

- Não há evidência de que a presença da família seja em detrimento do paciente, família ou profissionais de saúde;
- Há pouca evidência de que a aceitação dos profissionais de saúde em ter a família presente nesses eventos tenha alguma questão cultural envolvida;
- Há evidência de que os profissionais de saúde sejam mais favoráveis à presença da família, se um profissional for designado para estar ao lado dos familiares, provendo informações e conforto;
- Os familiares devem receber a opção de estar presente nesses atendimentos;
- A prática deve ser ancorada em um protocolo institucional.

Com base nessas evidências, várias organizações[2-5], que respaldam a atuação dos profissionais de saúde e que preconizam as ações realizadas durante atendimentos de emergência, passaram a definir que as instituições de saúde devem propiciar condições para que as famílias estejam presentes nesses eventos, como a adoção de um protocolo e o treinamento de profissionais de saúde.

No que se refere ao atendimento de emergência pediátrico, as diretrizes assistenciais são definidas pelos protocolos da Associação Americana de Cardiologia (*American Heart Association*) que direcionam as ações dos profissionais de saúde para o Suporte de Vida Avançado em Pediatria (*Pediatric Advanced Life Support*). Desde 2005, esses protocolos ressaltam a importância em se oferecer condições para as famílias estarem presentes durante o atendimento de emergência pediátrica[2].

No Brasil, as ações realizadas pelos profissionais de saúde durante o atendimento de emergência pediátrica seguem os mesmos protocolos da Associação Americana de Cardiologia. Respaldando a prática do atendimento de emergência com a presença da

família, temos ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente que garante a permanência dos familiares durante esse evento a partir do momento em que determina que os estabelecimentos de saúde proporcionem condições para a permanência integral de um dos pais ou responsáveis[6].

Com foco no tema estudado, a utilização de um protocolo visa propiciar o acesso dos familiares ao paciente e assegurar a segurança da criança, equipe de saúde e família durante o atendimento. A aplicação do protocolo deve ainda garantir que a presença da família não implique em interrupções do cuidado oferecido ao paciente[7].

O uso de protocolos favorece a utilização consciente, explícita e criteriosa das melhores evidências científicas disponíveis na tomada de decisões sobre o cuidado ao paciente[8]. O presente protocolo foi realizado a partir de uma revisão de escopo, cujo objetivo é de mapear conceitos amplos de uma área de pesquisa, determinando que tipo de evidência está disponível sobre a temática na literatura. O escopo desse tipo de revisão alcança uma ampla variedade de evidências científicas[9].

A questão de pesquisa que levou a realização da revisão foi: "Quais são as condições, ações e intervenções que favorecem a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica hospitalar"? A questão é baseada no acrônimo PCC (*Population* - população, *Concept* - conceito e *Context* - contexto)[9], considerando-se como população – pacientes pediátricos; conceito – a presença da família; e contexto – o atendimento de emergência hospitalar.

As bases de dados utilizadas para a busca de evidências científicas foram: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *National Library of Medicine* (Pubmed), *Web of Science*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCOPUS, *The Joanna Briggs Institute* (JBI), Periódico CAPES e *Cochrane Library* (Cochrane). Os critérios de inclusão para a busca de artigos foram: publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português disponíveis para leitura e artigos que contenham condições, ações ou intervenções, as quais que favoreçam a presença da família durante o atendimento de

emergência pediátrica hospitalar. Os descritores e palavras-chaves selecionados para a realização da revisão são apresentados no quadro a seguir seguindo o acrônimo PCC.

Descritores ou Palavras-chaves		
P	C	**C**
Child Child, hospitalized Child, preschool Infant, newborn Adolescent Infant	Family participation Family member presence Family presence Family-witnessed Parental presence Parents presence Parental participation	Cardiopulmonary resuscitation Resuscitation Emergencies Invasive procedures Invasive medical procedures Emergency room Resuscitation attempts Resuscitation efforts Cardiopulmonary arrest Emergency treatment

Foram incluídos na revisão 21 artigos que continham condições, ações ou intervenções que favoreciam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica. Os resultados da revisão foram readequados ao contexto de serviços de saúde brasileiros para a construção do presente protocolo.

2. Objetivo

Implementar as melhores práticas que favoreçam a presença da família durante o atendimento hospitalar de emergência pediátrica

3. Abrangência

Todas as situações de emergência pediátrica hospitalar

4. Descrição dos procedimentos

4.1. Avaliação da situação

4.1.1. Definir quem é a família do paciente

Adotou-se a definição de família como "grupo autoidentificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada por termos especiais, que podem ou não estar relacionados à linha de sangue ou legais, mas que funcionam de modo a se considerarem uma família"[10].

Para acessar essa informação, o profissional deve abordar os familiares utilizando a pergunta-chave: "Quem é a família?"

4.1.2. Definir número de familiares presentes no atendimento

O número máximo de familiares presentes, ao mesmo tempo, no atendimento é estabelecido como dois, sendo previsto rodízio. Se o espaço físico do local do atendimento não permitir a presença de dois familiares, limitar esse número para uma pessoa.

4.1.3. Designação de um profissional para ser suporte da família durante o atendimento

Um membro da equipe - não envolvido diretamente na assistência ao paciente e previamente treinado acerca da aplicação do protocolo na prática profissional e acolhimento da família no atendimento - deve ser designado para ser suporte da família e permanecer ao seu lado durante o atendimento. Esse profissional pode ser qualquer membro da equipe de saúde, incluindo médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, líder religioso e aluno/residente das profissões acima citadas. A designação do profissional de suporte será realizada pela equipe envolvida no atendimento, no momento de sua ocorrência. Na impossibilidade da designação de um profissional que assuma exclusivamente o papel de suporte às famílias, os profissionais envolvidos no atendimento assumem concomitantemente a função de prestar assistência aos pacientes e o acolhimento aos familiares presentes. O enfermeiro será responsável por relembrar o restante da equipe de que alguém deve assumir o papel de suporte da família. Um membro da equipe será responsável pela abertura de ficha de atendimento do paciente.

4.1.4 Avaliação das famílias

O profissional designado como suporte familiar ou os profissionais com a atribuição de atender, simultaneamente, o paciente e oferecer suporte aos familiares são responsáveis por abordar e avaliar as respostas emocionais da família diante a situação de emergência.

Os comportamentos e situações que contraindicam a presença da família no atendimento incluem: instabilidade emocional extrema, que não consegue cooperar com as solicitações realizadas; estado mental alterado, compatível com intoxicação exógena; agressividade; interrupção da assistência ao paciente; divergência familiar; negligência familiar; impossibilidade de comunicação com a família; suspeita de abuso ou crime; atendimento simultâneo de pacientes e familiares menores que dezoito anos de idade, à exceção dos pais da criança. Caso haja alguma contraindicação para a presença da família no atendimento, encaminhá-la para a sala de espera.

Considerar suporte do serviço de segurança nas situações em que houver ameaça à segurança da equipe envolvida no atendimento.

O profissional de suporte deve ainda ter realizado um breve reconhecimento das habilidades familiares para enfrentar situações de emergência, com base em experiências prévias similares. Para acessar essa informação, utilizar a pergunta-chave: "Alguém/Você já presenciou um atendimento de emergência"? Em caso de resposta afirmativa, indagar ainda: "Tem algo que gostaria(m) de me contar relacionado a esse outro atendimento"?

4.2. Preparo dos familiares

4.2.1. Convidar familiares para estarem presentes no atendimento

O profissional de suporte ou os profissionais com a atribuição de atender simultaneamente o paciente e oferecer suporte à família convidam a família para estar no atendimento. Esse convite é realizado por meio da pergunta-chave: "Alguém/Você gostaria de estar presente no atendimento"? Se a resposta for afirmativa, e, mais de um familiar estiver presente no hospital, perguntar: "Quem"?

Informar que é permitida a presença de, no máximo, duas pessoas ao mesmo tempo, havendo a possibilidade de rodízio.

Os familiares podem permanecer no atendimento o tempo que desejarem e devem ser informados que podem entrar e sair livremente do local.

A família que recusar o convite deve ser respeitada em sua decisão, encaminhada para a sala de espera privativa e esclarecida que pode revogar de sua decisão inicial.

4.2.2. Informar equipe responsável pelo atendimento, quando a família decidir estar presente no atendimento

Toda a equipe envolvida na assistência ao paciente deve estar ciente de que a família decidiu permanecer no atendimento.

4.2.3. Informar sobre a dinâmica de atendimento

Preferencialmente, antes que a família entre no local de atendimento, o profissional de suporte deve ter realizado um breve esclarecimento sobre o que irão presenciar e as condições clínicas do paciente.

Informar que é proibido o uso de câmeras e celulares no local de atendimento.

4.3. Suporte familiar

4.3.1. Posicionar os familiares no local de atendimento

O posicionamento deve garantir contato visual com o paciente e não atrapalhar o trabalho dos profissionais de saúde. Quando as condições clínicas do paciente permitirem, incentivar que a família tenha contato físico e verbal.

Oferecer equipamento de proteção individual quando indicado.

4.3.2. Fornecer explicações sobre a dinâmica de atendimento

Propiciar oportunidades para que a família faça questionamentos, fornecer informações sobre o atendimento e as condições clínicas do paciente.

Essas informações devem também ser oferecidas aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.3. Prover suporte emocional

Oferecer apoio emocional e medidas de conforto aos familiares durante o atendimento. Esse suporte também deve ser oferecido aos familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.4. Reconhecer necessidades familiares

As necessidades das famílias devem ser acessadas por meio da pergunta-chave: "O que você(s) pensa(m) que poderia ajudar você(s) a lidar(em) melhor com essa situação"?[11] Esse reconhecimento pode apontar a necessidade de suporte psicológico, espiritual, social, de tradução e de assistência médica.

Essas necessidades também devem ser acessadas com os familiares que aguardam o atendimento na sala de espera.

4.3.5. Definir situações em que as famílias devem ser retiradas do atendimento

Avaliar continuamente as reações emocionais dos familiares durante o atendimento com o objetivo de verificar a existência de critérios impeditivos para sua permanência no atendimento e/ou modificação do desejo de permanecer no atendimento. Em caso de critérios impeditivos e/ou desejo de sair do atendimento, os familiares devem ser encaminhados para a sala de espera.

4.3.6. Interface de comunicação entre família e equipe de atendimento

O profissional de suporte deve ser a interface de comunicação entre as famílias e os profissionais envolvidos no atendimento.

4.3.7. Suporte às famílias em caso de óbito

Propiciar um momento para a família se despedir da criança e orientar questões legais a serem resolvidas.

Considerar necessidade de suporte espiritual aos familiares.

4.3.8. Sumarização do atendimento

Após o atendimento, se as famílias desejarem, os profissionais devem realizar uma síntese do que aconteceu no atendimento.

4.4. Documentação do atendimento

4.4.1. Registro do atendimento no prontuário do paciente

Os aspectos relacionados à presença ou não da família no atendimento, incluindo as contraindicações para sua presença, devem ser registrados no prontuário do paciente.

5. Indicador

5.1. Famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica

Definição: relação entre o número de famílias presentes no atendimento de emergência pediátrica em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica.

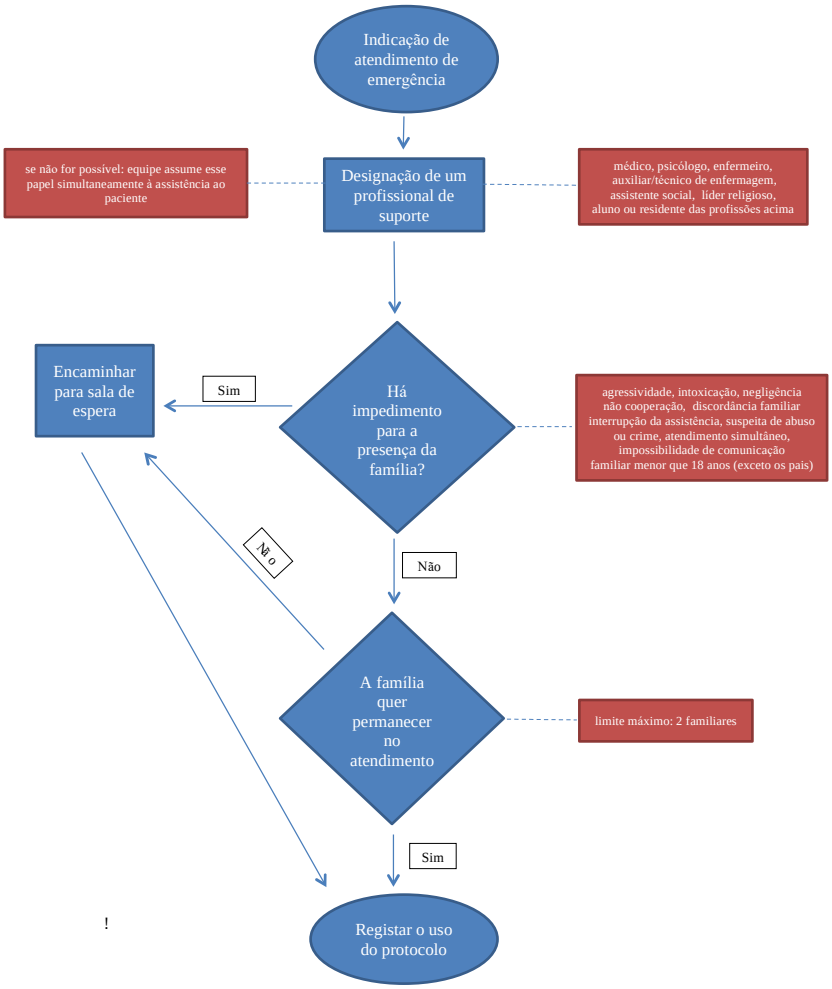
5.2. Interrupção da assistência ao paciente em decorrência da presença da família no atendimento de emergência pediátrica

Definição: relação entre o número de interrupções da assistência ao paciente em decorrência da presença da família em relação ao número de atendimentos de emergência pediátrica com a presença da família.

	DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM – HU/USP SERVIÇO DE ENSINO E QUALIDADE			
	PROT	**Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar**		
	Aprovado	Versão	Data	Página
Francine Fernandes Pires Mekitarian Margareth Angelo		01	07/2017	Página 9 de 11

6.Fluxograma

Fluxograma "Presença da Família no Atendimento de Emergência Pediátrica Hospitalar"



!

7. Referências

1. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee. Clinical practice guideline: family presence during invasive procedures and resuscitation. Does family presence have a positive or negative influence on the patient, family, and staff during invasive procedures and resuscitation? [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: https://www.ena.org/practiceresearch/research/CPG/Documents/FamilyPresenceCPG.pdf
2. American Heart Association. Part 2: Ethical Issues. Circulation 2005;112:6-11.
3. American Association of Critical Care Nurses. Family presence during resuscitation and invasive procedures. [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/fam-pres-resusc-pafeb2016ccn-pages.pdf
4. 2009 ENA Emergency Nursing Resources Development Committee, Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, et al. Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. J Emerg Nurs. 2011;37(5):469-73.
5. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, deGraaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonar resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(4):255-8.
6. Presidência da República. Lei n°8069/90, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8069.htm
7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. Rev Paul Pediatr. 2014;32(1):107-13.
8. Pimenta CAM, Pastana ICASS, Sichieri K, Gonçalves MRCB, Gomes PC, Solha RKT, et al. Guia para a construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. [citado 2016 oct 02]. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/guia%20construção%20protocolos%2025.02.14.pdf.
9. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewer`s Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. [Internet]. [citado 2017 jun. 12]. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodologyfor-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
10. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP;1997.

11. Santos LG, Cruz AC, Mekitarian FFP, Angelo M. Guia para entrevistas com famílias: estratégia para desenvolver habilidades no enfermeiro novato. Rev Bras Enferm.2017;70(6):1193-1200.

Histórico das revisões

Histórico	Data	Motivo	Elaborador
2ª versão	Julho de 2017	Elaboração do documento	Francine Fernandes Pires Mekitarian
3ª versão	Dezembro de 2017	Revisão do documento	Francine Fernandes Pires Mekitarian

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica: elaboração de um protocolo e dinâmica de atendimento
Pesquisador: Margareth Angelo
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 63925617.4.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.969.858

Apresentação do Projeto:
As evidências científicas demonstram que a presença da família no cenário de emergência pediátrica durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação cardiopulmonar é uma prática segura e benéfica para pacientes, famílias e profissionais de saúde. Contudo, essa prática é raramente observada no país. Por isso, a autora propõe-se a conduzir um estudo do tipo intervenção a ser realizado com profissionais médicos e de enfermagem do Pronto Socorro Infantil do Hospital Universitário da USP, em três etapas: 1) elaboração do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"; 2) Treinamento dos profissionais de saúde para uso do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica" nos atendimentos de urgência; e 3) Avaliação da utilização do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica" na prática assistencial por dois meses. Nessa etapa, os profissionais deverão preencher um formulário sobre sua percepção sobre a utilização do protocolo e análise da dinâmica do atendimento de emergência.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é elaborar um protocolo, adequado a um hospital escola brasileiro, que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica. O protocolo será denominado "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica". Os objetivos secundários são: 1) treinar profissionais de saúde atuantes em um pronto socorro infantil de um hospital escola para usar o protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"; 2) introduzir o protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica" na prática assistencial de um pronto socorro infantil de um hospital escola; 3) analisar a dinâmica do atendimento de emergência pediátrica com a utilização do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"; e 4) analisar a percepção dos profissionais de saúde ao uso do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora esclarece que os riscos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, estando relacionados à possível sensação de desconforto dos participantes decorrentes da necessidade de realizar o atendimento na presença da família. Nesta situação se houver risco de interrupção do atendimento da criança, a família será retirada da sala na companhia de um membro da equipe. No entanto, tais informações não constam no TCLE. Por sua vez, os benefícios são descritos como a instrumentalização dos profissionais para assistir as famílias nesse cenário de atendimento de emergência pediátrica, sem riscos para o atendimento à criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, é bem fundamentada e apresenta coerência entre as partes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os termos de anuência da Divisão de Enfermagem, da Divisão de Clínica Pediátrica e da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da USP.

O TCLE está adequadamente redigido e contempla todas as especificações da Resolução 466, de

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.969.858

12 de dezembro de 2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828514.pdf	23/02/2017 18:16:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_V2.docx	23/02/2017 18:15:21	Margareth Angelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_V3.docx	23/02/2017 18:15:01	Margareth Angelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_V2.docx	20/01/2017 11:57:36	Margareth Angelo	Aceito
Outros	cadastro_PROTOCOLO_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:52:33	Margareth Angelo	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:55	Margareth Angelo	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:33	Margareth Angelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraao_Compromisso_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:11	Margareth Angelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_sobre_Beneficio_da_Pesquisa_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:48:33	Margareth Angelo	Aceito
Outros	Anuencias_PesqMekitarian.pdf	20/01/2017 11:16:24	Margareth Angelo	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.969.858

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Decl_Infraestrutura_PesqMekitarian.pdf	20/01/2017 11:15:21	Margareth Angelo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/11/2016 16:44:44	Margareth Angelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/11/2016 16:33:12	Margareth Angelo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 17 de Março de 2017

Assinado por:
Lisabelle Mariano Rossato
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA DA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica: elaboração de um protocolo e dinâmica de atendimento

Pesquisador: Margareth Angelo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63925617.4.3001.0076

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.037.877

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Tese de Doutorado da enfermeira Francine Fernandes Pires Mekitarian, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP. O estudo será realizado com profissionais médicos e de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e residentes de medicina e de enfermagem)do Pronto Socorro Infantil do HU-USP. A pesquisa consistirá de três etapas: 1) revisão integrativa da literatura e elaboração do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"com base no guia de Protocolos de Enfermagem baseados em evidências do COREn -SP; 2) Treinamento dos profissionais de saúde para uso do protocolo nos atendimentos de urgência, que será realizado durante o turno de trabalho e 3) Utilização do protocolo na prática assistencial do Pronto Socorro Infantil, seguida do preenchimento de um formulário pelo enfermeiro com o registro da análise da dinâmica do atendimento de emergência e por último, distribuição de questionário para os profissionais médicos e de enfermagem com o propósito de conhecer a percepção dos mesmos acerca da utilização do protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Elaborar um protocolo que favoreça a presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica, denominado "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

USP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.037.877

Objetivos secundários:

•Treinar profissionais de saúde atuantes em um pronto socorro infantil de um hospital escola para usar o protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica".

•Introduzir o protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica" na prática assistencial de um pronto socorro infantil de um hospital escola.

•Analisar a dinâmica do atendimento de emergência pediátrica com a utilização do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica"

•Analisar a percepção dos profissionais de saúde ao uso do protocolo "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor relata riscos mínimos pela participação no estudo, incluindo desconforto em realizar o atendimento na presença da família e que caso haja risco de interrupção do atendimento à criança pela família, a mesma será retirada da sala de atendimento por um membro da equipe. O estudo terá como benefício a inclusão das famílias no atendimento de emergência pediátrica, sem riscos para o atendimento à criança e a instrumentalização dos profissionais para assistir as famílias nesse cenário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, delineamento adequado, de grande importância para a qualidade da prática assistencial. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado, conforme Resolução 466/12, faltando somente espaço para rubrica do pesquisador e participante da pesquisa ao final da primeira página.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Inserir espaço para rubrica do pesquisador e participante no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje.Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Endereço: Av. Prof° Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

USP - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.037.877

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828514.pdf	23/02/2017 18:16:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_V2.docx	23/02/2017 18:15:21	Margareth Angelo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_V3.docx	23/02/2017 18:15:01	Margareth Angelo	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_828514.pdf	20/01/2017 12:00:03		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_V2.docx	20/01/2017 11:57:36	Margareth Angelo	Aceito
Outros	cadastro_PROTOCOLO_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:52:33	Margareth Angelo	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:55	Margareth Angelo	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:33	Margareth Angelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaraao_Compromisso_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:51:11	Margareth Angelo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_sobre_Beneficio_da_Pesquisa_CEPHU.pdf	20/01/2017 11:48:33	Margareth Angelo	Aceito
Outros	Anuencias_PesqMekitarian.pdf	20/01/2017 11:16:24	Margareth Angelo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Decl_Infraestrutura_PesqMekitarian.pdf	20/01/2017 11:15:21	Margareth Angelo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/11/2016 16:44:44	Margareth Angelo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/11/2016 16:33:12	Margareth Angelo	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Prof° Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

USP - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.037.877

SÃO PAULO, 28 de Abril de 2017

Assinado por:
Mauricio Seckler
(Coordenador)

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **Fax:** (11)3091-9452 **E-mail:** cep@hu.usp.br

São Paulo, 03 de maio de 2017.

Il^mo(a). Sr(a).
Profa. Dra. Margareth Angelo
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria
Escola de Enfermagem
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** "Presença da família durante o atendimento de emergência pediátrica: elaboração de um protocolo e dinâmica de atendimento"
Pesquisador(a) responsável: Profa. Dra. Margareth Angelo
Pesquisadora Executante: Francine Fernandes Pires Mekitarian
CAAE: 63925617.4.3001.0076
Registro CEP-HU/USP: 1625/17

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 28 de abril de 2017 analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO,** bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

O primeiro relatório está previsto para 28 de outubro de 2017.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – 05508-000 São Paulo – SP
Tel.: (11) 3091-9457 – E-mail: cep@hu.usp.br