

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Keila Cristina Oliveira dos Santos

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS NUMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: implicações para a
enfermagem pediátrica

Rio de Janeiro
2013

Keila Cristina Oliveira dos Santos

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS NUMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: implicações para a
enfermagem pediátrica

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª Isabel Cristina dos Santos Oliveira
Doutora em Enfermagem

Rio de Janeiro
2013

Santos, Keila Cristina Oliveira dos.

Transmissão de informações às famílias das crianças assistidas numa unidade de emergência: implicações para a enfermagem pediátrica/Keila Cristina Oliveira dos Santos. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

xiii, 83 f. : il. ; 29,7cm.

Orientadora: Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ Escola de Enfermagem Anna Nery, Pós-Graduação de Enfermagem, 2013.

Referências bibliográficas: f. 67-73

1. Equipe de enfermagem. 2. Criança hospitalizada. 3. Família. 4. Informação. 5. Enfermagem pediátrica – Tese. I. Oliveira, Isabel Cristina dos Santos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Pós-Graduação de Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

Keila Cristina Oliveira dos Santos

TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS
ASSISTIDAS NUMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA: implicações para a
enfermagem pediátrica

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em

Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira – Orientadora/Presidente
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Sônia Regina de Souza – 1^a Examinadora
Doutora em Enfermagem – EEAP/UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Tania Vignuda de Souza – 2^a Examinadora
Doutora em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Prof.^a Dr.^a Sylvia Alves Cibreiros – Suplente
Doutora em Enfermagem – FENF/UERJ

Prof. Dr. Roberto José Leal – Suplente
Doutor em Enfermagem – EEAN/UFRJ

Dedico este trabalho à minha mãe que me apoiou em todos os momentos e ao meu pai pelo suporte e contribuição direta para a realização desta pesquisa.

Agradecimentos

À Professora Isabel Cristina dos Santos Oliveira por ter aceitado o desafio e pela dedicação e atenção dispensadas a mim em todos os momentos. A cada encontro, uma reflexão... Um aprendizado...

À Escola de Enfermagem Anna Nery, na figura dos seus professores, pela contribuição na minha formação e realização da pesquisa.

Aos colegas de turma pelas discussões e contribuições à minha pesquisa.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança/Cenário Hospitalar.

À amiga Damariz Albuquerque pela atenção e carinho que sempre me tratou.

Às amigas Elena Martinez e Monique Norte pela escuta qualificada e discussões que me ajudaram a refletir em diversos momentos.

Às amigas Leila Couto, Roberta Oliveira e Suzy Lapa pela atenção e contribuições.

Às amigas Isabela Fornerolli, Rosana Fidélis e Rita Melão pelo apoio.

Às amigas Aline Marins e Cristiane Gabriel, que mesmo de longe, torcem pelo meu sucesso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	pág
Figura 1 Fluxo de atendimento	16
Figura 2 Interação negativa da informação, família e enfermagem	17
Figura 3 Interação positiva entre informação, família e enfermagem	18
Figura 4 Elementos da Política Nacional de Humanização (PNH)	26
Figura 5 Temas da Entrevista não diretiva em grupo (ENDG)	32
Figura 6 Instituto de Puericultura	37

LISTA DE QUADROS

		pág
Quadro 1	Total de artigos nos bancos de dados com textos na íntegra	20
Quadro 2	Caracterização dos sujeitos/equipe de enfermagem	28
Quadro 3	Momentos de Observação	33
Quadro 4	Relação das entrevistas	33
Quadro 5	Unidades e subunidades temáticas	35

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENDG	Entrevista não diretiva em grupo
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
PIBIC	Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NUPESC	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa de Saúde da Família
REBEn	Revista Brasileira de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library on-line
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

RESUMO

SANTOS, Keila Cristina Oliveira dos. **Transmissão de informações às famílias das crianças assistidas numa unidade de emergência**: implicações para a enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O estudo tem como objeto a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias das crianças na emergência. Os objetivos do estudo são: descrever as informações transmitidas pela enfermagem; analisar a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias; e discutir as implicações das informações para a prática assistencial de enfermagem junto às famílias das crianças na emergência. O referencial teórico está vinculado ao direito à informação na perspectiva dos preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH). A pesquisa é qualitativa, tipo estudo de caso. O cenário foi o setor de emergência pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 16 membros da equipe de enfermagem dos serviços diurnos e noturnos do referido setor. Os procedimentos metodológicos foram o formulário de caracterização dos sujeitos, a entrevista não diretiva em grupo, e a observação participante com diário de campo. Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática. As informações transmitidas pela equipe de enfermagem estavam relacionadas à estrutura física, normas e rotinas da unidade e os cuidados de enfermagem, que de modo geral atendiam aos questionamentos do familiar/acompanhante. Três momentos distintos para a transmissão de informações foram destacados: admissão da criança, permanência na unidade e alta. As características peculiares do atendimento na unidade, as inúmeras atividades profissionais e a fragmentação das informações foram elementos que permearam as dificuldades na transmissão de informações às famílias das crianças. Concluiu-se que a capacitação dos enfermeiros torna-se fundamental na emergência pediátrica a fim de promover transformações na atuação da enfermagem voltada para o reconhecimento da criança como sujeito de necessidades de saúde inserida em um contexto familiar e social.

Palavras-chave: equipe de enfermagem, criança hospitalizada, família, informação.

ABSTRACT

SANTOS, Keila Cristina Oliveira dos. **Delivery of information to the families of children being assisted in an emergency care unit**: implications onto pediatric nursing. Rio de Janeiro, 2013. Master's dissertation (Master's degree in Nursing) – Anna Nery Nursing School, Rio de Janeiro Federal University, Rio de Janeiro, 2013.

The object of this study is the performance of the nursing team in delivering information to the family of children admitted to an emergency unit. Its purposes are: to describe the information delivered by the nursing team; to analyze the performance of the nursing team as to the information delivered to their families; and to discuss the implications of delivered information onto the nursing care practice as to the families of children under emergency situations. The theoretical references are associated to the right for information from the perspective of the Humanization National Policies. This is a qualitative research classified as a case study. The scenery was the emergency unit of Martagão Gesteira Puericulture and Pediatric Institute, at Rio de Janeiro Federal University. The subjects were 16 members of the nursing team, from day and night shifts. The methodological procedures were the subjects' characterization forms, the non-directive group interview and participative observation with a field diary. Data analysis was carried out with the use of thematic analysis approach. The information delivered by the team referred to the unit's physical structure, norms and routines and to nursing care aspects, which, in general terms, answered the family member's/companion's questions. Three distinct moments of information delivery were remarked: the child's admission to the hospital, its permanence at the unit and its discharge. The peculiar characteristics of assistance at the unit, the several professional activities involved, and the fragmentation of information were the elements that helped to configure the difficulties in the delivery of information to the families of the children. The study concludes that the capacitation of nurses is of fundamental importance for pediatric emergency and for the promotion of changes in the performance of nurse teams, which must be centered on the recognition of the assisted child as a subject of health care needs inserted in a family and social context.

Keywords: nursing team, hospitalized child, family, information.

RESUMEN

SANTOS, Keila Cristina Oliveira dos. **Transmisión de informaciones a las familias de los niños hospitalizados en una unidad de emergencia:** implicaciones para la enfermería pediátrica. Rio de Janeiro, 2013. Tesis (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

El estudio tiene como objeto el funcionamiento de enfermería con respecto a la información proporcionada a las familias de los niños en unidades de emergencia. Los objetivos del estudio son: describir la información proporcionada por la enfermería; analizar el desempeño de enfermería con respecto a la información proporcionada a las familias; y discutir las implicaciones de la información para la práctica asistencial de la enfermería que actúa junto a las familias de los niños en unidad de emergencia. La referencia teórica está relacionada con el derecho a la información en la perspectiva de los preceptos de la Política Nacional de Humanización (PNH). La investigación es cualitativa, es del tipo estudio de caso. El escenario fue el departamento de emergencia pediátrica en el Instituto de Puericultura y Pediatría Martagão Gesteira de la Universidad Federal do Rio de Janeiro. Los sujetos fueron 16 miembros del equipo de enfermería de servicios diurnos y nocturnos del referido sector. Los procedimientos metodológicos fueron el formulario de caracterización de los sujetos, la entrevista colectiva no política, y la observación participante con diario de campo. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis temático. Las informaciones transmitidas por el equipo de enfermería estaban relacionadas con la estructura física, reglas y rutinas de la unidad y los cuidados de enfermería que generalmente atendían a los anhelos del familiar/acompañante. Se destacaron tres momentos diferentes para la transmisión de información: la admisión del niño, permanencia en la unidad y el alta. Las características peculiares de la atención en la unidad, las numerosas actividades profesionales y la fragmentación de la información fueron elementos que permearon las dificultades en la transmisión de información a las familias de los niños. Se concluye que la capacitación de los enfermeros es fundamental en la emergencia pediátrica con el fin de promover cambios en enfermería práctica centrada en el reconocimiento del niño como sujeto de necesidades de salud en un contexto familiar y social.

Palabras clave: Grupo de Enfermería; Niño Hospitalizado; Familia; Información.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	24
2.1. BASES CONCEITUAIS	24
2.2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
2.3. CENÁRIO DO ESTUDO	36
3. A EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA E AS ESPECIFICIDADES FRENTE À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA	40
3.1. EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: O CONTEXTO	40
3.2. A ENFERMAGEM, A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	44
4. AS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS NA UNIDADE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: O DISCURSO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUANTO A TRANSMISSÃO DAS INFORMAÇÕES	47
4.1. TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÕES ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS: UM DESAFIO (IM)POSSÍVEL	47
4.2. AS DEMANDAS DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXO	75
APÊNDICES	77

I. Introdução

Durante dois anos (2005-2007) do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da EEAN da UFRJ, fui bolsista de iniciação científica pelo PIBIC/CNPq. Neste período, desenvolvi o TCC intitulado “Assistência à criança e a inter-relação com o curso de especialização em enfermagem pediátrica: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery (1986-1989)”, inserido no Projeto Integrado de Pesquisa/CNPq “A Institucionalização da Enfermagem Pediátrica: Influência da Especialização na Prática Profissional nos anos 70”, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

Esse estudo caracterizou a produção científica da enfermagem pediátrica na Revista Brasileira de Enfermagem no período de 1986 a 1989 e abordou a inter-relação das disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica da EEAN/UFRJ com os estudos referentes à enfermagem pediátrica publicados na REBEn no período estudado (SANTOS, 2007, p.5).

Verificou-se que dos 120 (cento e vinte) artigos publicados na REBEn, 10 estudos, ou seja, 8,33% enfocam a assistência à criança em diferentes cenários. Dos 10 artigos, 50% (5) estão relacionados ao cenário intra-hospitalar, 40% (4) ao extra-hospitalar e 10% aos dois cenários. Quanto às temáticas dos estudos, o desempenho da equipe de enfermagem na assistência à criança no cenário hospitalar teve maior destaque (SANTOS, 2007, p.18).

O curso de especialização era composto pelas seguintes disciplinas: A enfermagem e a criança doente/A enfermeira e a criança enferma; Cuidados básicos de enfermagem pediátrica/Cuidados básicos na infância; Problemas da adolescência/Problemática e assistência do adolescente; Metodologia do ensino superior; Assistência de enfermagem ao recém-nascido/Assistência ao recém-nascido; Metodologia da pesquisa; e Relações interpessoais em enfermagem (SANTOS, 2007, p.20-22).

A inter-relação das disciplinas do curso de especialização com a produção científica em enfermagem pediátrica mostrou que a disciplina “A enfermagem e a criança doente/A enfermeira e a criança enferma” apresentou concordância com 5 (cinco) estudos, o que reflete o cuidado centrado na doença na década de 80 do século XX (SANTOS, 2007, p.23).

Os 10 (dez) estudos publicados na REBEn referentes à enfermagem pediátrica, no período estudado, estão relacionados com as disciplinas do curso. Desta forma, concluiu-se que o discurso das enfermeiras na REBEn foi contemplado nas temáticas das disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica da EEAN/UFRJ (SANTOS, 2007, p.23).

Este estudo mostrou que a assistência de enfermagem à criança e o curso de especialização, no período estudado, convergiam para o cuidado de enfermagem durante a hospitalização da criança. A abordagem da família no contexto do cuidado à criança não foi considerada no referido curso.

Em 2007, concluí o curso de graduação da EEAN/UFRJ e, em 2008, iniciei a residência de enfermagem em pediatria no HUPE da UERJ com a intenção de aprimorar os conhecimentos teórico-práticos na área de enfermagem pediátrica. Na residência, prestei cuidado às crianças em diversos cenários, a saber: alojamento conjunto; ambulatório de pediatria; enfermaria de pediatria; isolamento infantil; enfermaria de cirurgia pediátrica; e enfermaria de emergência infantil.

Durante o primeiro mês como residente no HUPE, observei vários casos de atraso no calendário vacinal de crianças atendidas no ambulatório de pediatria, o que gerou a minha inquietação e a necessidade de realizar um estudo nesta temática. Assim, desenvolvi um estudo intitulado “Avaliação do calendário vacinal de crianças atendidas em um ambulatório de pediatria: cobertura e motivos do atraso vacinal” (SANTOS, 2009, p.7).

Das 30 crianças do estudo, 46,7% (14) tinham alguma vacina em atraso, e 53,3% (16) tinham sua caderneta de vacinação atualizada. Dos motivos do atraso vacinal, apresentados pelos familiares/ acompanhantes, 57,1% (8) foram referentes ao serviço de saúde: falta de vacinas e aprazamento; dias específicos para administração das vacinas; não aplicação sem orientação à mãe, e desorganização da unidade; enquanto 28,6% (4) estavam relacionados à saúde da criança: acompanhamento pela DIP, internação hospitalar, e febre; e 14,3% (2) referentes ao cuidador: não valorização das vacinas e baixa acuidade visual (SANTOS, 2009, p.29-31).

Vale ressaltar que as características que interferem no acesso e adesão ao PNI são a proporção de população vivendo em zona rural; a dispersão da população no território e o nível de desenvolvimento socioeconômico. Além disso, a cobertura vacinal também sofre influência nos serviços de saúde através do acontecimento das oportunidades perdidas de vacinação. Esta oportunidade perdida trata-se da não utilização de ocasiões como consultas pediátricas para a vacinação de crianças nunca vacinadas ou com o esquema incompleto (SANTOS, 2009, p.33-34).

Neste estudo, concluiu-se que é primordial que os enfermeiros atuem ativamente nos projetos de promoção à saúde, reconheçam as crianças em atraso vacinal, diminuam as oportunidades perdidas de vacinação, e ainda contribuam diretamente para a cobertura vacinal esperada para o país. Os enfermeiros devem atuar na educação em saúde com as famílias, já

que alguns casos se deram por falta de informação, não houve um esclarecimento sobre o calendário de vacinas da criança, até mesmo com falta de aprazamento das vacinas (SANTOS, 2009, p.35).

Em 2008, durante a residência de enfermagem, fui nomeada como enfermeira, através de concurso público, para a Prefeitura da Cidade de Nova Iguaçu no estado do Rio de Janeiro. Desde então, atuo em uma unidade mista, no serviço de urgência/emergência.

De acordo com Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.97), unidade mista é uma:

Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT¹ básico ou de rotina.

Os atendimentos na referida unidade são divididos entre clínicos e traumas. Os pacientes atendidos na unidade podem ter alta ou serem transferidos para internação em hospital da rede do SUS, ou para o hospital geral de referência do município, em casos graves.

No que se refere às faixas etárias, o atendimento é dividido entre pediatria e clínica médica. O atendimento pediátrico é estabelecido de 28 dias aos 13 anos incompletos, e a clínica médica compreende os adolescentes (13 anos completos aos 18 anos incompletos) e adultos. Vale ressaltar que as crianças e os adolescentes têm direito ao acompanhamento por um familiar/acompanhante, conforme o artigo 12 do ECA.

Ainda, de acordo com o artigo 4º do ECA (BRASIL, 1990):

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

No atendimento pediátrico, os casos clínicos leves mais comuns na unidade são caracterizados por doenças sazonais, como diarreia, dengue, Infecção Respiratória Aguda (IRA), entre outras; e os casos traumáticos leves são decorrentes aos acidentes perfuro-cortantes, em que há possibilidade de procedimento na unidade, como as suturas. Os casos clínicos graves mais comuns são desidratação grave, broncoaspiração importante, IRA complicadas, entre outras; e traumas graves que são decorrentes a lesões perfuro-cortantes graves, em que não há possibilidade de procedimento na unidade, e queimaduras.

¹ SADT - Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia.

O atendimento pediátrico é realizado de acordo com a demanda, e os casos mais graves têm acesso direto na unidade, com atendimento imediato. Desta forma, são realizados o atendimento médico e os cuidados de enfermagem, e posterior prosseguimento do caso, como a transferência para o hospital de emergência ou um hospital pediátrico de referência (Figura 1).

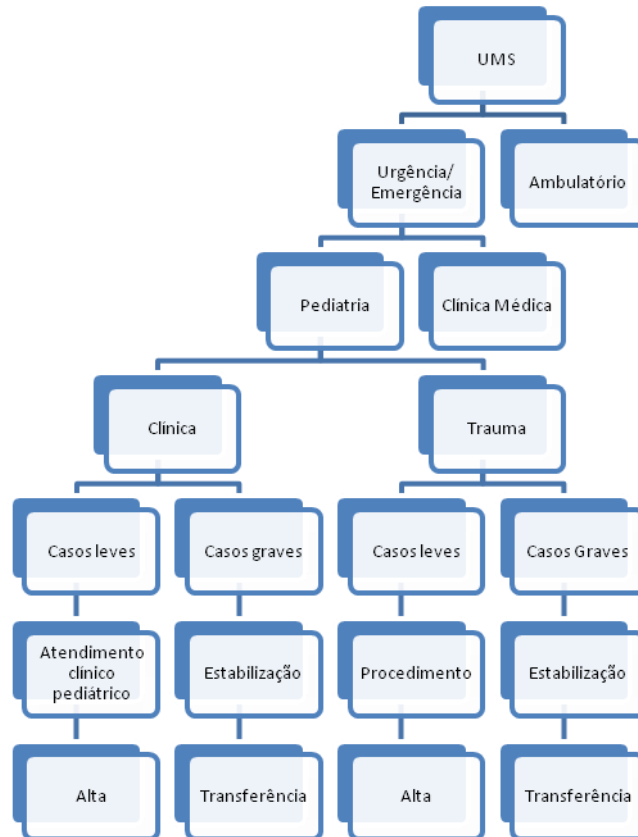


Figura 1 – Fluxo de atendimento

De acordo com a Terminologia Básica de Saúde do Ministério da Saúde (MS) (1987, p.21- 28), os serviços de atendimento imediato são organizados em: emergência, pronto atendimento e pronto-socorro. A emergência é definida como uma “unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”. O pronto atendimento é uma “unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam atendimento imediato”. O pronto-socorro é um “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação”.

Cabe acrescentar que a Resolução nº 1451/95 do CFM define urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”; e define emergência como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 1995).

Com as experiências vividas como enfermeira na unidade de urgência/emergência, o que mais me incomodou e ainda me inquieta está relacionado com a falta de informação da condição da criança para os seus familiares nos serviços de saúde. Observo que os familiares ficam muito ansiosos diante do novo, e o medo do que pode vir acontecer. Eles fazem questionamentos sobre qual o problema da criança, quais e de que forma os medicamentos serão administrados, se a criança corre risco de sequelas ou morte. Devido a isto, muitas vezes, estes familiares chegam a impedir ou dificultar a prestação dos cuidados ao seu filho e também apresentar reações como choro, grito, entre outras (Figura 2).

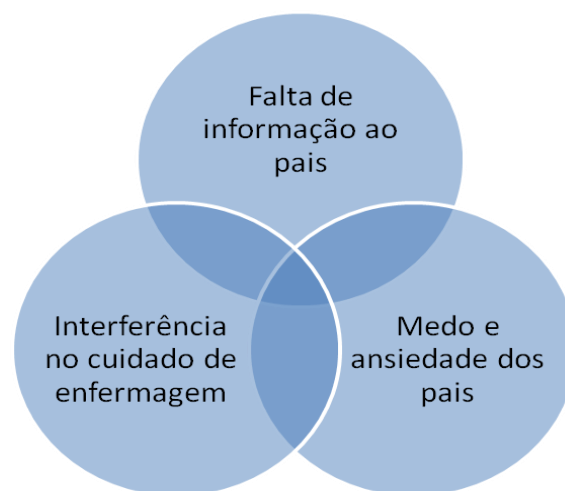


Figura 2 – Interação negativa da informação, família e enfermagem

Uma das experiências mais traumáticas para a criança e seus pais é o atendimento numa emergência, sendo importante que os profissionais de saúde prestem o cuidado também voltado para diminuição do medo e da ansiedade. As respostas dos pais à doença e à hospitalização correspondem à descrença, raiva, culpa, medo, ansiedade, frustração e depressão. O medo e a ansiedade podem estar relacionados à gravidade da doença e aos tipos de procedimentos que as crianças são submetidas. A frustração da família está relacionada “à falta de informações a respeito dos procedimentos e tratamentos; ao desconhecimento das normas e rotinas hospitalares; a uma sensação de serem indesejados pela equipe ou ao medo de fazer perguntas”. Essa frustração pode ser aliviada quando os pais estão cientes do que

esperar e do que é esperado deles; são estimulados a participar do cuidado e são considerados contribuidores para a saúde da criança (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p. 700).

Vivenciei, também, algumas situações, em que os familiares encontravam-se muito nervosos frente à condição da criança, e assim, pude conversar, explicar o que aconteceria, informando passo a passo os cuidados à criança, como, por exemplo, a necessidade de punção venosa e a importância de uma hidratação venosa. Com isso, o relacionamento da equipe de enfermagem com os familiares foi muito favorável; e dessa vez, participando do cuidado, o que era fundamental para a segurança emocional da criança. O fornecimento de informações estabeleceu o vínculo e proporcionou um relacionamento de confiança entre mim e os pais, e assim a equipe de saúde prestou os cuidados à criança num ambiente mais favorável (Figura 3).

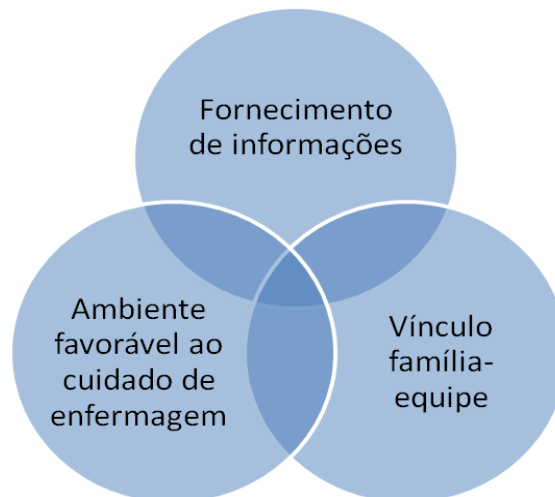


Figura 3 – Interação positiva entre informação, família e enfermagem

Uma importante intervenção de enfermagem é fornecer informações voltadas para a doença, tratamento, prognóstico e cuidados domiciliares, assim como, a reação emocional e física da criança e das prováveis reações emocionais dos pais (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p. 694). Portanto, essa intervenção do enfermeiro deve permear todas as fases da hospitalização da criança, da admissão à alta.

De acordo com o artigo nº 71 do ECA, “a criança e o adolescente têm direito a informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento” (BRASIL, 1990).

A Resolução nº 41 de 13 outubro de 1995, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados do CONANDA, aborda a informação em seu texto. Sobre a

criança e o adolescente, o oitavo item destaca: “Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário”. Em seu décimo item é destacado: “Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida” (BRASIL, 1995).

No que se refere ao direito à informação ampla sobre a doença e a assistência, a criança e o adolescente devem ser considerados como indivíduos capazes de entender o que se passa consigo, dentro dos limites de sua capacidade intelectual, (CECCIM e CARVALHO, 1997, p. 188).

O décimo oitavo item, da referida resolução, aborda: “Direito à confidência dos seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na instituição, pelo prazo estipulado pela lei” (BRASIL, 2005). Ceccim e Carvalho (1997, p. 190) enfatizam que não é só necessário que a criança e seus pais recebam explicações claras sobre diagnósticos, terapêutica e prognóstico, mas também, terem acesso ao prontuário nos serviços de saúde quando assim for de seu desejo.

Com a conclusão da residência de enfermagem em 2010, procurei dar continuidade aos meus estudos na temática sobre as informações transmitidas às famílias pela equipe de enfermagem.

Desta forma, realizei uma revisão bibliográfica com a intenção de identificar as publicações nacionais e internacionais pertinentes a essa temática. Para a busca das produções científicas, foram utilizados os seguintes bancos de dados: SciELO, LILACS, MEDLINE, CINAHL e CAPES, Teses e Dissertações da BVS. Os descritores utilizados foram: enfermagem, equipe de enfermagem, enfermagem pediátrica, criança hospitalizada, família, informação, emergências; e nursing, nursing staff, child hospitalized, family, information, emergencies, que foram conjugados de dois em dois. O recorte temporal foi determinado pela busca eletrônica e corresponde ao período de 1997 a 2011.

Para seleção dos estudos foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: estudos e artigos de pesquisa com texto na íntegra, estudos e artigos pertinentes à temática e equipe de enfermagem como amostra/sujeitos da pesquisa. Os critérios de exclusão utilizados foram: estudos de reflexão, relato de experiência e revisão sistemática.

O resultado da busca eletrônica foi de 27.660 estudos, sendo 18493 na MEDLINE, 5894 no CINAHL, 1306 na LILACS, 200 na SciELO, 1564 na CAPES (compreendendo dissertações de mestrado e teses de doutorado), e 203 no banco de Teses e Dissertações em

Enfermagem da Biblioteca Virtual em Saúde (compreendendo dissertações de mestrado e teses de doutorado). Para a seleção de teses e dissertações, o primeiro critério aplicado foi a seleção de estudos pertinentes à temática e equipe de enfermagem como amostra/sujeitos da pesquisa através do resumo disponibilizado. Para a seleção de artigos, o primeiro critério aplicado foi a seleção de estudos disponíveis na íntegra, que totalizou 5.103 (Quadro 1).

Quadro 01 – Total de artigos nos bancos de dados com textos na íntegra

Tipo de publicação	Artigos
Bancos de dados	
LILACS	697
SciELO	200
MEDLINE	1354
CINAHL	2852
Total	5103

Com base nos outros critérios (de inclusão e exclusão), a seleção foi de 30 artigos na LILACS, 10 na SciELO, 04 na MEDLINE, 02 no CINAHL, 05 estudos na CAPES, e nenhum estudo na BVS, totalizando 51 estudos, sendo 46 artigos, 04 dissertações e 01 tese. Dos 51 estudos, 40 estudos repetiram-se na busca, restando 09 artigos (06 de periódicos de enfermagem nacionais; 01 de periódico de enfermagem internacional; e 02 publicados em periódicos não especializados de enfermagem), 01 dissertação de mestrado e 01 tese de doutorado, totalizando 11 estudos.

Vale destacar que dos 11 estudos selecionados, 09 (nove) abordavam informação nos seus resultados e 02 (dois) relacionaram a informação no contexto da emergência pediátrica.

Após a leitura dos 11 estudos encontrados sobre a temática, constatou-se que a família necessita de informações sobre o estado da criança, diagnóstico e terapêutica. A família também espera estas respostas por parte da enfermagem, e quando as informações são fornecidas, as famílias ficam mais tranquilas e participantes do cuidado.

O estudo de Sabatés e Borba (2005, p. 973) ressalta que os pais não estão totalmente satisfeitos com as informações recebidas durante a hospitalização do filho, e ainda destacam que as enfermeiras informam sobre as regras e rotinas, direitos e deveres, motivos dos procedimentos e a participação dos mesmos nos cuidados dos filhos. Assim como, Soares e

Leventhal (2008, p.329) enfocam que os pais com filhos hospitalizados relataram receber poucas informações das enfermeiras a respeito dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos decorrentes do processo da doença e hospitalização. Por outro lado, esses pais mencionaram que não tiveram informações sobre o papel que devem desempenhar no hospital.

Guareschi e Martins (1997, p. 424-25), afirmaram que os pais/acompanhantes de crianças hospitalizadas têm necessidade de conhecer as condições de saúde e o tratamento de seu filho. Esse conhecimento ajuda a minimizar suas ansiedades e eles se sentem aptos, psicologicamente, a dar apoio e amor às crianças. Em sua pesquisa, Pinto et al (2009, p. 21) mostrou que os enfermeiros entrevistados apontaram que a falta de informação gera insegurança e angústia aos familiares durante a hospitalização.

No estudo de Sousa, Gomes e Santos (2007, p.397), a equipe de enfermagem, participante do estudo, destacou que o familiar/acompanhante pode interferir no cuidado decorrente do déficit de conhecimento. Com isso, “é fundamental que os profissionais de enfermagem forneçam informações e orientações aos familiares/acompanhantes quanto às necessidades e tratamento da criança para que estes colaborem com os cuidados”.

Em um estudo realizado na Finlândia, parte da equipe de enfermagem relatou informar melhor sobre a investigação, e menos sobre a doença. Ao passo que, algumas enfermeiras relataram não fornecer nenhum tipo de informação (SARAJÄRVI, HAAPAMÄKI e PAAVILAINEN, 2006, p. 208).

Nas ações assistenciais diretas à família, as orientações da equipe de enfermagem sobre procedimentos rotineiros da unidade (medicação, punção venosa, nebulização, exame, cirurgia) foram observadas quando o acompanhante estava em estado emocional abalado, como forma de tranquiliza-lo (YAMAMOTO et al, 2009, p.231).

Tacsi (2003, p.49-86), em seu estudo caracterizou a atuação da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência cardiorrespiratória, e ressaltou a importância da atenção à família da criança em parada cardiorrespiratória. A autora destacou que as causas de ansiedade nos pais ocorrem pela falta de informação sobre diagnósticos e procedimentos, medo do futuro do filho e medo da responsabilidade com a doença.

Em outro momento, Tacsi (2007, p.154) afirma que em unidades não hospitalares de urgência e emergência, os acompanhantes esperam atenção resolutiva. Quando os acompanhantes são esclarecidos sobre a condição de saúde da criança, melhor será o processo de tratamento e recuperação da mesma.

Na pesquisa de Murakami e Campos (2011, p.258), foi evidenciado que o enfermeiro, “além de realizar os cuidados técnicos, deve manter o familiar informado sobre a condição de

saúde da criança e acolhê-lo, para que este seja colaborativo durante o tratamento no hospital, e dê continuidade à recuperação em casa”.

De acordo com Lima et al. (2010, p.703), além da maioria dos pais receberem informações precárias durante a admissão, a equipe informa pouco sobre o motivo da internação, o estado de saúde da criança ou o tratamento, e também abre pouco espaço para a família expor suas dúvidas ou fazer perguntas.

Para a transmissão de uma informação adequada é necessário um diálogo adequado, e essa relação está pautada na humanização; humanização do cuidado, das relações, das tomadas de decisão, do ambiente de trabalho. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), “as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS” (BRASIL, 2004a, p.10).

Baseada na minha experiência profissional e na revisão bibliográfica, elaborei as seguintes questões norteadoras: A equipe de enfermagem informa aos familiares acerca da condição da criança na emergência? Quais as informações fornecidas pela enfermagem às famílias das crianças? De que forma as informações são fornecidas às famílias pela enfermagem?

De acordo com os argumentos citados, delimito como objeto de estudo a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias das crianças na emergência.

Os objetivos do estudo são: descrever as informações transmitidas pela enfermagem; analisar a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias; e discutir as implicações das informações para a prática assistencial de enfermagem junto às famílias das crianças na emergência.

Contribuições do estudo

Na assistência, o estudo contribuirá para a reflexão da equipe de enfermagem acerca de sua própria atuação quanto às informações transmitidas às famílias das crianças em situação de emergência. Essa reflexão também contribuirá para uma mudança nos serviços de emergência pediátrica, favorecendo o direito da família à informação e a busca pelas necessidades de informação dos pais e familiares que se encontram nesta situação.

No ensino, esse estudo oferecerá conhecimentos científicos e propiciará discussões nos cursos de graduação e pós-graduação em relação à temática. Dessa forma, acredita-se que após a conclusão do curso, os estudantes possam incluir a família na assistência à criança em situação de emergência.

Para a pesquisa, o estudo poderá oferecer subsídios para outros estudos acerca da emergência pediátrica no Grupo de Pesquisa – Saúde da Criança / Cenário Hospitalar, e no NUPESC do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

2. Abordagem Teórico-Metodológica

2.1 Bases Conceituais

O referencial teórico está vinculado ao direito à informação na perspectiva dos preceitos da PNH.

A primeira iniciativa de difundir o conceito de humanização nos serviços de saúde foi a implantação do PNHAH, que foi criado, em 2000, com o objetivo central de possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Os parâmetros para a humanização do atendimento dos usuários envolvem as condições de acesso e prestação dos serviços, qualidade das instalações, dos equipamentos e condições ambientais do hospital, clareza das informações fornecidas aos usuários, informações aos familiares sobre o atendimento ao usuário, como também a qualidade na relação entre os usuários e os profissionais (BRASIL, 2002b, p.9; 48-50).

Para evitar que a humanização se comportasse como um programa, no qual as relações são verticais, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) que se mostra “como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (BRASIL, 2004a, p. 7). Essa política (BRASIL, 2004a, p. 9-10) está norteada por princípios, dentre eles a:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização, utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Vale ressaltar que na PNH, humanizar é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a, p.6).

Para o MS, “a Humanização não deve ser vista pontualmente como um programa a ser instituído aos serviços de saúde, mas sim como uma política que atue transversalmente em toda a rede do SUS”, pois um programa traz características como efetuações burocráticas, através de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de resolutividade e qualidade. Então, uma política transversal é um

conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004a, p. 6-7).

A humanização tem como meta aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, e também implica em mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. No que se refere ao vínculo com os usuários, é importante que os direitos dos usuários e seus familiares sejam garantidos, e sejam estimulados a se colocarem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, e também, que os profissionais possuam melhores condições de trabalho para efetuarlo de modo digno e criador de novas ações e possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho (BRASIL, 2004a, p. 7).

Os serviços de urgências e emergências (pré-hospitalar, pronto-atendimentos, entre outros) também são contemplados na PNH. As diretrizes específicas para este nível de atenção (BRASIL, 2004a, p. 14) são:

acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência; comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários; definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

A PNH traz em sua evolução outros documentos e/ou atualizações com o objetivo de dar seguimento a sua finalidade que é oferecer o direito à saúde a todos de forma qualificada, com mudança no modelo de gestão e preocupação com a formação e condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Neste estudo também utilizo três elementos presentes no contexto da PNH considerados pertinentes na relação usuário, família e profissional de saúde, que influenciam no diálogo e na transmissão de informações, que são: acolhimento, alteridade e ambiência que são apresentados na Figura 4 (BRASIL, 2008, p.51).

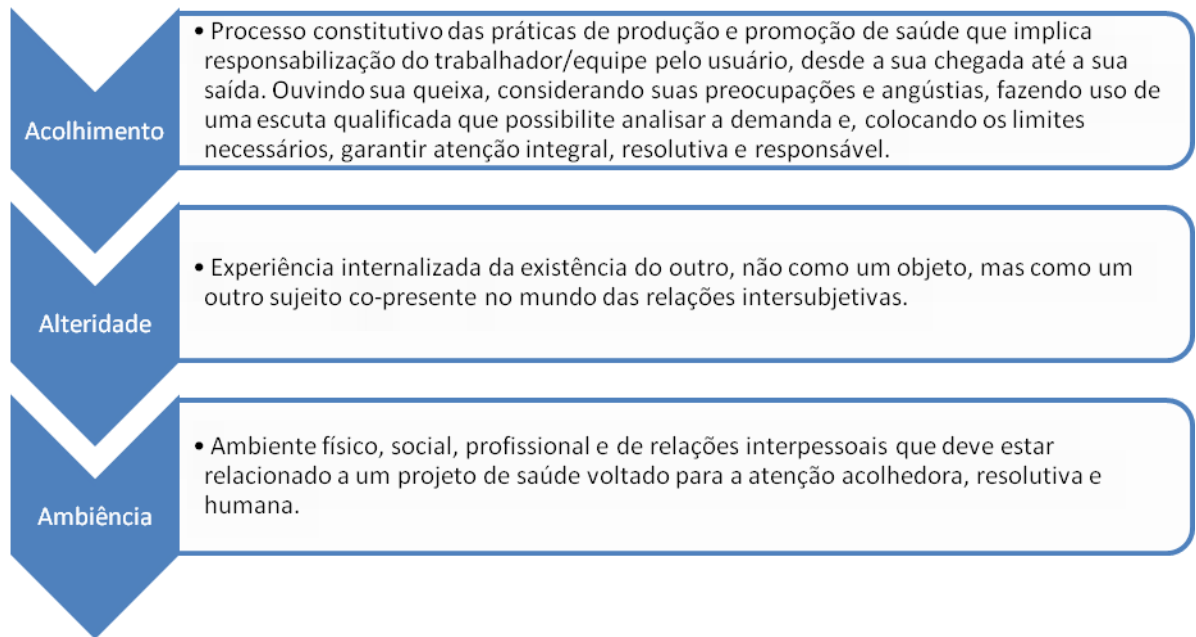


Figura 4 – Elementos da PNH

2.2 Considerações Metodológicas

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. Segundo Minayo (2007, p.21), a pesquisa qualitativa: “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

De acordo com Yin (2005, p. 32), um estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”, sendo que esse contexto pode influenciar no fenômeno estudado.

O cenário² foi o setor de emergência pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira³ (IPPMG) da UFRJ. O cenário justifica-se por ser uma emergência exclusiva para o atendimento em pediatria, com delimitação do espaço físico e equipe própria. Trata-se de um hospital de ensino com presença de estudantes de graduação e pós-graduação na modalidade de residência. A instituição faz parte da Área de Planejamento 3.7 (XX Região Administrativa/ Ilha do Governador) da cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2013).

O cenário do estudo possui um núcleo de humanização chamado “Núcleo de Humanização do IPPMG”, e faz parte dos Apoiadores da Política Nacional de Humanização.

² Para escolha do cenário, foram feitos contatos informais por telefone e pessoais em instituições públicas com atendimento de emergência em pediatria.

³ Autorização para uso do nome da instituição concedida em 12 de novembro de 2012 pela direção do IPPMG (Anexo C).

A proposta de trabalho do referido núcleo foi aprovada em 26 de junho de 2007 pelo Conselho Diretor. Tem como objetivo geral: “propor, desenvolver, integrar, apoiar e coordenar as ações de humanização no IPPMG, buscando a melhoria da qualidade da assistência e das condições de trabalho” (IPPMG, 2012a).

Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras e onze técnicas de enfermagem dos turnos diurno e noturno do referido cenário. O critério de inclusão dos sujeitos foi a atuação em emergência pediátrica por pelo menos 1 (um) ano, tendo em vista suas experiências em emergência pediátrica, e aceitar participar da pesquisa. Cruz e Almeida (2010, p. 923) em seu estudo também estabeleceram os profissionais com vínculo por pelo menos 1 (um) ano como critério de inclusão.

Os procedimentos metodológicos foram o formulário para delinear a caracterização dos sujeitos, a entrevista não diretiva em grupo, e a observação participante com diário de campo.

O formulário (Apêndice A) consta de dois itens: dados de identificação e os relacionados à atividade profissional, que foram articulados com os depoimentos a fim de subsidiar a análise no tocante a experiência profissional dos sujeitos. Segundo Lakatos e Marconi (2006, p. 214): “O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”.

Com base na caracterização dos sujeitos/ equipe de enfermagem da emergência pediátrica, foi feita a captação dos membros da equipe de forma intencional para a formação dos grupos, com o objetivo de atender aos critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa para a entrevista. Os sujeitos são identificados com códigos alfanuméricos, a saber: E (enfermeira) – E1, E2; TE (técnica de enfermagem) – TE 1, TE 2; e assim, sucessivamente. Com base nos dados dos sujeitos, foi elaborado o Quadro 2:

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos/equipe de enfermagem

Identificação										Atividade Profissional					
Sujeitos	Categoria	Idade	Sexo	Formação		Jornada de Trabalho	Turno de Trabalho	Tempo de Serviço na Unidade	Experiência em emergência pediátrica	Outros empregos (Setor/ Origem)	Formação			Educação Continuada	
				Tempo	Instituição						Técnico	Grad.	Pós-Grad.	Treinamento em Serviço	Cursos na Instituição
E1	Enfermeira	42 a	F	5 a	Privada	30 h/sem	Diurno	4 a	4 a	CTQ infantil/ Público	Privada		-	-	Implantação e manutenção de CCIP
TE 1	Téc. Enf.	51 a	F	22 a	Privada	40h/sem	Diurno	4 a	4 a	Neurocirurgia adulto/ Público		-	-	-	Tratamento de feridas; Infecção hospitalar
TE 2	Téc. Enf.	33 a	F	13 a	Privada	40 h/sem	Diurno	3m	2 a	Emergência pediátrica/ Público		-	-	-	-
E2	Enfermeira	50 a	F	27 a	Pública	30 h/sem	Diurno	24 a	24 a	-	-		Residência em Pediatria/ Pública	Sim	Manuseio de cateteres semi e totalmente implantado Cuidados na administração de quimioterápicos
TE 3	Téc. Enf.	33 a	F	14 a	Privada	40 h/sem	Noturno	8 a	8 a	Emergência (pediátrica e adulto)/ Público		-	-	Sim	Curso de Especialização em CTI
TE 4	Téc. Enf.	35 a	F	14 a	Privada	30 h/sem	Noturno	9 a	9 a	CCIH/ Público		Privada	Emergência/ Privada	Sim	Preparo e diluição de medicamentos
E3	Enfermeira	48 a	F	22 a	Pública	30 h/sem	Noturno	12 a	12 a	-	-		Neonatologia/ Privada	Sim	-

Identificação											Atividade Profissional				
Sujeitos	Categoria	Idade	Sexo	Formação		Jornada de Trabalho	Turno de Trabalho	Tempo de Serviço na Unidade	Experiência em emergência pediátrica	Outros empregos (Setor/ Origem)	Formação			Educação Continuada	
				Tempo	Instituição						Técnico	Grad.	Pós-Grad.	Treinamento em Serviço	Cursos na Instituição
TE 5	Téc. Enf.	46 a	F	28 a	Pública	30 h/sem	Noturno	15 a	15 a	Pediatria/ Público		-	-	-	-
TE 6	Téc. Enf.	30 a	F	13 a	Pública	30 h/sem	Noturno	9 a	9 a	Ambulatório Pediatria/ Público		Privada	Pediatria/ Privada	Sim	-
TE 7	Téc. Enf.	37 a	M	12 a	Privada	40 h/sem	Diurno	3 a	3 a	Ambulatório/ Público		-	-	Sim	-
E4	Enfermeira	36 a	F	13 a	Pública	30 h/sem	Diurno	8 a	8 a	Clínica Médica adulta/ Público	-		Residência de Enfermagem em Clínica médica- cirúrgica/ Militar	Sim	-
TE 8	Téc. Enf.	50 a	F	26 a	Privada	40h/sem	Diurno	1 m	9 a	Emergência Pediátrica/ Público		-	-	Sim	-
TE 9	Téc. Enf.	50 a	F	5 a	Pública	40 h/sem	Diurno	4 a	4 a	-		-	-	Sim	-

Identificação											Atividade Profissional				
Sujeitos	Categoria	Idade	Sexo	Formação		Jornada de Trabalho	Turno de Trabalho	Tempo de Serviço na Unidade	Experiência em emergência pediátrica	Outros empregos (Setor/ Origem)	Formação			Educação Continuada	
				Tempo	Instituição						Técnico	Grad.	Pós-Grad.	Treinamento em Serviço	Cursos na Instituição
E5	Enfermeira	49 a	F	27 a	Pública	30 h/sem	Noturno	16 a	16 a	Comissão de Padronização/ Público	-		Pediatria/ Pública Adm. de Serviços em Enfermagem/ Privada CTI/ Pública Gerência e Logística/ Pública	Sim	Hematologia
TE 10	Téc. Enf.	33 a	F	16 a	Privada	30 h/sem	Noturno	10 a	10 a	PSF/ Público		Enfermagem/ Privada	Cardiologia/ Privada	-	-
TE 11	Téc. Enf.	49 a	M	29 a	Privada	30 h/sem	Noturno	3 a	3 a	-		Enfermagem/ Privada	CTI/ Privada	Sim	-

Legenda: Téc. Enf – Técnico de enfermagem; F – Feminino; M – Masculino; CTQ – Centro de Tratamento de Queimados Infantil; CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Grad. – Graduação; Pós-Grad. – Pós-Graduação; CCIP – Cateter Central de Inserção Periférica; CTI – Centro de Tratamento Intensivo;  - Não se aplica.

Dos 16 depoentes, 5 eram enfermeiras e 11 eram técnicos de enfermagem. No que se refere às enfermeiras, todas eram do sexo feminino, com idade entre 36 a 50 anos. O tempo de serviço na unidade e a experiência em emergência pediátrica variaram de 4 a 26 anos. Das 5 enfermeiras, 4 cursaram pós-graduação, sendo 2 em pediatria, 1 em neonatologia e 1 em clínica médico-cirúrgica. Quanto aos técnicos de enfermagem, 9 eram do sexo feminino e 2 do masculino, com idade variando entre 30 a 51 anos. Dos 11 técnicos de enfermagem, 2 eram recém-contratadas, mas tinham experiência em emergência pediátrica a mais de um ano; 4 concluíram o curso de graduação em enfermagem; e 9 tinham outros empregos.

Em relação à educação permanente, das 5 enfermeiras, 4 relataram participar do treinamento em serviço, e 2 relataram atualização na instituição nos últimos cinco anos. Dos 11 técnicos de enfermagem, 7 relataram treinamento em serviço, e 8 negaram atualização na instituição nos últimos cinco anos. Destes 11 técnicos, 5 eram do serviço noturno, e 6 do serviço diurno e o tempo na instituição era de 1 mês a 15 anos.

Quanto à entrevista não diretiva, Chizzotti (2008, p.92) destaca que essa entrevista: “é uma forma de colher informações baseadas no discurso livre do entrevistado”.

Esse estudo tem a proposta de utilizar a entrevista não diretiva em grupo (ENDG). Essa técnica foi utilizada nos estudos dos membros do Grupo de Pesquisa “Saúde da Criança/Cenário Hospitalar”⁴, a saber: Santos (1996), Couto (2004), Cardoso (2006), Souza (2007), Oliveira e Oliveira (2008), Gois (2009), Cardoso (2009), Carmo (2010) que utilizaram essa técnica em suas pesquisas e alcançaram êxito quanto à abordagem dos sujeitos e obtenção dos dados.

Ainda, Hoffmann e Oliveira (2009, p.926) ressaltam que na ENDG, as dificuldades podem aparecer ao longo das entrevistas, mas existe a possibilidade de adaptações dos temas pelo entrevistador, “tornando necessário saber olhar, escutar, e principalmente, que a subjetividade precisa estar incorporada ao processo do conhecimento, buscando formas adequadas para utilizar essa abordagem metodológica”.

Os temas da entrevista não diretiva em grupo foram elaborados com base na literatura e em consonância com os objetivos do estudo, e são os seguintes: momentos de informar, fornecimento de informações, perguntas da família, profissionais envolvidos/informações (Figura 5).

⁴ Esse grupo de pesquisa está cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Brasil/CNPq.

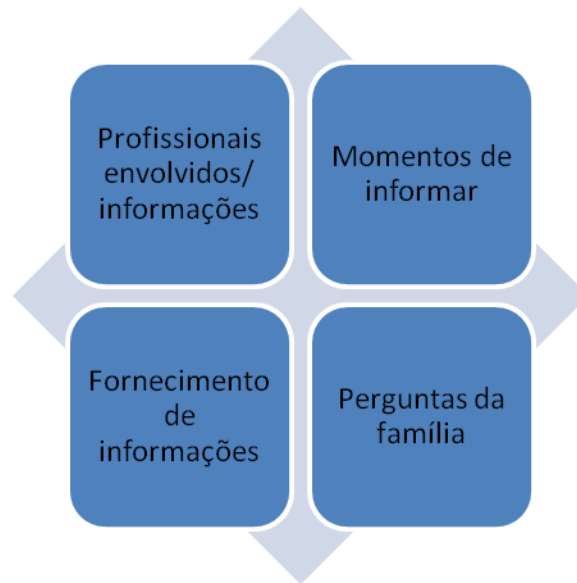


Figura 5 - Temas da ENDG

A coleta de dados foi desenvolvida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo) da referida instituição, cenário de estudo. Em observância às normas estabelecidas na Resolução nº 196/96, os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Após a aprovação do projeto pelo CEP, realizei contato telefônico com a chefe de enfermagem do setor com o objetivo de marcar um encontro. No dia estabelecido, compareci à unidade e apresentei a aprovação do projeto. A chefe de enfermagem me apresentou a unidade e a equipe. Após a apresentação, expliquei a dinâmica da coleta de dados e iniciei a observação participante. A opção por iniciar a coleta de dados pela observação participante foi pela oportunidade de ambiência do setor e estabelecimento de vínculo com a equipe de enfermagem. Pude conhecer a dinâmica do setor, e constatar os períodos de maior atendimento e procedimentos. Esta escolha foi importante para estabelecer o cronograma de coleta de dados adequado à realidade do setor.

A observação participante foi desenvolvida em observância ao fluxo de atendimento do setor, cenário do estudo, com a equipe de enfermagem durante os serviços diurno e noturno, nos momentos de admissão da criança, encaminhamento para exame, cuidados e procedimentos de enfermagem. Para Minayo (2007, p. 70), a observação participante é um processo em que o observador se relaciona diretamente com interlocutores num determinado espaço social, participando da vida e cenário cultural com a proposta de colher dados e assim,

compreender o contexto da pesquisa. O principal instrumento de trabalho é o diário de campo, que consiste num caderno ou arquivo eletrônico, no qual é anotado o material da observação.

Foram realizados cinco momentos de observação conforme o Quadro 3.

Quadro 3 – Momentos de Observação

Observação	Data	Duração	Período
1º momento	08.10.2012	20'	Manhã
2º momento	08.10.2012	30'	Tarde
3º momento	09.10.2012	50'	Manhã
4º momento	09.10.2012	20'	Manhã
5º momento	11.03.2013	25'	Noite

Ao longo destas observações, fiz os convites e captei os sujeitos de forma intencional, baseado nos critérios de inclusão, descritos anteriormente. As entrevistas foram agendadas previamente com o grupo para dias de baixo fluxo no setor, como feriado e final de semana.

Os grupos foram formados por sujeitos que estavam disponíveis no momento da captação e que concordaram em participar da ENDG. Vale ressaltar que as equipes de plantão eram formadas, em média, por 7 funcionários. Enquanto, um grupo participava da ENDG, o outro permanecia no posto de enfermagem, sem prejuízo no andamento das atividades do setor. O número de entrevistados foi de 16 participantes, divididos em cinco grupos, conforme o Quadro 4:

Quadro 4 – Relação das ENDG

ENDG	Data	Duração	Sujeitos
1ª entrevista	12.10.2012	24' 42''	1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem
2ª entrevista	20.10.2012	25' 54''	1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem
3ª entrevista	21.10.2012	37' 43''	1 enfermeira e 3 técnicas de enfermagem
4º entrevista	01.02.2013	10' 24''	1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem
5º entrevista	02.02.2013	16' 20''	1 enfermeira e 2 técnicas de enfermagem

O ambiente de escolha para a realização da ENDG foi a sala de descanso da equipe de enfermagem. Ao reunir o grupo, foi lido o TCLE, explicando os itens contidos no termo. Após a leitura, todos os sujeitos aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE. Os temas foram anexados em um cartaz e indicados para o grupo. Informei que as falas deveriam ser livres sobre os temas, sem ordem pré-estabelecida pela pesquisadora.

Vale destacar que foi realizada a validação metodológica com o primeiro grupo de sujeitos, com vistas a atender os objetivos do estudo. Após a primeira entrevista, o tema – fornecimento de informações – foi reescrito da seguinte forma: informações transmitidas às famílias, para melhor entendimento do grupo.

Os depoimentos foram gravados através de aparelho digital, no modo MP3, sendo garantido o anonimato dos participantes, com identificação alfanumérica, anteriormente citado.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática, que segundo Minayo (2007, p. 91, 92,101) é dividida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados/interpretação. A pré-análise consiste em uma leitura flutuante a fim de buscar uma visão de conjunto, captar as particularidades do material a ser analisado. Na etapa de exploração do material, o pesquisador distribui trechos, frases ou fragmentos do texto em análise num esquema de classificação, faz uma leitura dialogando com parte dos textos da análise, reagrupa as partes do texto por temas encontrados. No tratamento dos resultados/interpretação, procede-se a articulação entre os objetivos do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

As unidades temáticas e as subunidades que emergiram dos depoimentos são apresentadas no Quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Unidades e subunidades temáticas

Unidades temáticas	Subunidades temáticas
Aspectos ético-legais	Responsabilidade pela informação/ profissionais Direito à informação Atribuições da equipe de saúde
Informações transmitidas pela enfermagem	Banheiros da unidade Normas e rotinas hospitalares Procedimento invasivo/punção venosa Alimentação da criança Medicamentos Permanência do familiar/acompanhante Controle de infecção hospitalar Revezamento dos familiares
Morte na emergência pediátrica	Óbito/informações Impotência/enfermagem
Reações do familiar/acompanhante	Pavor, medo, nervosismo e preocupação Tranquilidade e conforto
(Des)informação	Déficit de informação Sobrecarga de trabalho Fragmentação das informações Linguagem/informação
Momentos de informar	Admissão da criança Permanência na unidade Alta
Questionamentos do familiar/acompanhante	Estado de saúde da criança (diagnóstico, prognóstico e previsão de alta) Medicamento (tipo, horário e efeito) Cuidados no domicílio (alimentação, medicamento e orientações) Doenças crônicas

2.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) foi criado pela Lei 378 de 13 de janeiro de 1937 com a denominação de Instituto Nacional de Puericultura, e incorporado à Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro) pelo Decreto Lei 98 de 23 de dezembro de 1937 por deliberação do Prof^o Joaquim Martagão Gesteira, do Ministério da Educação e Saúde, com o nome Instituto de Puericultura. O Instituto foi incorporado ao Departamento Nacional da Criança pelo Decreto Lei 3775 de 30 de outubro de 1941, sendo transferido posteriormente para a cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância da Faculdade Nacional de Medicina. O Instituto Nacional de Puericultura obteve sua autonomia administrativa em 22 de janeiro de 1946 (ROCHA, 2007, p.7).

O novo prédio do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil, na Ilha do Fundão, foi inaugurado em 1º de outubro de 1953, composto pelas Divisões de: Ensino, Assistencial, Administrativa e Pesquisas (ROCHA, 2007, p.9).

O IPPMG foi construído em uma área de 16.074 m², composto por três blocos: A, B e C (Figura 6). O bloco A era composto dos ambulatórios (consultórios de puericultura e consultórios de pediatria), sala de espera, farmácia, laboratórios. No andar térreo eram situados o Serviço Social, gabinetes de Triagem e Matrícula e gabinete de anatomia patológica. O bloco B era composto por três pavimentos, no andar térreo: serviços gerais de administração, almoxarifado, refeitório para pessoal subalterno, as cozinhas geral e dietética, anfiteatro e um museu de higiene e patologia infantil. No segundo andar eram situados: quatro enfermarias para lactentes e crianças de 2 a 5 anos, boxes de isolamento, centro de prematuros, refeitório das crianças e recreio interno. No terceiro andar, encontravam-se a biblioteca, gabinetes do diretor, secretária, sala de reunião dos médicos e um jardim de inverno. O bloco C era composto pela pupileira (considerado internato para lactentes vítimas de abandono e orfandade), creche (considerado externato para lactentes, destinado aos filhos dos médicos e funcionários da instituição), sala de admissão, sala de recreio, refeitório das alunas da Escola de Auxiliares, refeitório do pessoal subalterno, depósito e rouparia. Assim como o Abrigo Maternal, Agência de Serviço Social, Banco de Leite Humano, Escola de Atendentes de Puericultura e o Biotério (LEAL, 2000, p. 34-7).



Figura 6 – Instituto de Puericultura (ROCHA, 1957).

O Regimento Interno do Instituto de Puericultura foi aprovado em sessão de 28 de abril de 1955 e modificado em 27 de abril de 1955 e 9 de maio de 1957. O Instituto tinha por finalidades (ROCHA, 1957, p. 15):

- a) – realizar estudos e investigações sobre todos os problemas biológicos e sociais da criança brasileira, particularmente o seu crescimento, desenvolvimento físico e mental;
- b) – realizar o ensino de Cadeira de Puericultura e Clínica da Primeira Infância da Faculdade Nacional de Medicina;
- c) – realizar cursos especializados de Clínica Pediátrica e Puericultura;
- d) – ministrar noções essenciais de Puericultura individual e social a enfermeiras, assistentes sociais, mães e futuras mães;
- e) – manter um Centro de Estudos destinado à apresentação de casos clínicos e trabalhos científicos, franqueado a profissionais nacionais, ou estrangeiros que dele poderão participar, apresentando trabalhos, ou realizando conferências, quando para isto convidados.

De acordo com Rocha (1957, p. 34), o quadro do pessoal era dividido em: Direção (diretor, administrador e chefes de divisões e serviços); Médicos e Técnicos Especializados (psicólogo, farmacêutico e dentista); Auxiliares Técnicos (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes, serventes, assistentes sociais, técnicos de laboratório, técnicos de raio-x, dietista, contador, professorar de recreação infantil, entre outros); e Funcionários Administrativos (almoxarife, escriturário, costureira, motoristas, cozinheiros, entre outros).

O avanço da enfermagem no Instituto iniciou-se com a gestão da diretora a médica Dalva Coutinho Sayeg (1978-84), organizando o serviço e um modelo de assistência de enfermagem. A equipe de enfermagem era muito reduzida e de baixa qualidade, pois alguns enfermeiros eram atendentes ou auxiliares que passaram a essa função por decreto, e em

meados da década de 80 começaram a se aposentar e a serem substituídos. A maioria dos enfermeiros da época era oriundo da EEAN (LEAL, 2000, p. 43).

Nesta época, já havia uma presença importante das professoras da Enfermagem Pediátrica da EEAN como assessoras às direções do IPPMG, como as professoras Dulce Neves da Rocha, Elacy Sampaio Barreto, Maria Tereza da Silva e Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Em 1985, a professora foi Maria Antonieta, que foi nomeada Chefe do Serviço de Enfermagem a pedido da médica Dalva Coutinho Sayeg e autorizada pela então diretora da EEAN Prof^a Dr^a Cilei Chaves Rhodus (LEAL, 2000, p. 43-4).

Atualmente, o IPPMG tem como missão: “Desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, articuladas à assistência especializada às crianças e adolescentes do Rio de Janeiro, com excelência técnica, ética e humanizada, em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, 2012b).

O IPPMG desempenha suas ações nas vertentes da assistência, do ensino e da pesquisa. Na assistência à saúde, a instituição é composta por: Ambulatório, Emergência, Aquário Carioca⁵, Hospital Dia⁶, Enfermaria, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP), Centro Cirúrgico, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, e Laboratórios (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, 2012c).

O ensino e a pesquisa são coordenados pela Diretoria Adjunta de Atividades Acadêmicas (DAAC), composta por: Divisão de Ensino, Divisão de Pesquisa, Divisão de Extensão, e Residências Médica e Multiprofissional (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, 2012d).

A emergência, cenário do estudo, é composta por: recepção, salas de acolhimento, de coordenação médica, de coordenação da enfermagem; cinco consultórios para atendimento médico, enfermarias, sala de medicação, posto de enfermagem, bancada para anotações (prontuários e computadores), descanso para a enfermagem, copa, banheiro dos funcionários, dois banheiros das crianças, um banheiro dos acompanhantes, sala de procedimentos e expurgo.

⁵ Trata-se de um projeto, de uma instituição de investimento social privado, que “transforma as salas de quimioterapia no ambiente mágico do fundo do mar, oferecendo um ambiente lúdico e acolhedor para pacientes, familiares e profissionais” (Instituto Desiderata, 2012).

⁶ De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), Hospital Dia refere-se à “assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas”.

Nas enfermarias, existem 14 leitos, que são distribuídos da seguinte forma: enfermarias⁷ de curta permanência para lactentes (4) e para pré-escolares e escolares (7), isolamento (1), sala vermelha (2) para atendimento de crianças com trauma.

O setor atende as crianças de 1 mês a 12 anos incompletos cadastrados na instituição e as crianças por demanda espontânea ou referenciadas por outra instituição. A demanda corresponde às crianças com doenças hematológicas, metabólicas, neurológicas, onco-hematológicas, genéticas, entre outras, com necessidade de atendimento de emergência.

A equipe de enfermagem é formada por um enfermeiro chefe, um enfermeiro plantonista, um técnico de enfermagem diarista e cinco técnicos em enfermagem plantonistas (em média), distribuídos nos turnos diurno e noturno e sob regime de 40 horas semanais.

⁷ Neste cenário, as salas de observação são denominadas enfermarias.

3. A Emergência Pediátrica e as Especificidades frente à Criança e sua Família

3.1 Emergência Pediátrica: o Contexto

Este tópico trata da configuração epidemiológica da morbimortalidade de crianças no Brasil e no mundo, as demandas em uma emergência pediátrica, bem como as políticas públicas relacionadas às urgências e emergências no Brasil.

De acordo com a OPAS (2009, p.4), a taxa de mortalidade nas Américas é de 14,8 por 1000 nascidos vivos. No Brasil, a taxa em 2007 foi 20 por 1000 nascidos vivos, e a mortalidade estimada em menores de 5 anos, em 2007, foi 22 por 1000 nascidos vivos.

Os principais motivos de internação de crianças em idade escolar, ou seja, entre 5-9 anos (correspondendo a 9% da população) foram doenças respiratórias e transmissíveis. Entre os adolescentes de 10-19 anos (compreendendo 20,3% da população) as principais causas de mortalidade foram a violência, os acidentes e as causas maternas (OPAS, 2007, p.18).

Vale ressaltar que a continuidade e persistência de programas nacionais de vacinação vêm mantendo sob controle doenças imuno-preveníveis como sarampo, rubéola, difteria, tétano, poliomielite e hepatite (OPAS, 2007, p.19).

A unidade de emergência é caracterizada por uma grande demanda de atendimentos a pacientes com quadros clínicos e/ou traumáticos de diferentes complexidades (GARLET et al., 2009, p.539). A maioria de atendimentos, na emergência pediátrica, deve-se a infecções respiratórias, e em menor número por problemas dermatológicos, gastrointestinais e traumas (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p.700).

De acordo com o estudo de Zambon et al (2007, p.82), num setor de observação pediátrica da emergência de um hospital universitário, em Campinas, das 1.998 crianças que tiveram necessidade de admissão neste setor, 63,1% tinham idade menor que cinco anos; e as doenças mais prevalentes foram as de causa respiratória (32,3%), seguidas das causas externas (18,2%), alterações do trato gastrointestinal (14,1%), afecções neurológicas (13,2%), quadros infecciosos (9,3%), doenças renais (3,0%) e cardíacas (2,1%).

As causas externas apresentam grande importância sobre a mortalidade entre crianças de 1 a 14 anos. Trata-se de um problema de saúde pública com um expressivo número de internações por ano e considerável custo hospitalar. Além de mortes, as causas externas são responsáveis por traumatismos não fatais e sequelas que exercem grande impacto na família e na sociedade (CAVALCANTI et al., 2008, p.28).

Para a prevenção e o controle das causas externas (acidentes e violências), é necessário conhecer também as lesões de menor gravidade, que não determinam mortes ou internações, mas que são responsáveis por uma forte demanda nas emergências. Existem poucos e pontuais estudos sobre a caracterização da demanda de acidentes e violências. O conhecimento do impacto das causas externas se dá por análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os países que conhecem a morbidade hospitalar por essas causas (GAWRYSZEWSKI et al., 2006, p 1270).

Hockenberry, Wilson e Winkelstein (2006, p.700) afirmam que existe uma grande diferença entre o que constitui uma emergência realmente clínica e uma emergência definida pelo paciente. Tendo como consequência o uso das unidades de emergência para consultas de cuidados ambulatoriais.

Marques e Lima (2007, p. 14) apontam que:

“A falta de definições políticas, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população têm levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta.”

Na assistência à criança na urgência, os possíveis problemas relacionados aos óbitos infantis e fetais são: acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos, utilização de protocolos, referência e contra-referência (BRASIL, 2009a, p.32).

De acordo com o MS, as atribuições da área técnica de Acidentes e Violências estão subordinadas à Secretaria de Políticas de Saúde pela necessidade de implementação e operacionalização das atividades de estudo e das medidas de prevenção e proteção da população relativas à acidentes e violências. As atividades foram desenvolvidas pelo Comitê Técnico-Científico, como suporte aos projetos e programas da unidade organizacional, estando a Secretaria Executiva do referido comitê a cargo da área técnica (BRASIL, 1998).

A área de urgência e emergência vem se constituindo como um importante componente da assistência à saúde. Existe uma crescente demanda por serviços nesta área, decorrentes ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede. Estes fatores contribuem para a sobrecarga de serviços disponíveis de urgência e emergência para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2002a).

O MS em conjunto com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios tem contribuído para a reversão deste quadro amplamente desfavorável à assistência de urgência e emergência da população. Uma das medidas adotadas foi o Programa de Apoio à Implantação

de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Este programa realizou investimentos no custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e na capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2002a).

Para aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foi publicado o Regulamento Técnico, pela Portaria n.º 2048/GM, em 5 de novembro de 2002. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento permite uma melhor organização da assistência, com articulação dos serviços, e definição de fluxos e referências resolutivas. Este movimento é importante para a promoção da universalidade do acesso, a equidade na alocação dos recursos e a integralidade na atenção prestada (BRASIL, 2002a).

A estruturação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência torna-se fundamental para envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar até a rede hospitalar de alta complexidade. As redes pré-hospitalares são as unidades básicas de saúde, Programa de Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares; serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, como SAMU; Resgate, ambulâncias do setor privado, entre outros. Para isto é necessário capacitar e responsabilizar cada componente da rede assistencial a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução, e se relacionando complementarmente por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência. Cada serviço deve acolher e atender sua demanda e se responsabilizar pela transferência quando a unidade não tiver recursos necessários para tal atendimento (BRASIL, 2002a).

As urgências não se constituíam em especialidade médica ou de enfermagem, e a atenção dada a esta área por esses cursos de graduação era insuficiente. Com isso, existiu a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências; a necessidade de garantir que trabalhadores que atuem nesse serviço tenham possibilidade de uma habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional (BRASIL, 2002a).

O MS instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, através da Portaria n.º 1863, de 29 de setembro de 2003. Esta política foi reformulada, sendo instituída a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria n.º 1600, de 07 de julho

de 2011. A organização dessa rede teve por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011; BRASIL 2004a).

De acordo com a ANVISA, a prestação de atendimento imediato de assistência à saúde envolve o atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência). As atividades na prestação de atendimento imediato de assistência à saúde foram divididas nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade) e nos casos com risco de vida (emergência) e casos sem risco de vida (urgências de alta complexidade). As atividades indicadas para essas situações são: primeiro atendimento ao paciente; triagem para os atendimentos; atendimento social ao paciente e/ou acompanhante; higienização do paciente; procedimentos de enfermagem; atendimentos e procedimentos de urgência; atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade; apoio diagnóstico e terapêutico por 24 horas; observação do paciente por período de até 24 horas; refeição para o paciente (BRASIL, 2002c).

Nos atendimentos de urgências de baixa e média complexidade, a estrutura do ambiente é dividida em área externa para desembarque de ambulâncias; sala de triagem médica e/ou de enfermagem; salas de serviço social, de higienização, de suturas/ curativos, de reidratação, de inalação, de aplicação de medicamentos, de gesso e redução de fraturas, de exame indiferenciado, de exame diferenciado, como por exemplo, de oftalmologia e otorrinolaringologia e de observação; posto de enfermagem e serviços (BRASIL, 2002c).

Nos atendimentos de urgência de alta complexidade e de emergência, as unidades são compostas de: posto de enfermagem/prescrição médica; sala de serviços, de isolamento, coletiva de observação de pediatria, coletiva de observação de adulto (masculina e feminina), de procedimentos especiais invasivos, de emergências como, por exemplo, politraumatismo, parada cardíaca, e também área de escovação. Toda essa divisão é ainda acrescida de áreas de apoio como recepção, sanitários, entre outros. Vale ressaltar que, em caso de atendimento pediátrico na unidade, este deverá ser diferenciado do de adultos, possuindo salas de observação e de espera próprias (BRASIL, 2002c).

A equipe dos profissionais das unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências deverá ser composta, obrigatoriamente, por: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório, se tiver laboratório. Ainda a equipe poderá ser composta

por assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros; de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais (BRASIL, 2002a).

Apesar da instituição de políticas, resolução e portaria na área de urgência e emergência, ainda existem definições diferentes no uso destes termos, assim como diversas denominações de serviços que prestam atendimento imediato. Romani et al (2009, p.51) apontam que a dificuldade na identificação das diferenças dos termos pode ser responsável pelo uso indistinto dos mesmos.

3.2 A Enfermagem, a Criança e sua Família na Emergência Pediátrica

Este tópico apresenta a reação da criança e sua família à admissão em uma emergência pediátrica, as atribuições da enfermagem e o vínculo estabelecido entre a criança, família e enfermagem.

A admissão na emergência é por vezes complicada pela necessidade de transferência para uma unidade de tratamento intensivo ou por uma necessidade de cirurgia imediata. Em algumas situações, procedimentos preparatórios mais prolongados para admissão podem ser inadequados em situações de emergência, porém, é importante permitir que a criança participe do cuidado. Além disso, pode-se garantir privacidade, aceitar as diversas respostas emocionais ao medo e à dor, preservar contato entre pais e filhos, explicar todos os procedimentos antes ou durante (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p. 700).

De acordo com Tacsí e Vendruscolo (2004, p. 478), os serviços de pronto atendimento recebem alta demanda de pacientes, e a equipe tende a trabalhar com rapidez e eficácia com o objetivo de diminuir as situações de risco de morte.

O papel do enfermeiro em serviços de urgência e emergência está voltado para o aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização no cuidado ao usuário e aos familiares, assumindo a importância quanto à complexidade e particularidades de ações no cuidar, pelos recursos materiais e humanos mobilizados, e ainda a necessidade de interface com outros setores do hospital e sistema local de saúde (COELHO et al, 2010, p.772).

No atendimento numa emergência pediátrica, a enfermeira deve desenvolver diferentes ações, como administrar recursos humanos (técnicos e auxiliares de enfermagem), além de garantir a disponibilidade e a qualidade de recursos materiais e de infra-estrutura que permitem a atuação da equipe no cenário (TACSI e VENDRUSCOLO, 2004, p. 480).

Por outro lado, os cuidados de enfermagem prestados às crianças em situações de emergência envolvem também os cuidados diretos através dos componentes do processo de enfermagem, a saber: avaliação, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenções e reavaliação (KYLE, 2012, p. 996).

A sobrecarga de trabalho e a pressa dos profissionais de saúde são algumas das causas da falta de humanização em pronto-socorro, desencadeando falta de orientação e esclarecimentos às dúvidas dos pacientes que encontram-se vulneráveis (SOUZA, SILVA e NORI, 2007, p. 247).

Pai e Lautert (2005, p.232) ressaltam que:

Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolver a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecer-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado de enfermagem e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas.

A hospitalização pode gerar diversas reações da criança, decorrente de fatores de estresse vivenciados. Esses fatores de estresse permeiam todo o processo de hospitalização, da admissão no serviço de saúde à alta. As reações mais comuns das crianças em relação à hospitalização são: medo, ansiedade de separação e perda do controle. Estas reações dependem da idade e do estágio do desenvolvimento infantil (KYLE, 2012, p. 250).

Outros fatores que podem influenciar estas reações são a separação dos pais ou do cuidador principal, as experiências anteriores de hospitalização e as respostas dos pais a essa hospitalização (KYLE, 2012, p. 251-252).

Kyle (2007, p. 252) pontua que “o relacionamento entre a família e a equipe do hospital também pode contribuir para o estresse da criança”, e que “esses relacionamentos contribuem significativamente para a qualidade do ambiente”.

Em muitos casos, a doença da criança é o primeiro contato da família com o ambiente hospitalar, e muitas vezes, estas famílias não estão preparadas para a reação dos filhos à hospitalização. Dessa forma, é importante que os pais estejam informados sobre as reações comportamentais para diminuir seu estresse (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p. 694)

As causas de atendimento em uma emergência se apresentam, normalmente, de forma inesperada; e nessa situação, a criança e sua família podem sentir mais ansiedade, e ser amplificado na medida em que surgem incertezas e decisões importantes a serem tomadas. Com a movimentação num serviço de emergência, a família pode deixar de fazer perguntas, e

por isso, é importante que a enfermagem mantenha a criança e seus familiares bem informados (KYLE, 2012, p. 259).

Apesar do ritmo acelerado de um serviço de emergência, a enfermagem deve considerar a família como receptor de cuidado, procurando ajudar a família a reconhecer suas preocupações e redes de apoio, e prepará-los pelo o que poderão enfrentar. Os cuidados de enfermagem devem procurar estabelecer uma relação de confiança e acolhimento tanto da criança, quanto da sua família (KYLE, 2012, p. 254-259).

4. As Famílias das Crianças na Emergência Pediátrica: O Discurso da Equipe de Enfermagem quanto à Transmissão das Informações

Este capítulo apresenta os diferentes aspectos inerentes à transmissão das informações às famílias das crianças na emergência pediátrica, analisando o contexto das (des)informações num espaço específico, os momentos de informar, as questões ético-legais, os questionamentos e as reações da família e a morte na unidade, cenário do estudo.

4.1 Transmissão de Informações às Famílias das Crianças: Um Desafio (Im)possível

Este tópico aborda as informações transmitidas pela enfermagem, a (des)informação na emergência pediátrica, os diferentes momentos de informar e os aspectos ético-legais relacionados à transmissão das informações na unidade.

As informações transmitidas pela enfermagem foram relacionadas às normas e rotinas; dependências da unidade/banheiros; permanência; revezamento e visita da família, bem como a alimentação e controle de infecção hospitalar, como podem ser evidenciados nos depoimentos:

“... vamos informando tudo. É em relação à rotina, às normas do repouso, em relação à alimentação da criança, da mãe; em relação à permanência delas com seu bebê ou outra pessoa com a qual ela pode revezar; a inexistência de visita, que aqui não tem visita assim, troca de acompanhante que é feita lá fora; em relação a não fazer a refeição aqui dentro, o responsável; em relação às medicações, que não precisa trazer nada... Em relação a uma série de coisas, em relação ao banheiro, onde é o banheiro dos acompanhantes, onde é o da criança, como é feita a higiene”. (E 2)

“uma informação básica... de localização... de você fazer uma ambientação desse familiar, desse acompanhante que está entrando. Que muitas vezes a criança que interna... (a equipe) bota a criança no leito, e não fala onde fica o banheiro, ...”. (E 1)

“... tem hora que tem falar: “Olha, ali é o banheiro, ali é o banheiro da criança”. (TE 5)

“O que a gente faz aqui é... orientar a mãe, as mães em termos de, uma mãe pegar o filho da outra. A gente orientar que não pode fazer, infecção cruzada. As orientações assim... a respeito de bactérias, de infecção, porque elas às vezes colocam no chão as coisas da criança, a roupa da criança no chão”. (TE 1)

De acordo com Sabatés e Borba (2005, p.972), 45% (18) das enfermeiras relataram informar aos pais de crianças hospitalizadas sobre as regras e rotinas. A ação de informar sobre estes aspectos pode ser uma estratégia da equipe de enfermagem de estabelecer um contato inicial com a família da criança.

Por outro lado, as informações fornecidas não podem ser restritas às questões burocráticas. Sousa, Gomes e Santos (2009, p. 397) apontam que para manter uma qualidade na assistência de enfermagem prestada às crianças é relevante que a equipe estabeleça mecanismos para que o familiar tome consciência das necessidades das crianças e da execução dos procedimentos.

No contexto da PNH, faz-se necessário que as instituições de saúde realizem projetos com sinalização e placas de informação, com linguagem clara e representativa, especificando os espaços e as respectivas funções. Ainda, nestes devem ser incluídas as pessoas com necessidades especiais de saúde e pessoas que não saibam ler (BRASIL, 2004b, p.16).

A ambiência hospitalar é atribuída ao tratamento dado ao espaço físico, que é entendido como um espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve contribuir para uma atenção acolhedora, humana e resolutiva. A ideia de ambiência, de acordo com a PNH, possui três eixos: o espaço que facilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; o espaço que busca conforto, privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, garantindo o conforto dos mesmos; e o espaço como instrumento facilitador do processo de trabalho funcional, que além de contribuir para um atendimento humano, acolhedor e resolutivo, favorece a otimização dos recursos (BRASIL, 2004b p. 5-6).

Na emergência pediátrica, cenário do estudo, as informações sobre os medicamentos estão relacionadas à indicação, efeito, via de administração e também acerca do uso no domicílio, conforme as depoentes⁸:

⁸ Neste estudo, utiliza-se a expressão - as depoentes - tendo em vista que a maioria dos sujeitos é do sexo feminino.

“... você tem que ir explicando com calma: “Mãe, o remédio começa a fazer o efeito tal... O médico vai avaliar... Você tem que ter calma... Vai mandar para casa com remédio pela boca... via oral.” (TE 2)

“... na hora que a mãe internou ali de dar essa informação de medicação, de horário para mãe...”. (TE 5)

“Às vezes eu vejo que mãe já internada, realmente há dois, três dias. Mas eu explico para ela como é, se tivesse entrando agora. Às vezes a mãe me pergunta para que serve a nebulização, eu vou lá e explico o que o Berotec faz, o que a medicação faz tal, que o antibiótico faz, para que serve aquilo como se fosse a primeira vez que ela tivesse ali”. (TE 6)

“Seu filho está tomando essa medicação por isso, isso, e isso. É um antibiótico tal devido a uma pneumonia, ou um quadro infeccioso, é necessário”. (TE 7)

A administração de medicamentos foi constatada no trecho de observação:

“Uma técnica em enfermagem encaminha-se ao leito de um pré-escolar em observação para administração de medicamento do horário. A técnica em enfermagem conversa com avó acompanhante, mostra a medicação a criança e seu acompanhante; pede para a criança abrir a boca e administra as medicações (dois comprimidos e um volume de solução oral)”.

O paciente tem “o direito de ser informado sobre todos os aspectos de sua terapêutica medicamentosa, tendo assim a oportunidade de por meio do conhecimento e de uma comunicação efetiva, tornar-se participante ativo no seu próprio tratamento”. Na pediatria, os pais também passam a usufruir do mesmo direito de participar de toda terapêutica a que a criança está sendo submetida (SILVA et. al., 2007, p. 275).

Por outro lado, Soares e Leventhal (2008, p. 239) ressaltam que uma das dificuldades encontradas na relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o familiar foi a falta de comunicação. Nas dificuldades referentes às crianças, foi destacada a falta de informação sobre o tratamento e a medicação.

Quanto à humanização, é importante restabelecer, no cotidiano, o princípio da universalidade/equidade de acesso dos usuários. Uma das dimensões desse acesso é a participação nos projetos terapêuticos e de produção de saúde através da autônoma e protagonismo do cidadão - usuário e sua rede social (BRASIL, 2009b, p. 14).

O afastamento do familiar/acompanhante justificado pela sua falta de condições psicológicas para permanência durante o procedimento também está presente na emergência pediátrica, cenário do estudo, conforme o relato de uma enfermeira:

“... quando é uma situação que a mãe não tem condições de ficar... pedir para sair um pouquinho, deixar que a gente vai ficar ali com ela (criança), vai puncionar. Tem mãe que não tem estrutura. Não é nem que não queira”. (E 1)

Por outro lado, foi observada a participação de um pai na realização da punção venosa de sua filha e sua reação silenciosa:

“Técnico sai da enfermaria e encaminha ao posto de enfermagem para preparar o material para nova punção venosa. Volta à enfermaria e pede para o pai acompanhá-lo, junto à lactente. Técnico de enfermagem pede para o pai colocar a criança na maca. Outros dois técnicos chegam à sala para ajudar seu colega. Após duas tentativas sem sucesso, o procedimento foi realizado com sucesso. Pai permanece observando sem reação.”

Em um estudo realizado em um hospital terciário de Fortaleza, foram observadas 59 crianças submetidas à punção venosa. Em 22 punções foram fornecidas informações sobre o procedimento, e em 10 punções os pais foram orientados sobre a possibilidade de permanecer com seus filhos durante o procedimento (FERREIRA, p.84, 2012).

De acordo com um estudo realizado com profissionais de enfermagem, os mesmos relataram reações diferentes do familiar, como a calma ou o estresse diante da punção venosa infantil. Enquanto, alguns profissionais mencionaram que a presença do familiar atrapalha o procedimento, pois o mesmo assume um papel de fiscalização e cobra precisão na realização da punção (PATRÍCIO et. al, 2010, p. 490).

Por outro lado, duas depoentes mencionaram a existência de um déficit de informação na unidade de emergência pediátrica, cenário do estudo:

“... o nível de carência de informação é tão grande... Da coisa mais simples: “O que o meu filho tem?” (TE 5)

“... uma criança que estava em dieta zero para uma cirurgia de ortopedia, e ninguém... já era cinco horas da tarde e ninguém tinha uma solução. E a mãe aflita... querendo uma informação e você não tinha o que dar, por que assim... depende do centro cirúrgico ligar para a criança subir e fica a mãe sem informação nenhuma, nervosa”. (E 2)

O fluxo de atividades na emergência pediátrica aponta uma lacuna entre o familiar e a equipe de saúde, gerando ansiedade e até mesmo conflitos.

De acordo com Sabatés e Borba (2005, p. 972), é importante que as enfermeiras observem os familiares e desenvolvam ações que estimulem a participação dos mesmos nos cuidados dos seus filhos, minimizando assim, os efeitos nocivos da falta das informações.

Discutindo sobre a humanização, Deslandes (2004, p. 10) traz que, os documentos indicam a “deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado”, sendo a ampliação do processo comunicacional como uma diretriz central da humanização.

No que se refere à sobrecarga de trabalho, dois depoentes destacaram:

“A gente às vezes fica com tanto paciente, tão corrido, que às vezes interna um, dois, três, quatro... E você não dá informação nenhuma”.
(TE 5)

“Tem vezes até que a gente tem que chamar o serviço social, para poder dar um suporte, entendeu? Porque se a gente for agarrar tudo para gente também, não dá... Aqui a gente já é recepcionista, já é nutricionista, já é, entendeu? O enfermeiro quando a nutrição vai embora, ele passa a ser o nutricionista. O médico não está aqui, ele tem que ser o médico, está entendendo?” (E 4)

A demanda na emergência pediátrica é alta, e na maioria das vezes, a assistência é pautada no cumprimento de tarefas impossibilitando o estabelecimento do diálogo.

As emergências dos hospitais convivem com superlotação constante, causada pela abrangência geográfica dos atendimentos, além do precário funcionamento e a baixa resolutividade da atenção básica (O’Dwyer, Oliveira, Seta, 2009, p. 1885).

De acordo com a PNH (2004a, p.7), a humanização implica a mudança da gestão dos processos de trabalho. É imprescindível que os profissionais tenham melhores condições de trabalho, e assim possam efetuar seu trabalho de forma digna e criar novas ações, participando como cogestores do próprio processo de trabalho.

Na observação, evidenciou-se que a técnica de enfermagem atende as diversas demandas da unidade, cenário do estudo:

Uma técnica em enfermagem encaminha-se ao leito de um pré-escolar em observação para administração de medicamento do horário. A técnica em enfermagem conversa com avó acompanhante e mostra a medicação a criança e seu acompanhante; pede para a criança abrir a boca e administra as medicações (dois comprimidos e um volume de solução oral). A técnica pede para a criança levantar a cabeça, observa o queixo, que estava suturado, e retorna ao posto de enfermagem. Ao chegar ao posto, a médica solicita à mesma profissional que encaminhe outro pré-escolar ao setor de radiologia para realização de radiografia de tórax. A técnica dirigiu-se à enfermaria, informou a mãe sobre a necessidade de realizar o exame e encaminhou-os ao exame.

A fragmentação das informações foi evidenciada em dois relatos:

“A coisa é fragmentada... A gente vai dando as informações conforme a busca, a busca da própria família”. (E 3)

“... por ser porta de entrada, as nossas informações ficam assim muito fragmentadas...”. (TE 7)

Uma das diretrizes para implementação da PNH nas instituições de saúde é a ampliação do diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e os usuários, entre os profissionais e administração com o objetivo de promover uma gestão participativa (BRASIL, 2004a p. 13). Por outro lado, o fato de não ter um processo de enfermagem estabelecido na unidade pode um ser motivo para a transmissão de informações de forma fragmentada, ocasionando a falta de uniformidade das ações.

A falta de informações coerentes e precisas é o que mais preocupa e causa ansiedade nos pais das crianças hospitalizadas, e ainda limitam os cuidados parentais neste período. Estes sentimentos podem ser minimizados diante a uma explicação pela equipe de enfermagem, e assim estabelecer uma interação plena através de um diálogo esclarecedor entre as partes (Lima et. al, 2010, p. 704).

A utilização de termos técnicos pela equipe médica dificulta a transmissão das informações acerca das condições de saúde da criança para o familiar/acompanhante. Esta conduta foi destacada por três depoentes:

“Às vezes, ela não entendeu bem o que o médico passou: “Por que meu filho está sendo internado?”. “Mãe, a senhora não teve lá no box? O médico não te falou?”. Às vezes não, não sei por que, ou ela não entendeu. Ou, às vezes o médico falou e ela não compreendeu o que ele quis dizer. Não deu assim, de repente, um pouco mastigado para ela, a gente informa...”. (E 2)

“Agora uma coisa que eu não tinha notado isso até plantão passado, quando eu vi a doutora falando com a mãe ali. Eu a vi usar tantos termos técnicos com a mãe, e a mãe assim com a cara boiando...”. (TE 5)

“Na verdade começa falando... E aí termos técnicos eles não entendem, e aí a gente como enfermagem chega, esclarece, desenrola aquilo, e aí eles começam a entender. Porque é muito termo técnico, e eles, a gente não sabe quem tem estudo e quem não tem. Então ele chega, fala do jeito dele...”. (E 4)

No cenário do estudo, duas enfermeiras acrescentaram que a equipe de enfermagem transmite as informações aos familiares/acompanhantes com uma linguagem simples para facilitar o entendimento. As dificuldades da família para entender as informações propiciam um distanciamento entre equipe-família, prejudicando a comunicação e interação com a família, e impossibilita o estabelecimento do acolhimento.

O acolhimento no campo da saúde é definido como uma “diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL,2006b, p. 18).

Deslandes e Mitre (2009, p.646) trazem que tanto no SUS quanto na saúde suplementar, os pagamentos são de acordo com os procedimentos e não de que forma esses procedimentos são realizados. Ainda, as autoras questionam sobre o que aconteceria se em um prontuário, “tivesse um registro do tipo: acolhimento, mobilização de narrativas, produção de entendimento a partir de argumentos de prevenção e posturas de autocuidado, negociação quanto ao uso de medicação e de dieta”.

A transmissão de informações na emergência, cenário do estudo, ocorrem em três momentos distintos: admissão da criança, durante o período de permanência da criança na unidade e alta. Isto foi evidenciado em dois depoimentos:

“Na minha opinião, momentos de informar, eu acho que é a mais correta... no momento da internação da criança, a informação tem que vir logo na admissão da criança. A partir do momento que ela tá sendo avaliada pelo médico... informa a mãe a necessidade de internação, a partir daí já começa a informação... É muita informação, e isso tudo é feito no momento da internação... Da internação e às vezes até na alta”. (E 2)

“No decorrer da internação surge mais perguntas, as dúvidas... Perguntas da família. É geralmente no decorrer da internação, conforme ela vai vendo as internações de outros pacientes, aí ela relaciona o seu paciente com o outro, aí elas fazem perguntas”.(TE 3)

Os referidos momentos de informar foram considerados os mais favoráveis para o estabelecimento de diálogo e fornecimento de informações. A admissão da criança na emergência pediátrica foi citada por uma depoente como o momento de informar mais adequado, onde o número de informações foi grande a partir do diagnóstico e da comunicação da internação na unidade. Enquanto que as outras depoentes relataram que a demanda de informações surgem ao longo do período da internação, pois de acordo com os acontecimentos (exames, procedimentos, condição de saúde das crianças, entre outros), os familiares apresentam dúvidas e solicitam à equipe de enfermagem os respectivos esclarecimentos. O momento da alta foi citado por uma depoente, pois a família sente a necessidade de informações referente aos cuidados a serem realizados no domicílio a fim de seguir o tratamento e posterior melhora da saúde da criança.

Segundo a PNH, o acolhimento é um processo de práticas de produção e promoção à saúde em que os profissionais se responsabilizam pelos usuários da sua entrada até sua saída, promovendo uma escuta qualificada de suas queixas com o objetivo de garantir um cuidado integral, resolutivo e responsável (BRASIL, 2008, p. 51).

Em relação aos aspectos ético-legais, dentre as dez depoentes, sujeitos do estudo, que mencionaram o médico e o enfermeiro como responsável pela transmissão das informações, destacam-se uma enfermeira e três técnicas de enfermagem:

“Mas aqui a gente não dá informação... quem dá... a X (enfermeira)...”. (TE 1)

“Às vezes a gente passa o problema para o enfermeiro”. (TE 2)

“Quando tem alguma coisa, pergunta que não é da nossa competência a gente joga para frente. Chama o médico, chama o residente”. (TE 3)

“Mas tem coisas que a gente não pode falar não. Tem que ser diretamente com o médico. O que a gente pode esclarecer, a gente esclarece... a maioria das coisas, exames... é com o médico. A gente só responde até onde a gente pode ir, passou dali, a gente já passa a bola para o médico”. (E 4)

Uma das formas de operacionalizar a Humanização do SUS é o trabalho em rede das equipes multiprofissionais através da transdisciplinaridade (BRASIL, 2008). Por outro lado, os relatos apontam uma preocupação em não ultrapassar os limites éticos da profissão, e com isso impedem uma inter-relação entre os conhecimentos, afastando a possibilidade de um trabalho em equipe.

A transversalidade é um dos princípios da PNH, que propõe o aumento da comunicação intra e intergrupos e a mudança nas formas de relação e comunicação entre os sujeitos envolvidos, rompendo as fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e das formas instituídas nas relações de trabalho (BRASIL, 2008, p.23).

Por outro lado, uma técnica de enfermagem relatou que a transmissão das informações é de responsabilidade da equipe de saúde, como pode ser evidenciado no depoimento:

“Em relação à informação são todos os profissionais, aqui a equipe é multiprofissional... Então a informação está “linkada” em todos os profissionais”. (TE 4)

Em seu estudo, Nascimento et. al. (2009, p. 645) ressaltam que o trabalho em saúde é “complementar, integrado e multidimensional e a enfermagem é parte da equipe da saúde, de modo que a assistência de enfermagem tem relação com as outras práticas de saúde que, no conjunto, complementam-se”.

Quatro depoentes mencionaram o direito à informação:

“Como a gente sempre diz, o paciente tem direito de saber... Eu acho que é um direito da mãe saber o que está sendo feito no seu filho”. (TE 4)

“É direito do acompanhante saber qual é a medicação”. (TE 5)

“E só lembrando, a gente não deve enganar o pai ou a mãe... Não consigo fazer isso... O médico está ocupado, às vezes está ali. Pego o prontuário: “O que a senhora quer saber? A senhora pode ler aqui, está aqui”. Aí ela faz mais pergunta. Respondo tudo o que ela quiser, dentro do que é permitido... Coisas pertinentes à criança, o filho dela,

a saúde dele, tudo dele... Falo tudo... Essa parte é muito importante, essa parte de informar, esclarecer, tudo””. (E 2)

“Claro, a gente tem que chegar, falar... A gente tem que chegar e falar: “Mãe essa daqui é medicação tal”. (TE 6)

As depoentes reconhecem o direito do familiar/acompanhante de receber as informações sobre a condição de saúde da criança na emergência. A PNH garante que as unidades de saúde fornecerão as informações aos seus usuários, prioritariamente (BRASIL, 2004a, p.10).

De acordo com o terceiro princípio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006c, p. 5), deve ser garantido ao usuário não só as informações sobre as possibilidades terapêuticas, respeitando sua condição clínica e as evidências científicas, mas também a relação custo-benefício das alternativas do tratamento; com a possibilidade de recusa na presença de testemunha.

Leite e Ventura (2011, p. 9) apontam que o direito fundamental à informação em saúde é um direito justificado a partir da informação mediada pelo profissional de saúde, o que permite o empoderamento da informação pelo paciente, gerando conhecimento e assim, possibilitando que o usuário exerça sua cidadania.

Dentre oito depoentes que mencionaram as atribuições de cada profissional no tocante à transmissão das informações, destacam-se quatro relatos:

“Começa pelo médico, a partir do momento que ele orienta a mãe, informa o motivo da internação, o que vai ser feito. Ela passa para nós aqui dentro né... no caso do repouso.” (E 2)

“Todos os profissionais passam as informações em relação a sua profissão. A nutrição passa a informação pertinente ao serviço dela, a assistente social, enfim... a fisioterapia, todos os profissionais passam. A enfermagem, todos nós passamos as informações que a família solicita de acordo com a sua profissão. Nenhuma profissão passa por cima da outra. Se eles me fazem uma pergunta pertinente à assistente social, a nutrição, eu indico, eu direciono essa dúvida para o profissional pertinente”. (TE 3)

“Profissionais envolvidos na verdade são todos... Cada um com a sua parte, o enfermeiro fica com a sua parte, o nutricionista com a sua outra, o médico, o técnico. Então, um não sabendo responder, passou do limite dele, passa a bola para o outro e assim em diante. Porque eu não vou responder uma coisa que eu não sei, e que também não é da minha alçada responder. (E 4)

“Assim, em relação à clínica da criança a gente não informa quem informa mais é o médico. Mas em relação a qualquer cuidado de enfermagem, a gente informa. Se a criança está mamando com a cabeceira abaixada... Se for clínica, clínica da criança a gente não passa, mesmo que a gente tenha acesso, aqui costuma ser uma conduta médica”. (TE 10)

A equipe de enfermagem fornece as informações pertinentes às suas atribuições, evitando esclarecer os questionamentos do familiar/acompanhante referentes às outras áreas, e caso ocorra essa demanda, a equipe faz os encaminhamentos necessários.

De acordo com o artigo 17º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o profissional de enfermagem deve: “Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

O modo que a enfermeira utiliza seu tempo e prioriza ou não o fornecimento de informações, expressa o valor que a mesma relaciona a essa ação de cuidado, pois as inúmeras atividades rotineiras de resolução de problemas organizacionais pelas enfermeiras prejudicam o exercício dessa atribuição (CHAVES, COSTA e LUNARDI, 2005, p. 41).

Por outro lado, esta conduta indica um distanciamento entre os profissionais. Severo e Seminotti (2010, p. 1687) enfocam que:

A ausência de reflexão e diálogo nas equipes multiprofissionais favorece a repetição de lógicas embasadas na separação entre as disciplinas e seus diferentes objetos de estudo e intervenção. Esta prática gera no trabalhador e, conseqüentemente no usuário, sentimentos de dissociação e desagregação, pois o discurso é da integralidade, mas a prática é fragmentada e fragmentadora de processos e de sujeitos.

4.2 As Demandas da Família no Contexto da Emergência Pediátrica: Atuação da Equipe de Enfermagem

Este tópico aborda as diferentes reações dos familiares/acompanhantes e os seus questionamentos durante a permanência da criança na unidade, como também o momento da morte da criança.

As reações de pavor, medo da morte, nervosismo e preocupação dos familiares, que acompanham as crianças na emergência pediátrica, cenário do estudo, foram relatadas por quatro técnicas em enfermagem:

“... o parente que está ali naquele momento, está sensibilizado, está apavorado, porque não sabe realmente o que está acontecendo... A família que chega na emergência... chega normalmente nervosa e preocupada.” (TE 2)

“Porque quase todas elas (mães) são nervosas”. (TE 1)

“Principalmente se a criança está grave, ela (mãe) tem medo da morte iminente. Acha que seu filho vai entrar em óbito, essas coisas”. (TE 3)

“A princípio elas ficam assustadas pelo o que a gente vai fazer”.
(TE 9)

A admissão de uma criança na emergência gera reações, sentimentos e comportamentos ocasionados pelo desconhecimento do que pode ocorrer desde o diagnóstico até o tratamento, ou seja, os procedimentos a serem feitos na criança, bem como o agravamento da condição da criança e a possibilidade de evolução ao óbito.

A família pode vivenciar situações negativas na hospitalização da criança quando estão diante de situações que refletem medo, como aquelas vinculadas ao agravo do estado de saúde da criança, e de não receber assistência adequada; angústia com o sofrimento de outras famílias e com a possibilidade de morte da criança. A família demonstra preocupação com a falta de conhecimento sobre os cuidados necessários a serem realizados na criança (GOMES e OLIVEIRA, 2012, p. 168).

As reações de nervosismo e preocupação foram evidenciadas no trecho de observação:

“A médica informa à equipe de enfermagem que uma pré-escolar ficará em observação na unidade de emergência e que é necessária a punção venosa. A técnica em enfermagem prepara o material para o procedimento, e encaminha-se à sala vermelha, acompanhada por outra técnica para a realização do mesmo. Ao adentrar à sala, a mãe refere que sua filha normalmente não é puncionada com facilidade, como em internações anteriores. Inicia-se a primeira tentativa, sem sucesso. O pai da criança chega e troca de lugar com a mãe. Pai aparenta nervosismo, mas consola a filha, dizendo que vai levá-la para casa”.

De acordo com um estudo realizado com familiares/acompanhantes de crianças no pronto-socorro, as autoras apontam que a equipe de enfermagem deve direcionar o cuidado também à família através do esclarecimento de dúvidas, afastando o medo e ainda, proporcionar o diálogo para diminuir a tensão (SANTOS et al, 2011, p. 476).

Collet (2012, p.8) afirma que a interação terapêutica entre a criança-família e a enfermagem exige um diálogo “cuidativo”. Este diálogo “traz contribuições para promover a autonomia desses sujeitos e para a construção de modos tecnológicos de operar o cuidado, tendo a integralidade e a humanização como eixos norteadores”.

Por outro lado, as explicações e informações sobre o cuidado prestado à criança e também manifestações de conforto (crença religiosa) são aspectos que podem amenizar a situação vivenciada pelo familiar/acompanhante e favorecer a atuação da enfermagem, conforme os relatos:

“Um conforto de... saber que está sendo feito alguma coisa”.
(E1)

“Dependendo de como eu recebo, eu vou fazer essa mãe ficar calma, ou fazer com que essa mãe fique mais nervosa ainda... Tudo depende de como a gente vai falar, se a gente tiver o cuidado de falar tranquilo com ela, de explicar corretamente, ela vai se acalmar, vai nos ajudar. Se não vai piorar mais ainda, vai querer bater boca. E qualquer informação que você dê: “Olha, vai fazer o medicamento, está com dor... o médico vai terminar de avaliar”. Isso tudo traz, traz uma calma, um conforto...”. (TE 2)

“ Aí, a gente entra com a experiência junto à mãe... Conforta-a, sempre botando Deus em primeiro lugar, aí elas vão indo, a criança também... vão se juntando às outras crianças. Aí acaba ficando tudo bem. Depois entendem o tratamento’”. (TE 8)

A equipe de enfermagem apontou o cuidado com o familiar, procurando recepcioná-lo na unidade e transmitir informações iniciais para que o mesmo se acalme, a fim de que a

assistência à criança possa ser realizada em um ambiente harmonioso. Ao estabelecer um diálogo com a família, fornecendo informações sobre o planejamento e a execução da assistência de enfermagem, a mesma pode confiar na equipe quanto aos cuidados prestados à criança.

No ambiente hospitalar, a interação que a família tem com outras na mesma situação promovem a troca de experiências sobre os diversos momentos de uma hospitalização; configurando novas redes sociais. A religiosidade se apresenta como apoio a fim de amenizar o medo e a angústia.

A postura acolhedora que foi apresentada pelas depoentes remete ao contexto da PNH (2006b, p. 6), que indica o acolher como uma atitude de inclusão, uma ação de aproximação, de “estar com”, e “estar perto de”. Esta atitude implica estar em relação com algo ou alguém.

Mariano et al (2011, p. 514-5) ressaltam que a equipe pode estabelecer troca de conhecimentos e conquistar confiança dos usuários através do vínculo, bem como oferecer às famílias uma atenção psicoemocional do acolhimento à alta hospitalar da criança.

A religião tem um caráter facilitador no enfrentamento à doença. A espiritualidade, religiosidade ou crenças religiosas são “condutoras dos comportamentos dos familiares ao se moverem para um estado de adaptação e ajustamento à doença e morte” (BOUSSO, 2011, p. 400). Por outro lado, o profissional de saúde deve ter discernimento ao incluir uma doutrina religiosa na assistência, pois deve-se respeitar a religiosidade da família visando evitar intolerância religiosa e possíveis problemas éticos.

Quanto aos questionamentos do familiar/acompanhante sobre o estado de saúde da criança, as depoentes destacam o diagnóstico, prognóstico e previsão de alta:

“... normalmente a família pergunta: Está bem? Vai ficar boa? Vai sair? Vai ter alta quando? Está melhor? O remédio já está fazendo efeito?... E a família chegava: A minha filha vai sair? Enfermeira, diz para mim, a minha filha vai sair? Ela está reagindo?”. (TE 1)

“Quando vai ter alta? Vai continuar com os sintomas até quando?... E a família fica perguntando: Como que aconteceu?”. (E1)

“Geralmente a família quer saber o que a criança tem, quanto, o que está tomando, quanto tempo vai ficar...”. (TE 5)

“... Quanto tempo vai ficar é a pergunta que mais vem: Você acha que ele vai ter alta amanhã? ...”. (TE 6)

“Começa a perguntar tudo, o que tem, por que está internado, quanto tempo vai ficar, quando vai ter alta, a preocupação delas é essa”.
(TE 9)

A equipe de enfermagem destaca a demanda de informações do familiar/acompanhante durante a permanência da criança na emergência. Essas informações estão centralizadas no diagnóstico, tratamento, prognóstico e alta. Isto aponta para o processo saúde-doença que também está presente nas situações de emergência.

Em relação à legislação de proteção à infância, o item da Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 do CONANDA preconiza que os pais ou responsáveis da criança tenham participação ativa no diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos que a criança será submetida durante a internação.

No estudo de Sabatés e Borba (2005, p.972), em uma unidade de internação clínica e cirúrgica pediátrica, as enfermeiras relataram que os pais perguntam mais sobre o tempo de hospitalização do filho, a evolução da doença, tratamento; e menos sobre medicação e exames.

Esses resultados mostram que a demanda da família da criança em receber informações independe da unidade de atendimento. A ansiedade e o estresse que a família está submetida no adoecimento da criança geram a necessidade de informações que devem ser transmitidas pela equipe de enfermagem.

Por outro lado, um familiar/acompanhante não faz nenhum questionamento durante o procedimento, como foi evidenciado na observação:

“Um técnico em enfermagem encaminha-se ao leito de um lactente para administrar o antibiótico do horário. Lactente está acompanhada do pai. Técnico percebe que o cateter venoso periférico encontra-se obstruído, realiza tentativa de desobstrução com seringa com soro fisiológico. O pai observa o procedimento sem questionamento e sem reação física. O técnico continua o procedimento, porém sem sucesso, sai da enfermaria e encaminha-se ao posto de enfermagem para preparar o material para nova punção venosa”.

Tal fato também é constatado no estudo de Sabatés e Borba (2005, p. 972) em que 14% das enfermeiras entrevistadas afirmam que os pais não solicitam informações, propondo que as enfermeiras procurem observar os pais e “desenvolver ações capazes de estimular sua

participação efetiva no cuidado ao filho hospitalizado e minimizar os efeitos nocivos da falta de informação”.

Duas depoentes relataram que os familiares/acompanhantes questionaram sobre o tipo, horário e efeito dos medicamentos administrados pela equipe de enfermagem:

“Elas querem saber o horário, de quantas em quantas horas... Toda vez que a gente vai fazer alguma medicação, a mãe pergunta o que está sendo feito”. (TE 4)

“Muitas das vezes as mães me perguntam: “O que essa medicação faz?”. (TE 6)

Os familiares/acompanhantes também necessitaram de informações sobre os medicamentos administrados na criança. Os questionamentos podem ser feitos à equipe médica, mas na maioria das vezes, a responsabilidade pelas informações sobre a terapêutica da criança é compartilhada com a equipe de enfermagem.

O questionamento do familiar/acompanhante sobre informações relacionadas ao cuidado domiciliar no tocante à alimentação, medicamentos e cuidados prestados à criança foi citado por uma enfermeira:

“Como é que vou alimentar? Como é que vai ser a medicação? Como vai é que ser isso? Como é que vou fazer em casa?...” (E 2)

Após o atendimento da criança na emergência, a família se preocupa com os cuidados que deverão ser prestados em casa. O familiar fica inseguro com a condição da criança, com medo do agravamento da doença.

A maioria das hospitalizações necessita de algum preparo para alta, o que envolve a educação da família na continuidade dos cuidados, assim como o acompanhamento no lar. Preparar a família para realizar os cuidados domiciliares demanda um alto grau de competência no planejamento e na implementação das orientações de alta. Os enfermeiros são responsáveis por toda ou por parte das orientações e treinamento para a alta da criança, principalmente pelos cuidados a serem realizados pelos pais (HOCKENBERRY, WILSON e WINKELSTEIN, 2006, p. 608).

Os resultados do estudo de Silva e Ramos (2011, p.311-12) demonstram que as enfermeiras acolhem a criança e sua família na chegada ao serviço de pediatria e colhem o histórico para elaborar a prescrição de enfermagem a ser implementada ao longo da internação. Na alta hospitalar, as mesmas resgatam as necessidades das crianças e fazem

novas orientações para a alta ao familiar e sobre as informações já recebidas durante a hospitalização, inclusive as orientações fornecidas pelo médico.

Por outro lado, duas depoentes mencionaram que a família de crianças com doenças crônicas não demandam muitas informações:

“Aqui também, a maioria das mães, as crianças fazem acompanhamento, então elas já sabem o caso deles. Muitas sabem até como cuidar. Elas aspiram, trocam fralda, fazem medicação, fazem tudo. E até a medicação, dosagem, para que serve. Muitas delas sabem”. (TE 9)

“A gente tem muita criança com doença crônica que interna, e pela questão delas passarem pelo ambulatório, elas são muito, a maioria é bem orientada. Já vem, assim, bem embasada da doença e pouco recorrem a qualquer orientação em relação à enfermagem da emergência, os crônicos”. (TE 10)

Por outro lado, Pedroso e Motta (2010, p. 636) enfatizam que a falta de conhecimento da família sobre as doenças crônicas geram sentimentos de impotência e insegurança. Assim, ela procura informações sobre a doença, sobre novos tratamentos e de casos parecidos com a de seus filhos em outros lugares. A doença crônica demanda muito aprendizado da família e diante das informações obtidas, a família sente-se instrumentalizada a acompanhar o tratamento do seu filho.

Num trecho da observação foi evidenciado que a mãe de uma criança com doença crônica tem conhecimento sobre o tratamento de seu filho:

Escolar com doença hematológica, paciente da instituição, admitido no setor para realização de transfusão sanguínea após fechamento do hospital-dia. Enquanto aguarda chegada das duas bolsas de concentrado de hemácias (CH), medicação pré-transfusão é realizada via cateter semi-implatado de escolar. Ao chegar a primeira bolsa de CH, a enfermeira verifica os sinais vitais, paramenta-se e inicia o preparo da transfusão... Ao chegar ao leito, a mãe questiona a demora da chegada das bolsas de sangue, e a mesma relata que a demora existe, pois a bolsa segue para outra instituição para poder passar pelo processo de radiação, já que seu filho tem reações transfusionais importantes; porém nesse dia a demora foi maior. Ao realizar a conexão do equipo no cateter, a mãe diz que ficou com medo da enfermeira danificar o equipo, pois se trata de um material especial.

A informação sobre o óbito da criança na emergência pediátrica, cenário do estudo, também foi destacada três depoentes:

“Quando tem um óbito, essas mães... os desesperos que elas ficam... E o enfermeiro que é o psicólogo... Então é o enfermeiro que resolve tudo isso. A dor da perda é o enfermeiro que conversa”. (TE 1)

“Já informei até óbito”. (TE 5)

“Momento de informar o quê? O óbito? É o médico. Está grave? Alguma coisa? É diretamente com o médico. A não ser que a gente tenha alguma intimidade com a mãe... Tem mães que praticamente moram aqui, aí você pode até... Como eu já fiz uma vez, e a mãe se jogou no chão comigo. E eu era a única pessoa naquele momento ali habilitada a falar com ela...”. (E 4)

As informações sobre o óbito é de responsabilidade do médico, contudo a equipe de enfermagem permanece vinte e quatro horas com os pacientes e suas famílias. Em algumas situações é esta equipe que estabelece um vínculo maior com a família para informar o óbito de uma criança, e oferecer suporte emocional aos familiares no momento da morte.

Por outro lado, uma depoente mencionou a carga emocional relacionada ao processo de morrer de uma criança na unidade de emergência pediátrica:

“De você ficar naquele desespero, sem saber assim... o termo certo da palavra para usar, entendeu? Para dizer que eles já estavam, para poder constatar a morte cerebral dela, e o restante. Ela já estava com as pontas cianóticas, já estava tudo morto. E a família naquele desespero, e você tentando encontrar palavras para dizer que aquela criança não ia mais levantar dali”. (TE 2)

As situações de morte na emergência pediátrica estão presentes cotidianamente, pois trata-se de uma unidade com crianças graves ou potencialmente graves. A carga emocional que envolve essas situações gera um sentimento de impotência na equipe de enfermagem e, muitas das vezes, o profissional não sabe como agir diante da família.

De acordo com Rockembach, Casarin e Siqueira (2010, p. 66), os sentimentos de frustração e impotência relatados por enfermeiros podem ser vistos como limitação profissional, fracasso e insucesso. A morte de uma criança pode ser caracterizada como algo perturbador e inesperado, não só para a família, mas também para o profissional.

A qualidade de comunicação do profissional de saúde e a condição do paciente também são avaliadas diante das más notícias. A maneira como essa informação é fornecida e o enfrentamento da pessoa a essa notícia também podem influenciar a comunicação (ARAÚJO e LEITÃO, 2012, p.59). No caso de morte de uma criança na emergência, é importante que o profissional tenha sensibilidade no momento e possa estabelecer um diálogo voltado para o acolhimento desta família.

5. Considerações Finais

Este estudo permitiu discutir a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias das crianças na emergência pediátrica, à luz dos preceitos da PNH.

Em decorrência da complexidade do cenário e do método escolhido não foi possível propor generalizações, mas uma tentativa de entender como as informações permeavam a assistência de enfermagem à criança e sua família no cenário da emergência, onde a meta é recuperar ou salvar a vida da criança.

As informações transmitidas pela equipe de enfermagem, cenário do estudo, estavam voltadas para a estrutura física, normas e rotinas da unidade e os cuidados de enfermagem como a alimentação e administração de medicamentos, que de modo geral atendiam aos questionamentos do familiar/acompanhante. Por outro lado, a família também perguntava sobre o diagnóstico, prognóstico e previsão de alta.

A equipe de enfermagem reconhece o direito à informação da família da criança na emergência pediátrica, destacando as normas e rotinas da unidade. Este fato pode ser interpretado como uma oportunidade de estabelecer o primeiro vínculo com a família.

Por outro lado, as informações não podem ser reduzidas às regras institucionais, excluindo a relação direta com a criança e sua família, como uma das metas na prestação dos cuidados de enfermagem na área de pediatria.

A permanência do familiar/acompanhante durante o procedimento prestado à criança estava diretamente relacionada às condições psicológicas da família e sua interação com a equipe de enfermagem.

As características peculiares do atendimento na emergência pediátrica, as inúmeras atividades profissionais e a fragmentação das informações foram elementos que permearam as dificuldades na transmissão das informações às famílias das crianças.

As depoentes mencionaram também a sobrecarga de trabalho que impede, em muitas situações, o contato com a família, pois são tantas atividades a serem cumpridas que o momento de conversar e esclarecer as dúvidas ficam prejudicados, e também cada profissional transmite sua informação sem averiguação e uniformidade entre os mesmos. A fragmentação das informações faz com que as famílias fiquem confusas diante de uma situação estressante e aterrorizante que é a hospitalização da criança na emergência.

Três momentos distintos para a transmissão de informações foram destacados: a admissão da criança, permanência na unidade e alta. De acordo com os preceitos da PNH, deve-se acolher e ser responsável pelos usuários desde a entrada até a saída do serviço de

saúde. Não existe a hora para informar, mas toda hora, a todo o momento, a todo procedimento.

A equipe de enfermagem destacou as questões éticas do fornecimento das informações. Ela reconhece o direito, mas procura não informar o que considera ser do outro. Por outro lado, esta conduta aponta o despreparo da equipe de saúde. O trabalho, preconizado pela PNH, deve ser pautado na transdisciplinaridade, e precisa ser interligado, por exemplo, o diagnóstico não é do médico; é do paciente, e no caso das crianças, é da criança e sua família. Diante deste binômio, a equipe deve estar interligada de forma a encontrar o melhor caminho para fazer com que os mesmos possam enfrentar as informações, sejam elas boas, ou más.

Na emergência pediátrica, cenário do estudo, as informações eram transmitidas de acordo com as atribuições de cada profissional, sendo que os questionamentos do familiar/acompanhante eram acompanhados para o profissional específico.

Quando as depoentes relataram sobre as reações da família, elas apontaram indícios importantes sobre o valor da informação. Os familiares chegavam nervosos, estressados, sem saber o que estava ocorrendo e com medo dos acontecimentos. Por outro lado, quando eles eram acolhidos, bem recepcionados e informados sobre todo o processo; passavam a compreender melhor a situação, acreditavam na assistência prestada, estabelecendo uma relação de confiança com a equipe e contribuindo para que os objetivos fossem alcançados.

A morte numa unidade de emergência é um acontecimento que faz parte do cotidiano, mas os depoimentos indicaram o despreparo da equipe em lidar com a morte. A sensação de impotência e frustração fez com que a equipe de enfermagem, às vezes, se afastasse da situação. Por outro lado, algumas relações foram estabelecidas com a família de forma que a enfermagem se colocou como um elo entre a família e situação vivenciada diante da morte.

Considerando que o cenário deste estudo possui um núcleo de humanização, acredita-se que a capacitação dos enfermeiros como apoiadores do PNH torna-se fundamental a fim de promover transformações na atuação da enfermagem voltada para o reconhecimento da criança como sujeito de necessidades de saúde inserida em um contexto familiar e social.

Assim, tendo em vista a especificidade do cenário, sugere-se o aprofundamento da temática - transmissão de informações com outras abordagens teórico-metodológicas e em outras instituições.

Referências

ARAÚJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. Comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 58-62, abr/jun, 2012.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, abr., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de Documentação, 1987.

_____. **Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução n° 41, 13 de outubro de 1995**. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Brasília, 1995.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Área técnica de Acidentes e Violências. **Portaria n.º 3.564/GM, em 02 de setembro de 1998**. Diário Oficial da União. Seção 1. Página 40. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: abr. 2012.

_____. _____. Aprovação da modalidade da assistência – Hospital Dia. **PORTARIA N.º 44/GM, em 10 de janeiro de 2001**. Brasília, 2001.

_____. _____. **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência**. Portaria n.º 2048/GM, em 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002a.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. 2 ed. revista. Brasília, 2002b.

_____. _____. **RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2002c.

_____. _____. **Portaria n° 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003.

_____. _____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília 2004b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2**. Brasília, 2006a.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2006b.

_____. _____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2006c.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. 96p. Brasília, 2009a.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009b.

_____. _____. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

CARDOSO, S. B. **Perspectiva da enfermagem acerca da abordagem assistencial: O caso da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Instituto Fernandes Figueira**. 2009. 121f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CARDOSO, V. N. S. **A (con)vivência da família frente à hospitalização da criança com distúrbio hematológico: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. 2006. 78f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CARMO, S. A. **A criança com câncer em processo de morrer e sua família: perspectivas para a enfermagem pediátrica**. 2010. 106f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CAVALCANTI, A. L. et al. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. **Arq Catarin Med**, Santa Catarina, v. 37, n.3, p. 27-33, jul/set, 2008.

CECCIM, Ricardo B. CARVALHO, Paulo R. A. .; Comentando os direitos da criança e do adolescente hospitalizado. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. A. .; **Criança Hospitalizada: Atenção Integral como escuta à vida**, Porto Alegre: Editora da Universidade, UFRGS, 1997, p.185-191.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.1, pp. 38-43, jan/mar 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9 ed. São Paulo: Cortez. 2008.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p.770-777, jul/ago, 2010.

COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a Enfermagem Pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.65, n.1, p. 7-8, jan/fev, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2010**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 12 nov 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, Pronto-Socorros Públicas e Privados. **Resolução nº 1451, de 10 de março de 1995**. São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 21 out 2011.

COUTO, L. L. **A (con)vivência da família com o escolar em controle da doença oncológica**: perspectivas para a enfermagem pediátrica. 2004. 156f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CRUZ, A. M. P.; ALMEIDA, M. A. Competências na formação de técnicos de enfermagem para implementar a sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.44, n.4, p.921-7, dez, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**. v.9, n.1, p. 7-14, jan/mar, 2004.

DESLANDES, S. MITRE, R. M. de A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface (Botucatu)**. v.13, supl.1, p. 641-649, 2009.

FERREIRA, et al. Cuidado da equipe de enfermagem à criança sob punção venosa periférica: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Nursing**, v.11, n.1, p.79-89, abr., 2012.

GARLET E.R. et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. 4, p. 535-40, jul/ago, 2009.

GOIS, J. R. **Modelo de assistência à criança em unidades de internação pediátrica**: perspectiva da enfermeira pediatra. 2009. 149f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. de. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.33, n.4, p. 165-171, dez, 2012.

GUARESCHI, A. P. D. F.; MARTINS, L. M. M. Relacionamento multiprofissional X criança X acompanhante: desafio para a equipe. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.423-436, dez, 1997.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciênc. saúde coletiva**. v.11, supl., p. 1269-1278, 2006.

HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D., WINKELSTEIN, M. L. **WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HOFFMANN, M. V. OLIVEIRA, I. .C. S. Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 923-927, nov/dez, 2009.

Instituto Desiderata. Oncologia pediátrica. Disponível em: <<http://www.desiderata.org.br/>>. Acesso em: 12 nov 2012.

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. Humanização. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <<http://ippmg.org.br/humanizacao-no-ippmg/>>. Acesso em: 02 mar 2012.

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. Missão. Rio de Janeiro, 2012b. Disponível em: <<http://ippmg.org.br/institucional/missao/>>. Acesso em: 12 nov 2012.

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. Assistência à Saúde. Rio de Janeiro, 2012c. Disponível em: <<http://ippmg.org.br/assistencia/>>. Acesso em: 12 nov 2012.

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. Pesquisa. Rio de Janeiro, 2012d. Disponível em: <<http://ippmg.org.br/ensino/pesquisas/>>. Acesso em: 12 nov 2012.

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

LAKATOS, E., M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LEAL, R. J. **A assistência de enfermagem à criança hospitalizada no IPPMG/UFRJ – Propostas governamentais e empreendimentos institucionais**. 2000. 107 f. Dissertação (Mestrado. Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

LEITE, R. A. de F.; VENTURA, C. A. A. **Direito à Informação em Saúde**: acesso a informações sobre diagnóstico, exames, medicamentos, riscos e benefícios do tratamento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA, DOCUMENTAÇÃO E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 24, 2011, Maceió: 2011.

- LIMA, A. S. de et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. v. 10, n. 4, p. 700-8, out/dez; 2010.
- MARIANO, L. R. A. et al. Significado da internação hospitalar pediátrica na perspectiva de profissionais e familiares. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 511-6, jul/set, 2011.
- MARQUES, G. Q. LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, jan/fev, 2007.
- MINAYO, M. C. de S., DESLANDES, S. F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MURAKAMI, R. CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 64, n. 2, p. 254-60, mar/abr., 2011.
- NASCIMENTO, K. C., BACKES, D. S., KOERICH, M. S., ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-8, 2008.
- O'DWYER, G. O.; G. O.; OLIVEIRA, S. P. de; SETA, M. H de. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.5, p. 1881-90, dez, 2009.
- OLIVEIRA, R. R, OLIVEIRA, I. C. S. Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery - Revista de Enferm**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p.230-236, jun, 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil (2008-2012)**. 76p. Brasília, 2007.
-
- _____ . **Situação da Saúde nas Américas:** indicadores básicos. 12p. Washington, 2009.
- PAI, D. D.; LAUTERT, L. Suporte humanizado no Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 2, p. 231-4, mar/abr, 2005.
- PATRÍCIO, R. A. et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre a presença de familiares - acompanhantes durante a punção venosa infantil. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online.** v.2, n. supl., p. 488-91, out/dez, 2010.
- PEDROSO, M. de L. R.; MOTTA, M. da G. C. da. Cotidianos de famílias de crianças convivendo com doenças crônicas: microssistemas em intersecção com vulnerabilidades individuais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.4, p. 633-9, dez., 2010.

PINTO, M. C. M. et al. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Einstein**, São Paulo. v.7, n.1, pt.1, p. 18-23, jan/mar, 2009.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Instituto Pereira Passos. **Divisão Administrativa Geral do Município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 09 set 2013.

ROCHA, J. M. da. **Instituto de Puericultura: organização, regimento, regulamentos**. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil, 1957;

ROCKEMBACH, J. V.; CASARIN S. T.; Siqueira, H. C. H. de. Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 63-71, abr./jun.2010.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 41-53, jan/abr, 2009.

SABATÉS, A. L., BORBA, R. I. H. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 968-973, nov/dez, 2005.

SANTOS, A. M. R. dos et. al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-9, abr, 2011.

SANTOS, K. C. O. dos. **Assistência à criança e a inter-relação com o curso de especialização em enfermagem pediátrica: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery (1986 -1989)**. 2007. 31f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, K. C. O. dos. **Avaliação do calendário vacinal de crianças atendidas em um ambulatório de pediatria: cobertura e motivos do atraso vacinal**. 2009. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência de Enfermagem em Pediatria). Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, N. M. P. **Experiências de situação de morte: depoimentos dos estudantes da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 1996. 145f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SARAJÄRVI, A., HAAPAMÄKI M. L., PAAVILAINEN E. Emotional and informational support for families during their child's illness. **International Nursing Review**. v. 53, p. 205–210, 2006.

SEVERO, S. B., SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1685-1698, jun., 2010.

SILVA, A. E. B. de C. et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.20, n.3, p. 272-276, jul/set, 2007.

SILVA, R. V. G. de O. RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, p. 309-15, jun., 2011.

SOARES, M. de F., LEVENTHAL, L. C. A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. **Ciênc. Cui. Saúde**, Maringá. v.7, n.3, p. 327-332, jul/set, 2008.

SOUSA, L. D. GOMES, G. C. SANTOS, C. P. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 394-9, jul/se, 2009.

SOUZA, T. V. **Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada**: perspectivas para a enfermagem pediátrica. 2007. 156f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul. v. 28, n. 2, p. 242-9, jul, 2007.

TACSI, Y. R. C. **Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência – parada cardiorrespiratória**. 2003. 128f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____. **Assistência à criança e ao adolescente em unidades não-hospitalares de urgência e emergência em um município do interior do Estado de São Paulo**: um estudo de avaliação. 2007. 198f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

_____. VENDRUSCOLO, D. M. S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.12, n.3, p. 477-484, mai/jun, 2004.

YAMAMOTO, D. M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v.18, n.2, p. 224-232, abr/jun, 2009.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZAMBON, M. P. et al. Observação pediátrica em unidade de emergência de um hospital universitário. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 79-85, mar/abr, 2007.

ANEXO
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**INSTITUTO DE PUERICULTURA
E PEDIATRIA MARTAGÃO
GESTEIRA - RJ**



PROJETO DE PESQUISA

Título: INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS ÀS FAMÍLIAS DAS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: implicações para a enfermagem pediátrica

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 3

CAAE: 06205612.4.0000.5264

Pesquisador: Keila Cristina Oliveira dos Santos

Instituição: Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão
Gesteira - RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 94.348

Data da Relatoria: 11/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. Questões norteadoras: 1. Em que momento a equipe de enfermagem informa aos familiares acerca da condição da criança em situação de emergência? 2. Quais as informações fornecidas pela enfermagem às famílias das crianças? 3. De que forma as informações são fornecidas pela enfermagem às famílias? Cenário: sala de observação da emergência pediátrica de um hospital público no Rio de Janeiro. Sujeitos: 25 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) dos serviços diurnos e noturnos cujos critérios de inclusão serão atuação em enfermagem pediátrica por pelo menos 1 (um) ano e aceitar participar da pesquisa. Metodologia: 1. formulário para caracterização dos sujeitos, com dados de identificação e relacionados à atividade profissional; 2. entrevista não diretiva em grupos formados por três a cinco sujeitos, com os temas: momento de informar, fornecimento de informações, perguntas da família, profissionais envolvidos/informações; os depoimentos serão gravados com aparelho digital, MP3; 3. observação participante da equipe de enfermagem em três momentos: admissão da criança, prestação dos cuidados, transferência ou alta, com diário de campo, para o qual foi elaborado um roteiro sistemático. Pretende-se analisar os dados com base na análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do estudo são: descrever as informações transmitidas pela enfermagem quanto ao tratamento, diagnóstico, prognóstico, cuidados de enfermagem, normas e rotinas hospitalares; analisar a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias; e discutir as implicações das informações para a prática assistencial de enfermagem junto às famílias das crianças em situação de emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos relacionam-se à sentimentos que podem se manifestar a partir das perguntas contidas na entrevista;

Benefícios: Na assistência, o estudo contribuirá para a reflexão da equipe de enfermagem acerca de sua própria atuação quanto às informações transmitidas às famílias das crianças em situação de emergência. Essa reflexão também contribuirá para uma mudança nos serviços de emergência pediátrica, favorecendo o direito da família à informação e a busca pelas necessidades de informação dos pais e familiares que se encontram nesta situação.

No ensino, esse estudo oferecerá conhecimentos científicos e propiciará discussões nos cursos de graduação e pós-graduação em relação à temática.

Para a pesquisa, o estudo poderá oferecer subsídios para outros estudos acerca da emergência

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-912

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2590-3842 **Fax:** (21)2562-6150

E-mail: pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.com

**INSTITUTO DE PUERICULTURA
E PEDIATRIA MARTAGÃO
GESTEIRA - RJ**



pediátrica no Grupo de Pesquisa Saúde da Criança / Cenário Hospitalar, e no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente/NUPESC do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante em nosso meio. Projeto bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

RIO DE JANEIRO, 11 de Setembro de 2012

Assinado por:

Maria do carmo Soares Alves Cunha

Endereço: Rua Bruno Lobo 50 - Ilha do Fundão
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-912
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2590-3842 Fax: (21)2562-6150 E-mail: pesquisa@ippmg.ufrj.br; pesquisa.ippmg@gmail.com

Apêndice A

FORMULÁRIO

I – Dados de Identificação

Data: _____

E_____

Idade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Categoria: Enfermeiro () Técnico em enfermagem ()

Auxiliar de enfermagem ()

Tempo de formação: _____

Jornada de trabalho: _____

Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () SD () SN Outro: _____

Tempo de serviço na unidade: _____

Tempo de experiência em emergência pediátrica: _____

Outros empregos: Sim () Não ()

Setor: _____

() Público () Privado

II – Dados relacionados à atividade profissional

Formação acadêmica:

() Curso Técnico → Instituição: () Pública () Privada

() Graduação → Instituição: () Pública () Privada

Qual? _____

() Pós-graduação Lato-sensu

Especialidade: _____

Ano de conclusão: _____

Instituição: () Pública () Privada

Pós-graduação Stricto-sensu

Mestrado Doutorado

Área temática : _____

Ano de conclusão: _____

Instituição: Pública Privada

Educação permanente (últimos cinco anos)

- Treinamento em serviço para atuar emergência pediátrica:

Sim Não

- Cursos realizados na instituição

Sim Não

Qual? _____

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da **pesquisa intitulada:** “Informações transmitidas às famílias das crianças em situação de emergência: implicações para a enfermagem pediátrica”, que tem como **objetivos** descrever as informações transmitidas pela enfermagem, analisar a atuação da enfermagem quanto às informações transmitidas às famílias, e discutir as implicações das informações para a prática assistencial de enfermagem junto às famílias em situação de enfermagem.

Este é um estudo de natureza qualitativa, utilizando a entrevista não diretiva em grupo como procedimento para coleta de dados. Para isto, serão dispostos temas para discussão livre de cada participante.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para julho de 2013.

As informações fornecidas pelo Sr(a) serão importantes para uma melhoria nos serviços de emergência pediátrica, favorecendo o direito da família à informação e a busca pelas necessidades de informação dos pais e familiares que se encontram nesta situação; também oferecerá conhecimentos científicos e propiciará discussões nos cursos de graduação e pós-graduação em relação à temática; e ainda o estudo poderá oferecer subsídios para outros estudos acerca da emergência pediátrica.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Em virtude da natureza do objeto da pesquisa, os riscos potenciais e reais dos sujeitos estão relacionados à ansiedade gerada pelas condições das crianças em situação de emergência, cenário do estudo. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em discursar sobre os temas selecionados a serem realizadas sob a forma de entrevista não diretiva em grupo; e a observação participante. A observação participante consiste em um processo em que a pesquisadora se relaciona diretamente com os sujeitos da pesquisa com a proposta de colher dados e compreender o contexto da realidade. A entrevista será gravada em gravador digital para posterior transcrição, e o material da observação participante será anotado no diário de campo – que serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

O Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os custos decorrentes dos procedimentos a serem utilizados nesta pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Desde já agradecemos. E o Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta os contatos da pesquisadora responsável, da orientadora da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Keila Cristina Oliveira dos Santos
Mestranda/ Pesquisadora Responsável
Cel: (21) 8732 2580
e-mail: keilacristina@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG)
Tel.: (21) 2562 6150

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

Apêndice C
 Autorização para a utilização do nome da instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
 NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
 DA CRIANÇA
 E DO ADOLESCENTE



De: En^a Keila Cristina Oliveira dos Santos

Para: Direção do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

Assunto: Solicitação

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2012.

Venho por meio deste solicitar a utilização do nome da Instituição na dissertação de mestrado intitulada “**Informações Transmitidas às Famílias das Crianças em Situação de Emergência: implicações para a enfermagem pediátrica**”, de minha autoria, sob orientação da Prof^a Dr^a Isabel Cristina dos Santos Oliveira.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, através da Plataforma Brasil em 11 de setembro de 2012 – CAAE 06205612.4.0000.5264 (Anexo).

Atenciosamente,

Keila Cristina Oliveira dos Santos

Mestranda

Ciente,
 De acordo

12/11/12

Bruno

Bruno Leite Moreira
 Vice-Diretor PPAG
 Núcleo de Apoio à Pesquisa