

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA

**ACOLHIMENTO EM EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA:  
SIGNIFICANDO A PRÁTICA PARA A ENFERMAGEM**

RIO DE JANEIRO

2025

ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA

**ACOLHIMENTO EM EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA:  
SIGNIFICANDO A PRÁTICA PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem Anna Nery/UFRJ, vinculada a Linha de Pesquisa Políticas de Saúde, Gestão e Trabalho na Enfermagem e na Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Thiago Privado da Silva

RIO DE JANEIRO

2025

## CIP - Catalogação na Publicação

P436a      Pereira, Alessandra Silva Lopes  
              Acolhimento em emergência oncológica pediátrica:  
              significando a prática para a enfermagem /  
              Alessandra Silva Lopes Pereira. -- Rio de Janeiro,  
              2025.  
              96 f.

              Orientador: Thiago Privado da Silva.  
              Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
              Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,  
              Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

              1. acolhimento. 2. enfermagem. 3. oncologia. 4.  
              pediatria. 5. emergência. I. Silva, Thiago Privado  
              da, orient. II. Título.

ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA

**ACOLHIMENTO EM EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA:  
SIGNIFICANDO A PRÁTICA PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem Anna Nery/UFRJ, vinculada a Linha de Pesquisa Políticas de Saúde, Gestão e Trabalho na Enfermagem e na Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

---

Profº. Dr. Thiago Privado da Silva [UFRJ Macaé]

- Presidente -

---

Profª. Drª Jessica Renata Bastos Depianti [FEN-UERJ]

- 1º Examinador -

---

Profª. Drª Sabrina da Costa Machado [UFRJ-EEAN]

- 2º Examinador -

---

Profº. Ítalo Rodolfo Silva [UFRJ-EEAN]

- 1º Suplente -

---

Profª. Laura Johanson da Silva [UNIRIO-EEAP]

- 2º Suplente -

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação a todas as crianças que perdem parte da sua infância para se dedicar a uma brava luta contra o câncer. ♥

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, a quem devo toda honra, toda glória, toda gratidão e adoração. Sem Ele nada é possível.

A minha mãe **Léa Lúcia** que investe, incentiva e brilha os olhinhos de orgulho de ver as conquistas dos filhos, pelas deliciosas vitaminas de abacate durante a tarde para construir este trabalho e por todo o suporte de amor que me cerca.

Ao meu pai **Aldair** (in memorian), que me ensinou o valor do estudo para mudar realidades.

Ao meu esposo **Josinaldo**, que compartilhou comigo toda esta caminhada, na alegria de ter entrado, nas dificuldades do caminho, no companheirismo do dia a dia atribulado.

As minhas filhas, **Maria Clara e Maitê**, minhas maiores riquezas e fonte de inspiração! Obrigada pelo amor, pelo carinho, por não me permitirem estacionar em mim mesma, mas a estar em busca de sempre ser uma pessoa melhor.

A minha amiga **Luciana Castro**, que foi responsável por esta empreitada! Acreditou em mim quando eu não acreditava mais. Me mostrou o caminho, me deu as mãos, e me empurrou: vai, você consegue!

A todas as minhas amigas de trabalho: **Carmem (minha dupla), Luiza, Francine, Raquel, Luciana, Caroline, Cláudia**. Pelo incentivo, preocupação, apoio, conversas, cafés, terapias, abraços, trocas de plantão.

Ao meu orientador Prof<sup>o</sup> Dr. **Thiago Privado**, por me conduzir nesse desafio, acendendo as luzes, clareando meu caminho e tornando possível chegar até o final.

*Muito Obrigada! ♥*

*“Pode chegar que a casa é grande e é toda nossa  
Vamos limpar o salão para um desfile melhor  
Vamos cuidar da harmonia, da nossa evolução,  
Da unidade vai nascer a nova idade  
Da unidade vai nascer a novidade”*

**(Maria Rita – O Homem Falou)**

## RESUMO

PEREIRA, Alessandra Silva Lopes. **Acolhimento em emergência oncológica pediátrica**: uma prática gerencial da enfermagem. Rio de Janeiro, 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

O câncer é hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo com incidência e mortalidade crescentes, exigindo mais pesquisa e investimento em oncologia. Durante o tratamento, crianças com câncer e suas famílias frequentemente recorrem à Emergência Oncológica Pediátrica, um serviço de alta complexidade. O processo de acolhimento realizado com qualidade, seriedade, empatia e expertise pode reduzir danos físicos e psicológicos, minimizar sofrimentos e salvar vidas. Portanto, tal prática merece um olhar mais sensível e científico para evidenciar, por meio da pesquisa, um sistema e multifacetado. Objetivou-se: Compreender os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de acolhimento da criança e seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Pediátrica Oncológica; Identificar os fatores intervenientes que permeiam o processo de acolhimento no contexto da Emergência Pediátrica Oncológica; e descrever as estratégias de ação e interação utilizadas pela equipe de enfermagem no processo de acolhimento à criança e ao seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Pediátrica Oncológica. Pesquisa de natureza aplicada básica do tipo exploratória utilizando-se da abordagem qualitativa. Teve como cenário o setor de Emergência Pediátrica Oncológica do Instituto Nacional do Câncer. Participaram do estudo 12 profissionais de enfermagem. A entrevista semiestruturada foi utilizada para a coleta de dados. A análise de conteúdo do tipo temática foi a técnica utilizada para análise de dados. Todos os aspectos éticos foram respeitados. Da análise, emergiram quatro categorias: A criança com câncer e sua família: perspectivas sociais e emocionais; Descrevendo o contexto do acolhimento associando os fatores intervenientes da sua prática na emergência oncológica pediátrica; Acolhimento: desvelando significados, processos e sentimentos; e Percepção do acolhimento: apontando caminhos possíveis. Foi possível obter uma compreensão geral sobre os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de acolhimento da criança e seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica evidenciado nas falas dos participantes como ideias de: segurança, qualidade, compromisso, percepção, direcionamento, disponibilidade e conforto.

**Palavras-chave:** acolhimento; enfermagem; pediatria; oncologia; emergência.

## ABSTRACT

PEREIRA, Alessandra Silva Lopes. **Acolhimento em emergência oncológica pediátrica**: uma prática gerencial da enfermagem. Rio de Janeiro, 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Cancer is currently one of the main public health problems in the world, with increasing incidence and mortality, requiring more research and investments in oncology. During treatment, children with cancer and their families often turn to Pediatric Oncology Emergency Services, which are highly complex. The embracement process carried out with quality, seriousness, empathy, and expertise helps to reduce physical and psychological harm, minimize suffering, and save lives. Therefore, this practice deserves a more sensitive and scientific perspective to evidence, through research, a complex system orchestrated with multiple facets and possibilities. The objectives were: to understand the meanings that the nursing team attributes to the welcoming process of the child and their family/companion in the context of Pediatric Oncology Emergency; to identify the intervening factors that permeate the embracement process in the context of Pediatric Oncology Emergency; and to describe the action and interaction strategies used by the nursing team in the embracement process of the child and their family/companion in the context of Pediatric Oncology Emergency. This was an exploratory and basic research applied using a qualitative approach. The setting was the Pediatric Oncology Emergency department of the National Cancer Institute. Twelve nursing professionals participated in the study. A semi-structured interview was used for data collection. The thematic content analysis was the technique used for data analysis. All ethical aspects were respected. From the analysis, four categories emerged: The child with cancer and their family: social and emotional perspectives; Describing the context of embracement by associating the intervening factors of their practice in pediatric oncology emergency; Embracement: unveiling meanings, processes, and feelings; and Perception of embracement: pointing out possible paths. It was possible to obtain a general understanding of the meanings that the nursing team attributes to the embracement process of the child and their family/companion in the context of Pediatric Oncology Emergency, as evidenced in the participants' statements with ideas of: safety, quality, commitment, perception, guidance, availability, and comfort.

**Keywords:** embracement; nursing; pediatrics; oncology; emergency.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b>	Significado da sigla CURE All .....	14
<b>Quadro 02</b>	Esquema de cores para a ACCR .....	32
<b>Quadro 03</b>	Categorias para Emergências Oncológicas Pediátricas .....	33
<b>Quadro 04</b>	Etapa Pré-análise .....	46
<b>Quadro 05</b>	Etapa Exploração do material .....	46
<b>Quadro 06</b>	Etapa Tratamento dos resultados - Parte 1 .....	47
<b>Quadro 07</b>	Etapa Tratamento dos resultados - Parte 2 .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APPMS	Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
DeCs	Descritores em Ciências da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MeSh	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PRESS	Peer Review of Electronic Search Strategies
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto Atendimento
UR	Unidades de registro

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	11
1.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....	11
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO .....	12
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	20
1.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO .....	25
<b>2 BASES CONCEITUAIS</b> .....	28
2.1 ACOLHIMENTO: HISTÓRICO, POLÍTICAS, CONCEITO E PROTOCOLO ....	28
2.2 EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS PEDIÁTRICAS .....	32
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b> .....	37
3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO: CONHECENDO A TEORIA .....	37
3.2 TIPO DE ESTUDO .....	41
3.3 CENÁRIO DE ESTUDO .....	41
3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	43
3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	44
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO .....	49
<b>4 RESULTADOS</b> .....	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	51
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	51
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	63
5.1 A CRIANÇA COM CÂNCER E SUA FAMÍLIA .....	63
5.2 DESCREVENDO O CONTEXTO DE ACOLHIMENTO .....	64
5.3 ACOLHIMENTO: Desvelando Significados, Processos E Sentimentos .....	68
5.4 PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO: Apontando Caminhos Possíveis .....	72
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
<b>APÊNDICES</b> .....	84
<b>ANEXO</b> .....	92

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

---

### 1.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

É com grande satisfação que inicio os registros deste estudo que por algum tempo permaneceu somente na esfera do pensamento. Muitas são as inquietações que nos movem diariamente na vida, promovendo e impulsionando-nos a reflexões cada vez mais complexas. São estas reflexões que nos instigam a ressignificar conceitos, práticas e comportamentos, buscando nossa melhor versão para nos envolver na sociedade de forma plena e colaborativa.

Poder aprofundar uma destas inquietações no universo acadêmico e, digo de estrutura física e suporte intelectual, é um privilégio. Por isso, me sinto entusiasmada a transformar este "grão de areia" em uma linda pérola (numa referência a uma das metáforas mais conhecidas registrada no livro: "Ostra feliz não faz pérola" do autor Rubem Alves) e oferecê-la à sociedade como agradecimento pela oportunidade de crescimento profissional no âmbito da pesquisa científica.

Decidi então, me aprofundar no processo do Acolhimento, no âmbito do contexto da Emergência Oncológica Pediátrica, onde hoje atuo. Durante minha vivência prática, percebo que as famílias vivenciam uma experiência de muita dor, angústia e sofrimento, desde o momento do diagnóstico, perpassando por todas as fases do tratamento e, de forma ainda mais intensa, na eventualidade das intercorrências, momento em que elas se dirigem ao Serviço de Emergência Oncológica Pediátrica para serem acolhidas na sua inquietude e alcançar a resolução do problema apresentado.

O processo de acolhimento realizado com qualidade, seriedade, empatia e expertise permite reduzir danos físicos e psicológicos, minimizar sofrimentos e salvar vidas. Portanto, tal prática merece um olhar mais sensível e científico para evidenciar, por meio da pesquisa, um sistema complexo, orquestrado com múltiplas vertentes e possibilidades, no qual o enfermeiro participa com protagonismo singular, gerenciando sua equipe, conciliando prática clínica, uso de protocolos e sensibilidade para prestar a melhor assistência às crianças e seus familiares naquele momento de vulnerabilidade.

Nesse caminho, este estudo pretendeu se aprofundar no acolhimento como ferramenta de trabalho, capaz de transformar e modificar as experiências do usuário, além de garantir melhor resolubilidade do problema que se apresenta.

Acolhimento é uma palavra de múltiplos significados podendo ser definida como: “ação ou efeito de acolher”; “modo de receber ou maneira de ser recebido”; "consideração"; “boa acolhida”; "hospitalidade"; “lugar em que há segurança”; “abrigo” (ACOLHIMENTO, 2023).

No entanto, a palavra acolhimento, neste estudo, tem definição um pouco diferente da descrita por um dicionário e deve ser entendida como um processo de trabalho, como uma estratégia para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, promovendo a humanização da assistência (SES/RJ, 2022).

E para trabalhar e entender melhor o acolhimento, vamos situar e contextualizar o momento em que ele se apresenta e recebe o olhar científico deste estudo.

Reconhece-se que a experiência do câncer infantojuvenil deflagra impactos significativos nas dimensões física, emocional e social desde o momento do diagnóstico. Essa realidade complexa reverbera não apenas na vida da criança, mas também em toda a sua rede de apoio familiar e de amigos, que acompanham de perto as distintas fases do adoecimento e do tratamento. Diante dessa vulnerabilidade compartilhada, torna-se fundamental o estabelecimento de uma relação de confiança sólida e transparente entre os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde, alicerce para um cuidado integral e humanizado.

No percurso do tratamento, a criança com câncer e sua família vivenciam frequentes idas ao serviço de emergência, fato que enseja um acolhimento efetivo e resolutivo a fim de tornar esse momento menos angustiante. Por essa razão, atentar para o fenômeno do acolhimento no contexto da emergência oncológica pediátrica se faz necessário, pois compreendo o acolhimento como processo essencial da assistência oncológica.

Portanto, a complexidade do tema, associada à minha vivência como enfermeira no cenário da emergência oncológica pediátrica em um hospital de referência nacional, bem como toda a pesquisa acerca do tema, me motivaram a desenvolver o presente estudo, ao compreender que a partir dele seria possível desenvolver estratégias de cuidado que pudessem favorecer um melhor acolhimento da criança e de sua família, em um momento tão difícil do tratamento, o das intercorrências pediátricas oncológicas.

## **1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

O câncer é hoje um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Sua incidência e mortalidade nas diversas populações vem aumentando ao longo dos anos, sugerindo cada vez mais conhecimentos e investimentos na área da oncologia (INCA, 2019).

Os números da estimativa mundial mais recente, mostram a ocorrência de 20 milhões de casos no ano de 2022. No entanto, novos estudos já alertam para um aumento em 77% no número de casos previstos para o ano de 2050 (OMS, 2024).

Dados brasileiros, estimaram a ocorrência de 704 mil novos casos para cada ano do triênio 2023-2025 em território nacional e para o câncer infantojuvenil (entre 0 e 19 anos), foi prevista a ocorrência de aproximadamente 7930 novos casos para cada ano do triênio 2023-2025 (INCA, 2022a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), alerta que o câncer infantojuvenil é a segunda maior causa de morte neste grupo etário, sendo a primeira causa por doença, ficando atrás apenas dos acidentes em geral. A incidência global do câncer infantojuvenil vem se mostrando numa crescente. A OMS (2022) registra o dado estimado de 430.000 diagnósticos anuais no mundo entre crianças e adolescentes, o que significa em torno de 1000 crianças por dia.

É importante salientar que houve, nos últimos anos, um avanço significativo no tratamento do câncer na infância e na adolescência e que o diagnóstico precoce e acesso a tratamento em centros especializados garantem 80% de cura com qualidade de vida das crianças e adolescentes acometidos pela doença (INCA, 2019). Informação que nos fortalece, revigora a prática diária da assistência e impulsiona a seguir neste caminho em busca de maior visibilidade e estímulos dentro do universo da Oncologia Pediátrica.

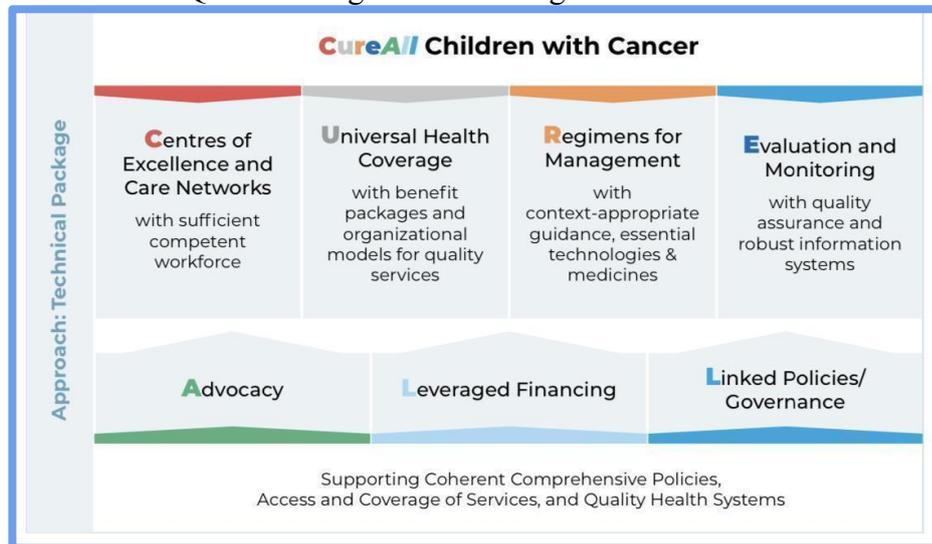
No entanto, a OMS (2022), destaca que este número promissor ocorre somente em países de alta renda, contrastando com 20% de cura nos países de média e baixa renda, o que evidencia as desigualdades socioeconômicas que se refletem em números apresentados.

As mortes evitáveis por câncer infantil em países de baixa e média renda são decorrentes de: falta, erros e demora no diagnóstico, dificuldades de acesso aos serviços especializados de saúde, abandono do tratamento, manejo inadequado das toxicidades e outras intercorrências do tratamento (OMS, 2022).

Diante deste panorama global, em setembro de 2018, a OMS anunciou em um evento na Assembleia Geral das Nações Unidas sua ousada ideia para combater e minimizar essas desigualdades: a **Iniciativa Global da OMS Contra o Câncer Infantil**, cujo objetivo consiste em melhorar a taxa de sobrevivência global em pelo menos 60% até 2030, dando a todas as crianças com câncer uma maior chance de viver uma vida plena, sem sofrimento, em qualquer parte do mundo. Um grande esforço coletivo, em todos os níveis, alcançado através da implementação de um Pacote Técnico de Intervenções Estratégicas da OMS, denominado “CURE All”, com a pretensão de salvar mais de 1 milhão de vidas.

A sigla “CURE All”, é um compacto da reunião dos quatro pilares do pacote técnico e seus estimuladores, melhor explicado através da figura a seguir:

Quadro 1: Significados da sigla “CURE All”.



Fonte: OMS, Who Global Initiative for childhood cancer: an overview

Muito ainda precisa ser feito para se alcançar a meta definida pela OMS, iniciando por compreender melhor a patologia e todos os seus desdobramentos. Nesta lógica, entende-se por Câncer Infantojuvenil (0 a 19 anos), um “grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo”. Tem natureza predominantemente embrionária, o que as difere do câncer em adultos, e geralmente acomete as células do sistema sanguíneo e tecidos de sustentação. Configuram-se as leucemias, os tumores de sistema nervoso central e linfomas, os cânceres pediátricos mais prevalentes nesta população (INCA, 2022a).

O tratamento do câncer é realizado, atualmente, através das seguintes modalidades terapêuticas, sendo na maioria dos casos, necessária a combinação de mais de uma intervenção (INCA, 2022c):

- Cirurgia ⇨ fundamental em várias etapas do tratamento, passando pelo diagnóstico, estadiamento, suporte com a colocação de acessos venosos adequados, e todas as demais necessidades do paciente (traqueostomia, gastrostomia, drenagens torácicas e abdominais) para o sucesso do tratamento, até as ressecções tumorais com finalidade curativa (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

- Quimioterapia ⇔ consiste na aplicação de drogas antineoplásicas utilizando do conceito de cinética celular para a interrupção da proliferação celular através do efeito citotóxico (INCA, 2008).

- Radioterapia ⇔ utiliza-se de interação de radiações ionizantes com a matéria para transferência de energia e consequente inibição da clonogenicidade das células malignas (INCA, 2008).

- Transplante de Medula Óssea ⇔ caracterizado pela infusão intravenosa de células-tronco hematopoéticas para restabelecer a produção normal dos componentes do sangue, após aplasia medular com altas doses de quimioterapia (INCA, 2008).

Como consequência do tratamento e evolução clínica da doença, surgem intercorrências e problemas que resultam em emergências oncológicas, as quais terão apoio, suporte ou resolução nos serviços de emergência oncológica, que devem ser adequados e dispor de equipe capacitada para esta demanda específica, de forma a identificar rapidamente e com qualidade, agravos de maior potencial de risco através da utilização de processos assistenciais de anamnese, avaliação clínica e triagem, evitando ou mitigando danos críticos (DE SOUZA et al, 2021).

As emergências oncológicas resultam de alterações nos diversos sistemas do corpo humano. Assim, suas ocorrências e impactos estão relacionadas ao sistema acometido. Dentre as emergências oncológicas mais comuns decorrentes de alterações no sistema metabólico, estão: síndrome de lise tumoral, hipocalcemia, hipercalemia, hipoglicemia, hiperfosfatemia. No sistema hematológico, são comuns: anemia, leucopenia, hiperleucocitose, síndrome da hiperviscosidade, coagulação intravascular disseminada. No sistema respiratório, são comuns: síndrome mediastinal superior, síndrome da insuficiência respiratória aguda, embolismo pulmonar. No sistema neurológico, temos: compressão da medula espinhal, metástase cerebral, síndrome da encefalopatia posterior reversível, etc (LENG, et al, 2021).

A literatura (PRUSAKOWISKI E CANNONE, 2017) admite que é expressiva a incidência de câncer infantil e que as emergências relacionadas à doença que se desenvolvem de forma aguda carregam significativa morbidade e mortalidade. Sendo assim, as emergências oncológicas necessitam ser avaliadas e tratadas o mais precocemente possível, a fim de evitar o aumento dos casos de morbidade e mortalidade (HANDA, et al, 2019).

Segundo Mueller et al (2021), crianças e seus cuidadores encontram dificuldades quando o assunto é emergência oncológica. A primeira se refere à falta de familiaridade com o fluxo e o funcionamento do sistema de saúde e, em especial, em situações de emergência, pois

a maioria das crianças recém diagnosticadas provavelmente eram saudáveis e não apresentavam problemas médicos graves. A segunda está relacionada à capacidade de comunicação e grau de entendimento do cuidador a respeito do diagnóstico, fase do tratamento, terapias atuais, pois ele precisa transmitir com clareza tais informações para os prestadores de cuidados na emergência.

A terceira dificuldade é considerada pelos autores a mais preocupante e trata da sensibilidade e conhecimento dos cuidadores em reconhecer sinais e sintomas e seu nível de gravidade para decidir o quão urgente é determinada situação para buscar os serviços de emergência oncológica pediátrica. Para tornar mais palpável, cita como exemplo os casos de hipertermia, que para crianças saudáveis podem aguardar certo tempo e serem controladas em casa, mas para crianças em tratamento oncológico se constitui em urgência grave e necessita buscar avaliação médica o quanto antes (MUELLER et al, 2021).

Por essa razão, é importante partilhar as informações sobre a doença e o tratamento da criança com o seu familiar na emergência oncológica, ao passo que são os familiares quem primeiro identificam os sinais e sintomas sugestivos de atendimento profissional imediato.

O atendimento nos serviços de Emergência Oncológica Pediátrica, inicia com a abordagem ao paciente e seu responsável, que é denominada de “Acolhimento”. O acolhimento se apresenta como a primeira e importante etapa do atendimento. Ele é composto da escuta atenta à queixa do paciente, perpassa pela avaliação clínica e verificação dos sinais vitais e se completa com a definição da classificação de risco baseada nestes dados coletados e orientados por protocolo institucional. Esta etapa é essencial para o seguimento ao atendimento de maneira eficiente e organizada (SES/RJ, 2022).

O acolhimento faz parte de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, elaborada e pensada para produzir mudanças no modo de gerir e cuidar, estimulando a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto.

Acolher é, segundo a PNH (2013, p. 7-8):

reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva.

Sua essência prática deve ser, em conformidade com a PNH (2013), realizada a partir de uma escuta qualificada oferecida pelos profissionais aos usuários, de forma a permitir a compreensão das suas reais necessidades e direcionar o acesso às tecnologias adequadas à

resolução do problema. Esta atividade deve garantir o atendimento, definindo prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Suas ações incluem: o atender, o responder, o personalizar, o orientar, o envolver-se, o explorar, o compreender e o agir. Não são realizadas de modo aleatório e desprovidas de significado. Envolve disponibilidade, aceitação, empatia, diálogo, cordialidade e presteza, configurando o acolhimento como estratégia produtora de tranquilidade e segurança para o usuário (SILVA et al, 2018).

O processo de acolhimento da criança e seu familiar/acompanhante na emergência oncológica é complexo e exige do enfermeiro perspicácia, conhecimento e competência para garantir a otimização do serviço e melhor resolutividade do problema apresentado. O enfermeiro precisa ser capacitado para gerenciar toda esta dinâmica, avaliar as circunstâncias clínicas e sociais, determinar prioridades, identificar rapidamente agravos de maior urgência e direcionar o atendimento de toda a equipe envolvida (DE SOUZA et al, 2021).

Acolhimento se difere de triagem na medida em que esta última “se refere a uma filtragem de quem pode e de quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários”. Já o acolhimento, se constitui numa estratégia para receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso e compreender a necessidade do indivíduo (Silva et al, 2018, p. 254).

Os desafios do acolhimento nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) para Sampaio et al (2022) perpassam pela fragmentação do trabalho, despreparo dos profissionais, aumento da demanda de atendimento e consequente desumanização da assistência, baixa qualidade do processo, e ambiente de trabalho e assistência hostis. Tais autores ainda afirmam que a superlotação dos serviços reverbera no processo do acolhimento comprometendo tanto a saúde do paciente quanto a do profissional.

Os autores acima mencionados, detectaram uma fragilidade nas questões de capacitação profissional plena para o exercício do acolhimento. Tal fato sinaliza a necessidade de ir além da capacitação técnica, valorizando também o estímulo ao desenvolvimento de *expertise* e habilidades para lidar com a dinamicidade do serviço, agregar preparo psicológico para o enfrentamento dos desafios cotidianos e encorajamento para elaboração de senso crítico nas tomadas de decisões.

Coutinho, Barbieri e Santos (2015) também enfatizam como obstáculos a prática do acolhimento na Atenção Primária à Saúde: a estrutura física inadequada das unidades, a

escassez de profissionais, a falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário e a falta de postura de escuta e comprometimento.

A adoção do acolhimento como estratégia central para a efetiva implementação da humanização preconizada no cuidado em saúde impulsiona uma transformação profunda nas práticas assistenciais. Esse processo de mudança tem o potencial de ampliar significativamente o acesso dos usuários aos serviços, ao mesmo tempo em que fomenta uma cultura de responsabilização compartilhada por toda a equipe de saúde em relação ao cuidado integral e à satisfação do paciente (COUTINHO et al., 2015).

Martins e Passos (2021) concluíram em seu estudo que a ineficácia da estratégia do acolhimento na Atenção Primária se deve: ao cansaço físico e emocional dos profissionais, que acumulam jornadas de serviço e sentem a sobrecarga de trabalho; e a ausência de local adequado e privativo para abordagem inicial, fato que resulta na exposição e constrangimento do usuário que precisa compartilhar publicamente suas necessidades, angústias e questões individuais do seu processo saúde-doença. Situação que evidencia omissões de informações importantes e afeta inclusive a resolubilidade integral do problema do usuário.

A literatura especializada sobre o acolhimento revela, de forma enfática, sua marcante contemporaneidade. Essa característica reside em sua capacidade intrínseca de ressoar com as necessidades do presente, de mobilizar energias latentes nos indivíduos e nas equipes, de reacender a esperança em contextos desafiadores e de impulsionar a ação em instâncias cruciais dos serviços de saúde. O acolhimento catalisa a formação de grupos de sujeitos engajados na construção de novas abordagens e práticas, incentivando a realização, no tempo presente, daquilo que se almeja como objetivo futuro para um cuidado mais humanizado e eficaz (FRANCO et al, 1999).

Portanto, Silva et al (2018) também consideram, a partir de seu estudo que objetivou realizar uma reflexão epistemológica do acolhimento, ser necessária a realização de novas pesquisas para aprofundar a temática, visando identificar nas práticas dos serviços de saúde que sentidos ele tem para os profissionais, e se estes compreendem sua relevância como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado.

Estudar o sentido dos fenômenos e dos significados atribuídos às ações, sob a lente da Teoria do Interacionismo Simbólico, oferece uma estrutura preciosa para aprofundar a compreensão de como a centralidade dos símbolos influencia a interação social e, conseqüentemente, molda a construção da realidade individual e coletiva.

Significados, são frutos do processo de interação interpessoal, sofrem modificações a partir da ocorrência de novas interações, molda e define o modo de ação do indivíduo. Por isso,

pensando no cuidado de enfermagem pleno, cuja existência é condicionada a um processo contínuo de interação entre indivíduos, Lopes e Jorge (2005) acreditam na aproximação dos estudos da enfermagem com a Teoria do Interacionismo Simbólico, para compreender melhor suas práticas.

O cuidado de enfermagem pleno, é realizado com: conhecimento, experiência, técnica, informação e educação ao paciente e sua família associados a expressões de interesse, sensibilidade, respeito, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Todo esse orquestramento de pensamentos e ações definem, de forma diferente, a maneira que o cuidado de enfermagem será prestado por cada profissional. A particularidade de cada um é definida pela construção dos seus significados que emergiram da experiência pessoal de cada um (LOPES; JORGE, 2005).

Essa perspectiva teórica, ao enfatizar a importância dos significados compartilhados e da interpretação mútua na construção da realidade social, oferece um arcabouço valioso para a enfermagem. Ao reconhecer que cada encontro entre enfermeiro e paciente é único e moldado por suas experiências e interpretações individuais, a enfermagem pode adotar uma abordagem mais sensível e personalizada. Isso implica em ir além da simples aplicação de técnicas e procedimentos, buscando compreender o mundo do paciente, seus valores e crenças, para assim oferecer um cuidado que faça sentido em sua realidade.

Por este motivo, os significados foram explorados neste estudo, associado ao processo de acolhimento, como um caminho, uma estratégia para melhor compreensão desta prática.

Minha vivência profissional dentro de uma Emergência Oncológica Pediátrica, realizando rotineiramente o acolhimento, me fez refletir sobre esta prática. Sobre o quanto ela é necessária e eficaz para o atendimento seguro e resolutivo da criança e do seu familiar/acompanhante, como também, sobre o quanto ainda é necessário aprimorar e modificar tecnicamente o processo, a fim de poder inspirar outros serviços, através da sua natureza abrangente, a olhar para a totalidade das questões apresentadas pelo usuário.

Diante deste sistema complexo, me senti entusiasmada em propor esta pesquisa acreditando que ela poderia auxiliar uma melhoria do processo técnico e intelectual do acolhimento, a partir dos significados atribuídos à essa prática pela equipe de enfermagem. Ademais, espera-se que os resultados possam reverberar na melhoria de toda a assistência dentro deste contexto, desde a chegada da criança e seu responsável até a sua liberação.

Ao refletir sobre o tema, sobre todo o referencial teórico estudado, sobre a literatura científica pesquisada e sobre a minha prática profissional, surgiram os seguintes questionamentos:

⇒ Como os profissionais de enfermagem realizam o processo de acolhimento da criança com câncer e seu familiar/acompanhante na emergência oncológica pediátrica?

⇒ Quais os fatores que facilitam ou dificultam esse processo?

⇒ Quais estratégias são elaboradas e implementadas para melhor acolher a criança e seu familiar/acompanhante na emergência oncológica pediátrica?

Esses questionamentos possibilitaram elaborar o seguinte **problema de pesquisa**: quais os significados que os profissionais de enfermagem atribuem ao processo de acolhimento realizado na Emergência Pediátrica Oncológica.

Face ao exposto, delimitou-se como **objeto de estudo**: os significados que os profissionais de enfermagem atribuem ao processo de acolhimento realizado na Emergência Pediátrica Oncológica.

Para tanto, foram definidos os seguintes **objetivos** do estudo:

**Objetivo Geral:**

⌘ Compreender os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de acolhimento da criança e seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica.

**Objetivos Específicos:**

⌘ Identificar os fatores intervenientes que permeiam o processo de acolhimento no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica.

⌘ Descrever as estratégias de ação e interação utilizadas pela equipe de enfermagem no processo de acolhimento à criança e ao seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica.

### 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A realização deste estudo se justifica, dentre outras razões, pela complexidade da assistência pediátrica oncológica e desafios da prática do acolhimento que exige dos profissionais, além de atualização permanente e aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos, uma perspicácia e reflexão do seu fazer para lidar com o amplo universo da pediatria, associada a uma doença com estigma cultural agregada a ideia de fim de vida (SAMPAIO et al, 2022).

Também se justifica pela preocupação com os dados epidemiológicos que apontam estimativas, mundial e nacional, crescentes e alarmantes colocando o Câncer Infantojuvenil

como a primeira causa de morte por doenças em diversos países (INCA, 2022a; OMS, 2022).

Atentos a este cenário, as autoridades em 2005, instituíram a Política Nacional de Atenção Oncológica por meio da Portaria nº 2.439/GM/MS, que anos depois foi revogada pela Portaria nº 874/GM/MS de 16 de maio de 2013, alterando para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesta política, traduz-se a preocupação em melhorar o modelo de atenção voltada para o câncer em todas as suas esferas: promoção, prevenção, vigilância, monitoramento, avaliação, cuidado integral, ciência e tecnologia, educação e comunicação em saúde, incentivando o aumento da produção de conhecimento científico na área através da pesquisa (BRASIL, 2013).

Ainda é necessário, trazer a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente, oficializado através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que preza pela proteção integral à criança e ao adolescente, e traz de forma especial em seu Art. 4º que a **saúde**, é um direito que deve ser assegurado com absoluta prioridade, bem como a vida, a alimentação, a educação, ao lazer, profissionalização, a cultura, a dignidade, o respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, sendo um dever em conjunto da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público.

De forma complementar foi instituída em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), cujo objetivo: promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno através de ações programáticas e estratégicas visando à redução da morbimortalidade infantil e a criação de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, soma-se às iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação à saúde, no sentido da defesa dos direitos à vida e à saúde da criança (BRASIL, 2015).

A pertinência deste estudo também se reforça ao convergir diretamente com os princípios da recente Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica, instituída em 2022. De maneira significativa, o artigo 2º, inciso I, dessa política estabelece como sua diretriz primordial "o respeito à dignidade humana, à igualdade e à não discriminação com a promoção da melhoria das condições de assistência à saúde das crianças e dos adolescentes com câncer infanto-juvenil". Essa consonância sublinha a relevância da investigação para o avanço das práticas em oncologia pediátrica, alinhando-se com as diretrizes que visam um cuidado mais humanizado e equitativo.

O objetivo principal da Política Nacional de Oncologia Pediátrica é alcançar o aumento dos índices de sobrevivência, melhorar a qualidade de vida e reduzir a mortalidade e o abandono ao tratamento das crianças e dos adolescentes com câncer. Para isso, promove ações integradas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento eficaz, assistência social e cuidados paliativos. Sendo assim ela se torna um compromisso com a saúde e o bem-estar de nossas crianças e adolescentes com câncer, oferecendo esperança e cuidado em todas as etapas do tratamento (BRASIL, 2022).

Arelada ao exposto, o Ministério da Saúde, comprometido em integrar a ciência, tecnologia e inovação aos serviços prestados a população brasileira, elabora e divulga, desde 2004, a Agenda de Prioridades de Pesquisa (APPMS), alinhando as atuais necessidades de saúde com às atividades de pesquisa através de incentivo financeiro. O reconhecimento da pesquisa científica em saúde como instrumento essencial para melhoria de todo o Sistema de Saúde fortalece o SUS através da incorporação de novos conhecimentos e tecnologias.

A APPMS contém atualmente, 172 linhas de pesquisa, distribuídas em 14 eixos temáticos. Este presente estudo vem contribuir com o Eixo 9, dos Programas e Políticas em saúde, mas especificamente nos itens: 9.17. Análise do impacto das ações da atenção pré-hospitalar (móvel e fixa) e da urgência e emergência sobre a saúde da população; e 9.20. Avaliação de impacto da Política Nacional de Atenção às Urgências; através da produção de conhecimentos, podendo servir também como incentivo e apoio a novas pesquisas na área.

Para fundamentar a relevância da problemática investigada e mapear a produção científica existente acerca do processo de acolhimento no contexto específico das Emergências Oncológicas Pediátricas, conduziu-se, em janeiro de 2023, um rigoroso "Estado da Arte". Essa metodologia de pesquisa exploratória foi implementada através de uma busca abrangente e sistemática em cinco bases de dados de reconhecida relevância para a área da saúde: PUBMED, SCOPUS, CINAHL, PSYCINFO e LILACS.

A estratégia de busca empregou uma combinação criteriosa de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), correlacionando os termos controlados: "*Nursing*", "*Nursing Care*", "*Nurses*", "*Work Process*", "*Emergency*", "*Urgency*" e "*Embracement*". Adicionalmente, foram incluídos termos livres sinônimos e relacionados a esses descritores, com o objetivo de ampliar a sensibilidade da busca e identificar um espectro mais vasto de publicações relevantes. Não foram aplicados filtros de data, idioma e/ou desenho de estudo. O processo de elaboração das estratégias de busca atendeu às recomendações do *Peer Review of Electronic Search Strategies* (PRESS).

O propósito central dessa etapa metodológica foi localizar e analisar as evidências científicas disponíveis que pudessem fornecer subsídios teóricos e empíricos para responder de forma consistente e informada à pergunta de pesquisa que norteia o presente estudo. A análise da literatura identificada permitiu contextualizar a investigação, identificar lacunas no conhecimento e embasar a discussão dos resultados obtidos.

A pergunta de pesquisa foi assim elaborada e concluída como:

⇒ Quais as evidências científicas disponíveis sobre o processo de acolhimento realizado pela equipe de enfermagem no contexto da pediatria oncológica?

Após a realização das buscas nas bases de dados, 107 registros foram identificados e exportados para o gerenciador de referências EndNote Web. Foram removidas 27 duplicatas, totalizando 80 registros.

A plataforma Rayyan foi usada para auxílio na seleção dos artigos de forma sistemática e organizada. Para seleção dos artigos através da leitura de títulos e resumos, foi utilizado como critério de inclusão: artigos que versassem sobre o processo de acolhimento pela equipe de enfermagem, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão ficaram definidos como: produções científicas não relacionadas com o escopo do estudo, como processo de acolhimento realizado em maternidades e unidades obstétricas e em serviços da Atenção Primária, como as Unidades Básicas de Saúde, e da Atenção Secundária, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Não houve recorte temporal.

Após leitura de título e resumo foram excluídos 38 estudos, sendo selecionados 42 para leitura na íntegra. No entanto, a maioria deles abordava o processo do acolhimento em serviços de atendimento adulto. Apenas 2 deles versavam sobre Emergência Pediátrica e nenhum estudo sobre o processo de acolhimento em Emergência Oncológica Pediátrica foi encontrado. Portanto, ao final, não foram encontrados artigos que respondessem à pergunta de pesquisa considerando a estratégia de busca utilizada, o que demonstra a necessidade de estudar e aprofundar no tema deste estudo.

O desfecho do Estado da arte realizado, revela uma carência de publicações científicas que abordem o processo do acolhimento realizado pela equipe de enfermagem nos Serviços de Urgência e Emergência Oncológico Pediátrico.

De Souza et al (2021), publicaram sua revisão integrativa na qual buscavam analisar e sintetizar produções científicas relacionadas à atuação do enfermeiro frente às situações de urgência e emergências oncológicas em unidades de pronto atendimento, na qual não foi obtido nenhum estudo após a aplicação das estratégias de busca.

Acresce ainda o estudo de Teixeira et al. (2023), que, ao buscar conhecer a produção científica sobre o trabalho da equipe de enfermagem em serviços de urgência e emergência pediátrica, revelou uma lacuna significativa. A conclusão dos pesquisadores apontou para a escassez de publicações que explorassem a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre seu trabalho cotidiano, justamente o foco central que este estudo se propõe a trazer.

Essa carência de estudos que considerem o ponto de vista dos profissionais de enfermagem é particularmente preocupante, visto que são eles que vivenciam de perto as complexidades e desafios do atendimento em urgências e emergências pediátricas. Suas percepções e experiências são cruciais para a compreensão das necessidades e demandas específicas desse contexto, bem como para a identificação de estratégias que possam otimizar o cuidado e o bem-estar das crianças e suas famílias. Ao negligenciar a perspectiva dos profissionais de enfermagem, perdemos a oportunidade de construir um conhecimento mais completo e preciso sobre a realidade do trabalho em urgências e emergências pediátricas, o que pode comprometer a qualidade e a efetividade do cuidado prestado.

Portanto, o processo de acolhimento assume uma importância significativa no delicado cenário das Emergências Oncológicas Pediátricas, transcendendo a mera formalidade de entrada no serviço de saúde. Dada a vulnerabilidade inerente às crianças em situações oncológicas agudas, permeadas por dor, ansiedade e a apreensão dos familiares, torna-se não apenas recomendável, mas imperativo, o desenvolvimento de estudos rigorosos e aprofundados. Tais investigações devem convergir para a identificação e aprimoramento contínuo dos procedimentos de acolhimento, detalhando os cuidados essenciais que, de maneira integrada e humanizada, possam garantir o conforto físico e emocional dos pequenos pacientes, promover sua estabilização clínica imediata e contribuir ativamente para a resolução eficaz dos agravos que motivaram a busca por atendimento emergencial. A excelência nesse primeiro contato é determinante para o prognóstico e para a experiência global de cuidado da criança e de sua família.

A carência de evidências científicas robustas no âmbito do acolhimento em Emergências Oncológicas Pediátricas não apenas fragiliza a qualidade da assistência prestada às crianças e suas famílias, mas também impede a otimização de um momento crucial no manejo clínico e psicossocial. O acolhimento, longe de se restringir à formalidade da admissão, configura-se como um processo complexo e multifacetado que demanda a criação intencional de um ambiente terapêutico seguro e acolhedor. Este ambiente deve ser capaz de mitigar a angústia inerente à situação de emergência, oferecer suporte emocional tanto ao paciente quanto aos seus entes queridos, e estabelecer uma comunicação clara e empática entre a equipe de

saúde e a família. A falta de diretrizes baseadas em pesquisa limita a capacidade dos profissionais de saúde de implementarem práticas eficazes que realmente impactem o bem-estar e os resultados clínicos nesse contexto tão sensível. Investigações que explorem as melhores estratégias de comunicação, o manejo da dor e da ansiedade desde o primeiro contato, e o papel do suporte psicossocial no acolhimento são, portanto, indispensáveis para elevar o padrão do cuidado oferecido.

Em um cenário onde a fragilidade da criança é intensificada pela severidade da condição oncológica emergencial, um acolhimento verdadeiramente eficaz atua como um potente amortecedor do impacto psicológico do tratamento e da própria crise. Ao criar um espaço de segurança, escuta ativa e empatia desde o primeiro instante, é possível atenuar a ansiedade, o medo e a sensação de desamparo, promovendo uma experiência de cuidado menos traumática e potencialmente influenciando positivamente a adesão terapêutica futura. A notável escassez de pesquisas dedicadas especificamente às estratégias do acolhimento em emergências oncológicas pediátricas revela uma lacuna crítica e preocupante no corpo de conhecimento científico. Essa ausência de evidências sólidas dificulta sobremaneira a padronização de práticas baseadas em resultados comprovados, comprometendo a qualidade e a equidade do atendimento.

Adicionalmente, essa lacuna no saber prejudica a formação de profissionais especializados e sensíveis às particularidades emocionais e sociais envolvidas nesse contexto delicado, perpetuando a aplicação de abordagens assistenciais menos otimizadas e potencialmente.

Estudos que explorem as nuances do acolhimento, desde a comunicação sensível até a implementação de estratégias de conforto, são indispensáveis para otimizar o cuidado e assegurar que cada criança e família receba o apoio integral necessário durante as emergências oncológicas pediátricas.

#### 1.4 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Nessa trajetória investigativa, foi depositada a esperança de que o presente estudo pudesse oferecer uma contribuição significativa em diversas esferas do cuidado em oncologia pediátrica.

No âmbito da **assistência**, almejou-se que esta pesquisa fornecesse insights valiosos para o aprimoramento contínuo de um cuidado integral e de alta qualidade. Isso implica em garantir um acolhimento à criança e à sua família que abarque a totalidade de suas necessidades,

desde as demandas clínicas urgentes até o suporte emocional, social e informacional indispensável nesse momento delicado. Acredita-se que um acolhimento efetivo e abrangente culminará na resolução mais eficaz das intercorrências e na promoção do bem-estar geral.

Adicionalmente, este estudo buscou reforçar e valorizar o papel essencial da enfermagem, reconhecendo sua expertise e dedicação no cuidado especializado. Esperou-se evidenciar como a atuação competente e humanizada dos enfermeiros gera ganhos substanciais para a instituição, otimizando a organização dos complexos processos assistenciais e, crucialmente, elevando a resolubilidade das intercorrências, contribuindo para um ambiente de cuidado mais eficiente, seguro e acolhedor.

Essa perspectiva encontra eco nas palavras de Freitas et al. (2021), que enfatizam como todos os esforços empreendidos pela equipe de saúde devem convergir para que o paciente oncológico pediátrico se sinta genuinamente compreendido, cuidado e acolhido, preservando sua dignidade ao longo de todo o tratamento. Esse cuidado atencioso e humanizado não é apenas um imperativo ético, mas também um fator que contribui significativamente para a efetividade e a adesão à proposta terapêutica, impactando positivamente os resultados clínicos e a experiência global do paciente e de sua família.

No âmbito do **ensino** e da formação profissional em saúde, almejou-se que este estudo desempenhasse um papel catalisador na disseminação de novas proposições pedagógicas inspirando a incorporação de abordagens de ensino inovadoras e a integração de tecnologias educacionais de ponta, visando preparar de forma mais abrangente os futuros profissionais para os complexos desafios inerentes ao cuidado oncológico pediátrico. Nesse sentido, vislumbra-se a utilização de programas inteligentes e simuladores realísticos que permitam o aprimoramento prático de habilidades cruciais, como a comunicação eficaz e sensível com pacientes e familiares, o desenvolvimento da empatia necessária para lidar com as angústias e incertezas do processo de tratamento, e aprimorar a capacidade de tomada de decisão clínica em situações complexas e urgentes.

Essa necessidade de uma formação mais robusta e específica é corroborada pelas constatações de Kameo et al. (2018), cujo estudo revela que muitos profissionais de saúde expressam um sentimento de despreparo significativo ao se depararem com o manejo de agravos oncológicos pediátricos. Essa lacuna na formação é atribuída à intrincada natureza das alterações clínicas frequentemente associadas à progressão da neoplasia, bem como à agressividade e aos potenciais efeitos colaterais tóxicos decorrentes dos tratamentos intensivos. Portanto, investir em novas metodologias de ensino que abordem essas especificidades é

fundamental para formar profissionais mais confiantes, competentes e aptos a oferecer um cuidado de excelência às crianças com câncer e suas famílias.

No âmbito da pesquisa científica, nutriu-se a expectativa de que este estudo pudesse catalisar a produção de novas investigações dedicadas à temática do acolhimento em emergências oncológicas pediátricas. Dada a notória escassez de conteúdo científico publicado sobre um tema de tamanha relevância e ocorrência no cotidiano dos serviços de saúde, espera-se que os achados e as reflexões aqui apresentados sirvam de inspiração e ponto de partida para futuros trabalhos. Ao evidenciar a complexidade e a importância do acolhimento nesse contexto específico, busca-se estimular o interesse de outros pesquisadores, fomentando a exploração de diferentes perspectivas, metodologias e intervenções que possam aprofundar o conhecimento existente e, conseqüentemente, impactar positivamente a prática clínica. Acredita-se que o despertar para essa lacuna no conhecimento científico é um passo fundamental para a construção de uma base de evidências mais robusta e para o desenvolvimento de abordagens de acolhimento cada vez mais eficazes e humanizadas.

Assim, almeja-se que este estudo não apenas ilumine as práticas de cuidado oncológico pediátrico, mas que também inspire uma jornada contínua de aprimoramento, onde cada profissional, cada paciente e cada família encontre um porto seguro de compreensão, cuidado e esperança.

## 2 BASES CONCEITUAIS

---

### 2.1 ACOLHIMENTO: HISTÓRICO, POLÍTICAS, CONCEITO E PROTOCOLOS

A XI Conferência Nacional de Saúde realizada no ano 2000, em Brasília, se tornou um marco histórico por colocar em evidência e discussão temas de relevância para a implementação do SUS, considerando as diretrizes e princípios que o constituiu: universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, participação social, complementaridade e descentralização. Nesse caminho, foram discutidas questões relacionadas ao acesso, à qualidade e à humanização da saúde (SES/RJ, 2022).

Os intensos debates deram origem a criação, em 2003, da Política Nacional de Humanização (PNH) que apresenta um conjunto de dispositivos para auxiliar na implementação efetiva do SUS. O acolhimento com classificação de risco surge neste contexto como ferramenta para garantir ao usuário o atendimento adequado e efetivo de suas necessidades, sendo organizado com prioridades definidas a partir da avaliação criteriosa de vulnerabilidade, gravidade e risco (SES/RJ, 2022; PNH, 2013).

Nesta pesquisa, uso como definição conceitual para o termo acolhimento, a apresentada no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS (2010, p. 51):

Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Para Silva et al (2018), o acolhimento pressupõe uma dupla dimensão: por um lado é entendido como uma etapa do processo de trabalho, realizado no momento da recepção do usuário no serviço; por outro lado, é visto como uma tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde que ocorre em todos os momentos em que se estabelece encontros entre trabalhador e usuários.

Ainda é necessário enfatizar que o termo acolhimento se diferencia da triagem exatamente por se constituir numa postura ética, permeada por um movimento de inclusão e

compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias que não se esgota na etapa da recepção (SES/RJ, 2022).

Em dezembro de 2013, foi criada a portaria GM/MS No 3390 que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Neste documento, o Acolhimento é delineado como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde com o propósito de atender a população com resolutividade e responsabilidade no momento da procura pelo serviço e na prestação de cuidados.

A PNHOSP (2013), estabelece em seu artigo 10, que o acesso à atenção hospitalar será regularizado, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, de modo a assegurar a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. Para tanto, é necessário que seja implementado nas portas hospitalares de Urgência e Emergência o acolhimento e o protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas, responsabilizando a equipe de saúde integralmente pelo usuário desde o momento da sua chegada ao serviço, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais.

Diante deste direcionamento, torna-se necessária a qualificação de toda a equipe para a prática do acolhimento, capacitando os profissionais para ações de atenção e gestão que favoreçam a construção de uma relação de confiança e de compromisso com usuários, equipes e serviços (SES/RJ, 2022).

No entanto, apesar do acolhimento ser responsabilidade de toda equipe multiprofissional, a etapa da classificação de risco se constitui como um procedimento técnico privativo do enfermeiro, pois sua execução exige do profissional conhecimentos, competências e habilidades de maior complexidade, que alinhadas a um protocolo e à expertise do enfermeiro, garantam rigor técnico-científico para a melhor tomada de decisão e definição justa de prioridades baseada nas vulnerabilidades, gravidade e riscos (SES/RJ, 2022; COFEN, 2021).

A resolução do COFEN no 661/2021, atualiza e normatiza a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Risco e traz como novidade (da resolução anterior COFEN no 423/2012), a obrigatoriedade de um curso de capacitação específica para a execução desta atividade que contemple o protocolo institucional e o registro da necessidade de um consultório adequado e equipado para o desenvolvimento da classificação. Além disso, pensando na segurança do paciente, a mesma resolução define que deve ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.

O acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) é a ferramenta para organizar o fluxo e assegurar o acesso seguro e adequado dos usuários que buscam os serviços de urgência e emergência e tem seus objetivos definidos no Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência, em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco, publicado em 2022 (p. 6-7), a saber:

- ⇒ Humanizar o atendimento através de escuta qualificada e postura acolhedora;
- ⇒ Organizar processos de trabalho, fluxos e espaço físico das unidades;
- ⇒ Identificar prontamente condições de risco e vulnerabilidade;
- ⇒ Priorizar para o atendimento médico, de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolos específicos (ACCR, Violência, IAM , entre outros);
- ⇒ Extinguir a triagem feita por recepcionistas, controlador de acesso ou vigilantes (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente pelo profissional de saúde);
- ⇒ Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo desconhecido;
- ⇒ Fomentar a rede de atenção à saúde, articulando a atenção básica, com vistas à atenção integral.

Tais objetivos vêm sendo buscados no Rio de Janeiro, através de ações da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), por meio da Assessoria Técnica de Humanização, que utiliza mecanismos para consolidar, sistematizar e padronizar os processos de trabalho, propondo a implementação dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas de Urgência e Emergência – Adulto e Pediátrico (SES/RJ, 2022).

O protocolo de ACCR pediátrico foi definido para atendimento a menores de 18 anos em concordância com a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, que considera criança, pessoas até doze anos de idade incompletos e adolescentes, pessoas entre 12 e 18 anos de idade (SES/RJ, 2022).

A realização do ACCR requer uma estrutura física básica de consultório e sala de espera confortável, equipada com sistema informatizado, computadores, impressora, climatização, bebedouro, além de tecnologias que auxiliem a avaliação clínica: aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão arterial, estetoscópio, termômetro e monitor de oximetria de pulso. Este espaço deve ser pensado de forma que permita acesso e comunicação facilitada entre os profissionais de todo o atendimento e a visão dos que esperam por atendimento. Deve ser

separado dos consultórios e dispor de macas e cadeiras para transporte dos pacientes em locais próximos (SES/RJ, 2022).

### *2.1.1 Atribuições das equipes para o ACCR*

Os responsáveis por esta atividade são a equipe de enfermagem (técnico e enfermeiro), respeitando as devidas atribuições específicas. Todos os demais profissionais devem colaborar com o processo de ACCR, mediante adoção de postura acolhedora e corresponsável com os pacientes (SES/RJ, 2022).

Ao Enfermeiro cabe: realizar o acolhimento e acompanhar a atuação dos técnicos de enfermagem. De forma privativa, ele deve proceder a avaliação para a Classificação de Risco em consultório, respeitando a privacidade do usuário. Além disso, o enfermeiro deve orientar o usuário sobre a dinâmica do atendimento na unidade; determinar o local de atendimento do usuário de acordo com a sua classificação e garantir o atendimento médico de acordo com as cores e prioridades da Classificação de Risco; além de outras funções (SES/RJ, 2022).

Aos Técnicos de Enfermagem cabem: realizar o acolhimento; registrar os dados do usuário no sistema; orientar os usuários sobre o fluxo de conclusão do registro, na recepção, e posteriormente sobre a espera para a Classificação de Risco; priorizar para atendimento médico ou de enfermagem em caso de risco e/ou sinalizar as vulnerabilidades (idosos, crianças e gestantes); orientar fluxos de atendimento e dinâmica do serviço; além de outras funções (SES/RJ, 2022).

### *2.1.2 Classificação de risco e suas cores*

A Classificação de Risco é organizada em níveis, representados por cores de forma a garantir um atendimento resolutivo e seguro de acordo com as prioridades, baseadas no potencial de risco e gravidade, definida como no quadro a seguir:

Quadro 02 - Esquema de cores para ACCR

<b>VERMELHO</b>	<b>LARANJA</b>	<b>AMARELO</b>	<b>VERDE</b>	<b>AZUL</b>
Emergência	Muito urgente	Urgente	Pouco urgente	Não urgente
Risco iminente de morte ou com sinais iminentes de risco de deterioração do quadro clínico.	Potencial risco de morte	Potencial risco de agravamento, requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte	Não apresenta risco iminente de morte ou risco potencial de agravamento.	Necessidades de baixa complexidade
Atendimento imediato	Atendimento em até 10 minutos	Atendimento em até 60 minutos	Atendimento em até 120 minutos	Não necessitam de atendimento médico no mesmo dia e podem ser agendadas para o serviço ambulatorial.

Fonte: (SES/RJ, 2022)

## 2.2 EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS PEDIÁTRICAS

A equipe de enfermagem atuante em Serviços de Emergência Oncológica Pediátrica, pela natureza de seu trabalho, deve saber reconhecer as intempéries em todos os níveis de complexidade, utilizando os recursos disponíveis para avaliação e tomada de decisões. Para isso, se torna indispensável seu conhecimento a respeito das emergências oncológicas, garantindo segurança e qualidade da assistência prestada (DE SOUZA, et al, 2021).

Kameo et al (2018), ressaltam a importância da capacitação profissional a fim de evitar erros, óbitos precoces e danos irreversíveis, através da rápida identificação do problema e direcionamento da melhor abordagem terapêutica, modificando, desta maneira, prognósticos e colaborando para melhora da qualidade de vida do paciente.

As situações de emergências oncológicas podem surgir como a primeira manifestação da doença permitindo o diagnóstico, em decorrência da evolução clínica da doença, ou das consequências do próprio tratamento. Também podem ser observadas como um primeiro sinal de uma recidiva da doença (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

A assistência nos serviços de emergência pediátrica deve ser direcionada para reverter situações de gravidade, prevenir danos e sequelas e fomentar uma melhora na qualidade de vida (KAMEO et al, 2018)

Segundo Kameo et al (2018), as emergências podem ser classificadas de diversas formas. Nesse sentido, eles pontuam que há autores que optam por categorizar por agravos relacionados à neoplasia e por agravos desencadeados pelo tratamento. Outros preferem separar por tipo de situação emergencial: estrutural, metabólica. Outros propõem a classificação pelos sistemas acometidos. E ainda há aqueles que preferem categorizar dando enfoque nos sintomas e consequências dos agravos.

Para Melaragno e Camargo (2013), as emergências oncológicas mais frequentes são os quadros infecciosos, e as demais devem ser divididas em dois grupos:

Quadro 03 - Categorias de Emergências Oncológicas Pediátricas

INTERVENÇÃO IMEDIATA	POTENCIAIS CONSEQUÊNCIAS GRAVES
<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Síndrome de veia cava superior</li> <li>⇒ Compressão medular aguda</li> <li>⇒ Hiperleucocitose</li> <li>⇒ Síndrome do ATRA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Síndrome de lise tumoral</li> <li>⇒ Hipercalcemia</li> </ul>

Fonte: (CAMARGO; MELARAGNO, 2013)

Os quadros infecciosos merecem atenção especial, pois se tornam potencialmente graves devido à mielossupressão desencadeada pela própria terapêutica oncológica: quimioterapia sistêmica, radioterapia e transplante de medula óssea. Os períodos intermitentes de neutropenia representam, portanto, maiores riscos de morbidade e mortalidade, o que obriga uma abordagem sistemática e minuciosa do paciente que apresenta estado febril (MELARAGNO; CAMARGO, 2013).

Janssens et al (2021), corroborando com os autores anteriores, relatam a neutropenia febril como a maior causa de morte em pacientes pediátricos em tratamento e, por este motivo,

orientam a realização constante de estudos para elaboração e aprimoramento de rotinas de atendimento cada vez mais eficazes.

#### ☼ Neutropenia Febril

⇨ Definida pela redução da contagem de neutrófilos do sangue abaixo de 1500/mm<sup>3</sup>. Pode ser categorizada em leve (1000 a 1500/mm<sup>3</sup>), moderada (500 a 1000/mm<sup>3</sup>) ou grave (< 500mm<sup>3</sup>). A presença da febre associada a esta condição hematológica sinaliza a possibilidade de um quadro infeccioso instalado. Na neutropenia grave, a ocorrência de infecções têm maior risco e severidade (TERRITO, 2021).

Janssens et al (2021) sinalizam que pacientes pediátricos em tratamento oncológico, durante os períodos de neutropenia, são mais propensos a infecções por fatores relacionados às múltiplas internações, imunossupressão medicamentosa, colonização por bactérias multirresistentes e a presença no organismo de dispositivos como cateteres venosos, sondas e traqueostomias que comprometem as barreiras naturais de defesa do organismo.

#### ☼ Síndrome de veia cava superior (SCVS)

⇨ Compressão ou obstrução da veia cava superior, impedindo o retorno venoso do segmento cefálico, membros superiores e tórax. Normalmente associada a neoplasias que acometem mediastino médio ou anterior, sendo os Linfomas não Hodgkin, os responsáveis por 70% dos casos de SCVS (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Sintomas e manifestações clínicas: ortopnéia, edema facial, cefaléia, palidez súbita, cianose labial, tontura, desmaio. Nas crianças, devido aos anéis cartilagosos da traquéia serem compressíveis, também podem ser observados sintomas respiratórios como: tosse seca, chiado, estridor, dispnéia intensa, inquietude e ansiedade (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

No exame físico, verifica-se: pletora e edema facial, petéquias conjuntivais, distensão das jugulares, circulação colateral na parede torácica, pulso paradoxal, alteração da pressão sanguínea, papiledema e cianose labial.

Cuidados especiais:

- Evitar decúbito dorsal, pois aumenta a pressão da massa tumoral sobre as estruturas mediastinais.
- Obter acesso venoso em membros inferiores. A punção de membros superiores, jugulares, subclávias, é contraindicada não somente pela estase venosa, mas também pelo risco de hemorragia associada ao aumento da pressão venosa do sistema cava superior.

#### ☼ Compressão medular aguda

⇒ Caracteriza-se pela expansão do tumor pelo foramen intervertebral, resultando na compressão direta da medula e do plexo venoso vertebral, levando a edema vasogênico da medula, isquemia e, por vezes, sangramento. Mais frequentes na primeira manifestação de tumores paravertebrais como: neuroblastoma, tumor de Ewing e linfomas não Hodgkin e como manifestação de recaída em rhabdomyosarcoma, osteossarcoma e tumores de sistema nervoso central (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Sintomas e manifestações clínicas: dor nas costas ou radicular que piora ao esticar as pernas e flexionar o pescoço, fraqueza, alteração de sensibilidade esfinteriana, podendo chegar a paralisia.

#### ⊗ Hiperleucocitose

⇒ Definida pela contagem de leucócitos totais no sangue periférico superior a 100.000/m<sup>3</sup>. No entanto, as manifestações clínicas são percebidas quando a contagem chega a 200.000/m<sup>3</sup> nos pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA) e acima de 300.000/m<sup>3</sup> nos portadores de leucemia linfóide aguda (LLA) (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Sintomas e manifestações clínicas: o excesso de células blásticas provoca o aumento da viscosidade sanguínea e consequente obstrução da microvasculatura por trombos de células leucêmicas e lesão endotelial. No SNC, além da trombose, hemorragias também são frequentes, e nos alvéolos pulmonares, o sangramento e a obstrução da microvasculatura podem levar a um quadro sério de hipoxemia. A hipoperfusão tecidual pode desencadear quadro de: cefaléia, sonolência, confusão mental, visão borrada, convulsões; e sintomas respiratórios como: taquipneia, dispneia, cianose, evoluindo para uma falência respiratória (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

#### ⊗ Síndrome da Lise Tumoral

⇒ Definida por um grupo de distúrbios metabólicos provocados pela liberação abrupta na corrente sanguínea de conteúdo intracelular, resultante da destruição maciça de células malignas, provocando insuficiência renal, arritmia cardíaca e óbito (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Sintomas e manifestações clínicas: além da insuficiência renal, o consumo de cálcio pode provocar formigamento, adormecimento perioral e de extremidades, contrações musculares dolorosas que evoluem para crises de tetania. No entanto, a consequência mais grave está relacionada a hiperpotassemia que leva a arritmia ventricular e morte.

## ☼ Hipercalcemia

⇒ Complicação reconhecida quando os níveis séricos de cálcio atingem o valor de 12 mg/dL. Ocorre em várias neoplasias hematológicas, rabdomiossarcomas, neuroblastomas, e tumores rabdóides renal (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Sintomas e manifestações clínicas: Poliúria e desidratação são frequentes. Astenia, náuseas, vômitos, anorexia, constipação, dor abdominal, polidipsia são sintomas também predominantes. Em casos de níveis elevados de cálcio, manifestações de maior gravidade podem surgir como: fraqueza muscular, alteração do ritmo cardíaco, cefaleia, estupor, convulsões e coma (CAMARGO; MELARAGNO, 2013).

Além destas complicações descritas na literatura, percebemos na prática que as Unidades de Emergências também são buscadas em outras diversas situações clínicas: dor, náuseas e êmese (DE SOUZA, et al, 2021). Além de receber pacientes em estágio terminal, sendo também necessário o preparo para os cuidados de fim de vida (SOUZA, et al, 2021).

As emergências oncológicas fazem parte da trajetória de vivência com câncer. É importante que ao serem apresentadas à equipe de enfermagem, elas sejam reconhecidas e manejadas em todos os seus aspectos, indo além da questão física. A perspectiva emocional e social também deve ser contemplada, buscando resolutividade e satisfação completa da criança e sua família em sua necessidade. A comunicação durante todo o atendimento também deve ser estruturada de forma a garantir acolhimento, tranquilidade e o repasse de orientações necessárias ao seguimento da manutenção da saúde no domicílio (SOUZA, et al, 2021).

Freitas et al (2021), lembram que o período da infância e adolescência possui singularidades pertinentes a fase da vida humana e que o profissional precisa estabelecer vínculo para olhar cada paciente em sua individualidade e utilizar de uma comunicação adequada e eficaz para alcançar o melhor manejo clínico e oferecer o suporte psicoemocional necessário em cada momento.

Cada criança vive seu processo de doença de maneira única e singular. Período marcado por incertezas e vulnerabilidade provocando em todos (crianças e seus familiares) sentimentos de angústia e estresse. O apoio psicoemocional, no contexto da emergência oncológica, faz-se necessário para o enfrentamento da adversidade e melhora da qualidade de vida durante o tratamento. Outro suporte de extrema valia para a criança e familiar é o apoio social, que vai além do suporte material, mas entrega também, apoio emocional, afetivo e informativo, minimizando estressores, contribuindo para diminuir as dificuldades encontradas no processo de vivência com câncer (FREITAS, et al, 2021).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

---

#### 3.1 INTERACIONISMO SIMBÓLICO: CONHECENDO A TEORIA

A industrialização e a urbanização do início do século XX geraram problemas sociais que serviram de estímulo para estudiosos da Psicologia Social. Eles sentiram necessidade de elaborar uma nova perspectiva teórica que ajudasse no entendimento e análise do estudo sistemático do comportamento social humano. Assim, emergiu a teoria denominada Interacionismo Simbólico (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Da Silva (2012), registra que, historicamente, o Interacionismo Simbólico foi inspirado pelas ideias de Georg Herbert Mead, professor de filosofia e está diretamente ligado à implantação da Universidade de Chicago em 1890, em um contexto de expansão e consolidação da sociologia. Mead entendia que a consciência das pessoas é formada a partir das interações e processos sociais.

A produção escrita de Mead durante sua vida foi relativamente pequena, concentrando-se em artigos e notas. No entanto, sua verdadeira influência se manifestou após sua morte, através da publicação de notas e leituras de suas aulas, compiladas por seus alunos. Além disso, a interpretação e desenvolvimento de suas ideias por sociólogos como Herbert Blumer foram fundamentais para a disseminação de seu pensamento. A obra mais conhecida de Mead, "*Mind, Self and Society*", publicada em 1934, é um compilado de suas ideias e representa um marco na sociologia (LOPES; JORGE, 2005).

Para Mead, a ação humana é um processo dividido em quatro fases: impulso (a necessidade que impulsiona a ação), percepção (a busca por meios para satisfazer o impulso), manipulação (a utilização de meios para alcançar o objetivo) e consumação (a satisfação do impulso). A decisão individual, tomada ativamente em cada etapa, é o que define a ação. As normas sociais, por sua vez, influenciam essas decisões através de mecanismos como negociações, sanções e hierarquias, moldando o comportamento humano (MEAD, 1934).

O nome de Mead está ligado à fundação da teoria, mas foi Herbert Blumer o grande disseminador dessa perspectiva teórica, inclusive designando o nome pela qual ela ficou conhecida - Interacionismo Simbólico. Blumer, acreditava que "*o ser humano conhece as coisas pelos seus significados e esses são criados e modificados pela interação social*" (DA SILVA, 2012, p. 75).

Blumer (1982, p.2), sustenta em sua obra que a natureza do interacionismo simbólico é baseada na análise de três premissas:

① A primeira é que o ser humano orienta seus atos em direção às coisas em função do que estas significam para ele;

② A segunda é que o significado dessas coisas surge como consequência da interação social que cada qual mantém com o seu próximo;

③ A terceira é que os significados se manipulam e se modificam mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vai encontrando em seu caminho.

Essas premissas se tornam mais palpáveis no entendimento de Moura, Kimura e Praça (2010, p. 207) ao entenderem que "o Interacionismo Simbólico valoriza o sentido que as coisas têm para o comportamento humano". E esse sentido surge da interação entre as pessoas sendo construído e lapidado em duas etapas de interpretação. Na primeira etapa, a interação do indivíduo é com ele mesmo. Conhecendo, construindo, se familiarizando com aquele sentido. Na segunda, o indivíduo passa a moldar o sentido que ele já conhece. Recriando, selecionando, reavaliando e transformando os sentidos a partir das situações vivenciadas no momento e assim definindo a direção de sua ação.

Para uma melhor compreensão da teoria e facilitar a compreensão das ideias apresentadas, é fundamental se apropriar dos termos e conceitos fundamentais do Interacionismo Simbólico. Com base na interpretação de Dupas et al (1997), debruçados sobre as obras de Mead (1953), Blumer (1969) e Charon (1989), buscarei elucidar esses conceitos, proporcionando um embasamento teórico mais sólido para a discussão.

### *Símbolo*

⇒ É o elemento chave do IS. Símbolos podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras. Os símbolos não possuem um significado intrínseco, mas se tornam simbólicos, ganham sentido, à medida em que os usamos para construir nossa realidade social, interagir e atribuir significado ao mundo ao nosso redor.

Um exemplo especial de símbolo é a linguagem, nas suas mais diversas formas. Ao atribuir significados às palavras, conseguimos estabelecer relações, trocas, convivências se integrando a sociedade.

### *Self*

⇒ No Interacionismo Simbólico, o *self* é um construto social moldado nas interações com os outros. É um processo contínuo de autodefinição e auto-interação, composto por duas

fases: o *eu*, parte impulsiva e espontânea, e o *mim*, parte socializada e consciente das expectativas dos outros. O *self* emerge da imitação, da assunção de papéis e da internalização das normas sociais.

### ***Mente***

⇒ A mente é um processo contínuo de interação com o *self*. A atividade da mente é receber as indicações de significados, interpretar, moldar, redefinir e indicar a melhor ação a ser executada com base no significado trabalhado. É a interação do indivíduo consigo mesmo usando os símbolos. A mente é social em sua origem e funcionamento, originada pelos processos de interação com os outros e é fundamental para a compreensão dos outros e para determinar as ações no mundo.

### ***Interação Social***

⇒ Para o Interacionismo Simbólico, interação social é um processo dinâmico e criativo, onde os indivíduos constroem ativamente a realidade social através da troca de símbolos e da interpretação das situações. Ela ocorre, toda vez que estabelecemos alguma conexão com o outro, usando símbolos, direcionando o *self*, nos engajando em ação mental, tomando decisões, mudando direções, compartilhando perspectivas.

### ***Sociedade***

⇒ "Sociedade é o conceito que integra todos os outros conceitos do Interacionismo Simbólico e que nos auxilia a entender a natureza do ser humano" (DUPAS et al, 1997, p. 06).

No IS, a sociedade é uma ação recíproca, complexa, de consenso e mudança, construída de interações simbólicas, envolvendo comunicação e interpretação entre os atores, nas quais os indivíduos agem e cooperam entre si e assim definem seu grupo, sua cultura, sua comunidade. A cultura ajuda a criar continuidade ao longo do tempo e é tomada pelos atores como guias para a ação.

A elucidação dos termos mais importantes desta teoria possibilita sua melhor compreensão.

O Interacionismo Simbólico, estuda o processo de como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como esse processo de interpretação influencia o comportamento individual em determinadas situações. Através do IS, é possível perceber como o raciocínio e o poder de simbolização auxiliam nos processos interpretativos e adaptativos às circunstâncias vividas. Por isso, o interacionismo simbólico é considerado uma das teorias mais adequadas para analisar diversos processos sociais, incluindo estudos de

mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Especialistas nesta teoria afirmam que “para alcançar uma compreensão plena do processo social, o investigador precisa se apoderar dos significados que são experienciados pelos participantes em um contexto particular”. Portanto, o significado atribuído se torna um elemento de fundamental importância na compreensão do comportamento humano, das interações e dos processos (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010, p. 153).

Carvalho, Borges e Rego, (2010), após aprofundar seus estudos na temática defendem o interacionismo simbólico como uma alternativa viável e sólida para aprofundar a compreensão da realidade, e concordam com outros especialistas que esta perspectiva teórica ajuda adotar caminhos que levem à construção de um conhecimento de aplicações práticas, que mantenha o rigor teórico e empírico e abra novos caminhos centrados na mudança social.

Alves, Lopes e Jorge (2008), afirmam que a Enfermagem encontrou no Interacionismo Simbólico uma ferramenta valiosa para utilizar em seus estudos e compreender a complexidade das relações interpessoais no cuidado em saúde. Ao focar no significado que as pessoas atribuem às suas experiências, essa teoria permite uma prática de enfermagem mais humanizada e centrada no paciente.

As teorias de enfermagem têm evoluído, ampliando a visão do cuidado para uma perspectiva mais humanística e interacionista. Essa mudança busca superar o modelo biomédico, que reduz o cuidado a aspectos biológicos e mecanicistas. No entanto, na prática, o cuidado de enfermagem ainda enfrenta desafios, com a persistência de um olhar fragmentado sobre o ser humano, deficiente e distante de uma concepção holística. Por este motivo, Lopes e Jorge (2005, p. 4-5), acreditam que para a formação de uma enfermagem de qualidade, "essas atitudes diante do modelo tradicional não devem ser abandonadas, e sim repensadas em uma dimensão maior; dimensão esta que entende as pessoas como seres no mundo, possuidoras de liberdade de ação, capazes de interagir na tomada de decisões."

Com base nesse pressuposto, Lopes e Jorge (2005), afirmam que o Interacionismo Simbólico tem sido utilizado com bastante sucesso nos estudos da Enfermagem que se preocupam em formar profissionais adequados à Nova Enfermagem, cuja prática exige uma interação profunda entre profissionais, pacientes e familiares. Ao analisar as interações sociais e a construção de significados, essa teoria nos permite compreender melhor as dinâmicas presentes nos cuidados em saúde e desenvolver estratégias mais eficazes para atender às necessidades dos pacientes oferecendo uma base teórica sólida para aprofundar o entendimento dessa relação e promover um cuidado mais humanizado e realmente interativo.

Dupas et al (1997), concordam com os autores acima e afirmam que o uso do Interacionismo Simbólico nos estudos da Enfermagem pode ter grande valia, pois esta prática profissional envolve o ser humano vivenciando diversas experiências muito particulares, em todas as fases da vida. O Interacionismo Simbólico pode auxiliar a produção e compreensão de uma gama de conhecimentos inerentes à prática da enfermagem e suas variações em realidades distintas. Ao apreender que suas ações e condutas se relacionam aos significados das suas experiências interativas, a Enfermagem pode buscar caminhos para qualificar a assistência prestada.

### **3.2 TIPO DE ESTUDO**

O desenho metodológico deste estudo foi construído através de uma pesquisa de campo do tipo exploratória, utilizando-se da abordagem qualitativa. A pesquisa de campo, segundo Lakatos e Marconi (2010), almeja obter informações e/ou conhecimentos acerca de um problema ou descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. Caracteriza-se por investigações que vão além da pesquisa bibliográfica, combinando a coleta de dados junto a pessoas, para se aprofundar no objeto da pesquisa.

Já o caráter exploratório da pesquisa se define pelo envolvimento de levantamento bibliográfico, observação e compreensão dos mais variados aspectos relativos ao objeto de estudo do pesquisador, familiarizando-o com o problema, trazendo clareza à questão trabalhada. Este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 2017).

A abordagem qualitativa põe em relevo a subjetividade do fenômeno a ser estudado, suas interpretações e significados que carregam, sendo este um processo indutivo de observação que considera a singularidade do sujeito (NASCIMENTO, 2016).

### **3.3 CENÁRIO DO ESTUDO**

Esta pesquisa teve como cenário o setor de Emergência Oncológica Pediátrica, do Instituto Nacional de Câncer, um serviço de referência no atendimento em Oncologia no município do Rio de Janeiro/RJ - Brasil. Importante salientar que esta é uma Instituição auxiliar do Ministério da Saúde que compõe o SUS e oferece serviços que compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer, além de atuar em

áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica (INCA, 2022b).

Tal instituição tem registrado como missão: “promover o controle do câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa” trabalhando com valores como: Ética e Transparência; Valorização dos profissionais; Humanização e Integralidade; Respeito; Responsabilidade social e ambiental; Equidade; Inovação e Excelência (INCA, 2022b).

Segundo Ferman, Gonçalves e Guimarães (2002), a Oncologia Pediátrica no Instituto Nacional do Câncer iniciou suas atividades em 23 de agosto de 1957, como uma unidade do Departamento de Medicina, pensada com o propósito de oferecer tratamentos especializados para tumores sólidos frequentes na infância, além de criar um ambiente adequado e necessário para a convivência social das crianças, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes. Hoje, a Oncologia Pediátrica faz parte da Seção de Oncologia Pediátrica, na qual a Emergência Pediátrica está inserida.

O setor da Emergência Pediátrica teve sua inauguração em 2009, e 10 anos depois, teve suas instalações revitalizadas. As melhorias incluíram o aumento da capacidade de atendimento com ganho de mais um leito (totalizando quatro), duas cadeiras para infusão de medicamentos, a adequação do posto de enfermagem, além de um novo consultório médico e um banheiro com chuveiro para os pacientes. A equipe também ganhou uma copa e uma área de descanso com sanitários. E as crianças foram contempladas com uma nova ambientação decorada com cores vivas do amanhecer e desenhos divertidos de animais (INCA, 2019).

Trazendo uma ideia física da estrutura do setor, sua localização está no térreo do edifício. É composto de um posto de enfermagem e quatro leitos para atendimento, sendo um deles reservado para situações extremamente graves onde se encontram um carrinho de parada cardiorrespiratória, monitores, um ventilador pulmonar fixo e um de transporte, além de todos os aparatos e instrumental caso seja necessário a realização de procedimentos mais invasivos. Todos os leitos dispõem de uma cama automática e uma cadeira reclinável para o acompanhante.

A dinâmica da assistência se inicia na recepção principal do Hospital, fora do setor. O paciente faz uma solicitação do atendimento e a recepção realiza o cadastro no sistema, entrega um boletim de atendimento e o orienta a se dirigir a Emergência Pediátrica, ao mesmo tempo em que providencia o prontuário do paciente e o entrega no setor. Ao chegar com o boletim, o paciente e seu familiar/acompanhante, são abordados pela enfermagem (enfermeiro ou técnico)

que então iniciam o processo do acolhimento. Não há hoje, um lugar específico determinado para a realização do acolhimento. Ele acontece em algum lugar do salão que disponha de cadeira e monitor para auxílio da avaliação clínica. Através da escuta ativa, é compreendida a necessidade do paciente. Também é realizada a verificação dos sinais vitais para melhor avaliação clínica e definição de classificação de risco pelo enfermeiro. Após concluída esta etapa, o paciente é direcionado para o atendimento médico.

A Emergência Pediátrica do INCA atende crianças, adolescentes e até alguns jovens que têm matrícula na Instituição. Isso ocorre porque apesar do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), definir como criança pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade, o câncer infantojuvenil compreende a faixa etária de 0 a 19 anos, justificado pela semelhança de comportamento dos tipos histopatológicos dentro de cada especificidade da doença, o que se torna de melhor compreensão e manejo clínico se for acompanhado pelo trabalho coordenado de todos os especialistas pediátricos, incluindo oncologistas pediatras, cirurgiões pediatras, radioterapeutas, patologistas, radiologistas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos (INCA, 2022a).

### 3.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo são os profissionais da equipe de enfermagem escalados para atuar dentro da Emergência Pediátrica Oncológica, cenário do estudo, a partir do início do ano de 2023.

Eles foram convidados a participar do estudo através de carta-convite, após solicitação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Junto à carta, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Os critérios para inclusão dos participantes na pesquisa foram:

① Ser profissional de enfermagem da Instituição em estudo que atua na Emergência Pediátrica;

Como critérios para exclusão, usei:

① Enfermeiros residentes, que não possuem vínculo empregatício na Instituição, por passarem pouco tempo no setor.

Ocorreu a entrevista de 11 funcionários do próprio setor da emergência, e um profissional pertencente ao quadro da enfermagem, mas que atuou na emergência pediátrica no

período do estudo. Para definição do número da amostra, foi verificado o quantitativo de funcionários oficialmente previstos em planilha de Escala de Serviço mensal no setor de Emergência Oncológica Pediátrica escolhido para o cenário do estudo, configurando atualmente o número de 13 funcionários, sendo 12 plantonistas e 01 diarista.

Como critério de saturação dos participantes da pesquisa, utilizei o esgotamento das possibilidades. Todos os funcionários disponíveis no período que atenderam aos critérios de inclusão foram entrevistados.

Pensando na reflexividade do pesquisador em relação a pesquisa, como também faço parte do grupo de profissionais do setor dentro da mesma categoria de enfermeiro assistencial, tentei conversar antes da entrevista procurando esclarecer meu lugar como pesquisadora, isenta de julgamentos ou avaliações que pudessem prejudicar ou impedir falas mais reais. Procurei manter o máximo de neutralidade, evitando dar opinião pessoal ou sugerir caminhos de pensamento.

### 3.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

No planejamento da estratégia de produção de dados, foi realizado, inicialmente, um levantamento da lista dos profissionais que se adequam aos critérios de inclusão da pesquisa com vistas ao alcance dos objetivos traçados. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista do tipo semiestruturada, utilizando como instrumento um roteiro de elaboração própria (APÊNDICE).

Com a relação dos possíveis participantes, foi feito um contato pessoal ou por meios digitais, no qual foram apresentados os objetivos do estudo, a metodologia com vistas à obtenção do consentimento e agendamento da entrevista em data e horário conforme a disponibilidade dos mesmos. Estas entrevistas poderiam acontecer em qualquer lugar acordado entre o pesquisador e o participante tendo como preocupação que fosse um local tranquilo, com mínimo de interferências, que permitisse ao participante se sentir à vontade para conversar sobre o assunto em pesquisa. Foi solicitada a gravação da entrevista com recurso digital após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) em duas vias, para posterior transcrição com o objetivo de legitimar os discursos dos participantes e facilitar a análise do conteúdo. Tais dados serão destruídos após cinco anos atendendo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A entrevista, como observa Coelho (2020), nada mais é que uma interação social entre o pesquisador e a pessoa entrevistada, direcionada para compreender um fenômeno, objeto da

pesquisa em andamento. A partir das compreensões e perspectivas das pessoas entrevistadas é que se forma a base de dados para posterior análise.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital em estudo, em local reservado e privativo para melhor interação entre pesquisador e entrevistado. Aconteceram entre os meses de 12/2023 e 04/2024 e tiveram tempo de duração, variando entre 7 a 30 minutos aproximadamente.

Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que Bardin (2011), autora referência neste tipo de técnica, a conceitua como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.” Tem por função primordial o desvendar crítico, buscando conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras.

A análise de conteúdo visa identificar e analisar dados que não podem ser quantificados, verificando a semântica dos dados para compreender a realidade do que está sendo ilustrado (COELHO, 2021).

Coelho (2021) ainda ressalta como principais características da análise de conteúdo:

- ⇒ Tem o intuito de buscar o verdadeiro sentido de uma mensagem;
- ⇒ Compara as mensagens considerando receptores diferentes ou situações diferentes que envolvam os mesmos receptores;
- ⇒ Orienta-se a partir de mensagens padronizadas;
- ⇒ Tem a finalidade de encontrar uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática/categorial, em consonância com as suas respectivas etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2016).

Na pré-análise, ocorreu a preparação do material para a análise propriamente dita. Inicialmente, as entrevistas gravadas foram transcritas e organizadas, diferenciando perguntas e respostas em cores diferentes para tornar mais fácil o entendimento. Cada entrevistado foi identificado com a categoria profissional pertencente e um número para manter o sigilo. Dessa forma, o primeiro técnico entrevistado foi identificado com a sigla (T1), assim como o primeiro enfermeiro foi identificado com a sigla (E1).

Com as entrevistas transcritas, foi feita uma primeira aproximação com o conteúdo das entrevistas, por meio de uma leitura “flutuante” dos dados brutos obtidos na coleta,

aproveitando para corrigir e melhorar pontuações e ortografia. Foram considerados *a priori* todos os elementos presentes nas falas dos participantes (BARDIN, 2016).

Quadro 4: Etapa Pré-análise

DADOS BRUTOS - ENTREVISTA TÉCNICO 2 (T2)
<p>Como você desenvolve o acolhimento, à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?</p> <p>⇒ <i>Então, aqui na emergência quando a criança chega com o seu familiar a gente tem uma visão da criança e seu estado geral percebendo já o que a criança tem e se dirige a mãe perguntando o que a criança tem. Se tem febre, se tem dor, mas já fazendo um olhar para a criança tentando buscar se há alguma anormalidade que precise de uma intervenção imediata. Quando não, a gente já faz avaliação de sinais vitais, pergunta pra mãe se essa criança teve febre, se fez quimioterapia há pouco tempo, se essa criança tem cateter, que são questões inerentes ao tratamento oncológico que podem interferir também no atendimento de emergência.</i></p>

Fonte: Material analítico da própria autora, 2023.

Na etapa seguinte, prossegui com a exploração do material.

Os dados brutos (transcrições) foram minuciosamente examinados linha por linha. Cada fragmento significativo foi identificado e codificado, resultando em unidades de registro (UR). Para organizar esses códigos, adotamos o esquema proposto por Sousa (2008), que atribui um número à entrevista, outro à ordem do código dentro da entrevista e um terceiro à página da transcrição. Essa estrutura numérica facilita a localização e a referência a trechos específicos. Por exemplo, o código 9.2.1 indica o segundo código da nona entrevista, encontrado na primeira página da transcrição. Identifiquei cada participante com uma cor para melhor visualização no momento da análise dos dados. O quadro a seguir ilustra o exposto com um recorte do material trabalhado.

Quadro 5: Etapa Exploração de material

ENTREVISTA 10	
DADOS BRUTOS	UNIDADES DE REGISTRO
<i>Bom, assim que o paciente chega, normalmente, como a nossa equipe é bem reduzida, cada um exerce uma função, quem estiver livre acaba fazendo esse acolhimento, ou técnico ou enfermeiro. Eu sempre... e o espaço é muito pequeno então você consegue escutar o que é feito.</i>	10.1.4 Descrevendo que o acolhimento é realizado pelo profissional que estiver mais disponível, técnico ou enfermeiro 10.2.4 Caracterizando o espaço como pequeno, o que permite escutar o acolhimento do outro profissional.

Fonte: Material analítico da própria autora, 2023.

A terceira e última etapa de análise, consistiu no tratamento dos resultados e interpretação, seguindo os conceitos de Bardin (2016). Esta etapa foi dividida em duas partes: na primeira, as unidades de registro foram submetidas à análise comparativa e foram agrupadas

em eixos temáticos levando em conta suas similaridades. Para tornar mais fácil o entendimento e visualização, deixo abaixo um recorte deste momento do processo de análise.

Quadro 6: Etapa Tratamento dos resultados - Parte 1

Unidades de registro	Eixos temáticos
<p>1.1.1. Caracterizando o setor como pequeno.            1.9.1. Referindo não ter uma sala específica para fazer a triagem, acolhimento            2.33.5 caracterizando o setor como pequeno e descrevendo número de leitos e macas para atendimento.            2.43.5 caracterizando novamente o setor como pequeno e descrevendo a formação da equipe (1 técnico e 1 enfermeiro) como muito reduzida.            3.16.7 Falando que a queixa de dor é uma das mais frequentes.            3.35.9 Declarando sobre o fluxo de atendimento ser contínuo, e executável.</p>	<p>Descrevendo o contexto</p>
<p>1.3.1. Dirigindo-se primeiro a mãe no atendimento na emergência oncológica            1.4.1. Questionando a mãe o motivo da vinda à emergência e o que a criança está sentindo            2.2.2 Dizendo que se dirige à mãe fazendo perguntas, ao mesmo tempo que avalia a criança pra ver se há alguma gravidade que necessite de uma intervenção mais imediata.            2.4.3 Dizendo que todas as categorias podem fazer o atendimento inicial.            3.1.7 Afirmando receber o paciente com sorriso.            3.3.7 Relatando questionar sobre o motivo do atendimento</p>	<p>Descrevendo o acolhimento</p>

Fonte: Material analítico da própria autora, 2023.

No segundo momento, os eixos temáticos também foram aproximados dando origem às categorias, nas quais a pesquisa se baseou para fazer a avaliação e interpretação final dos resultados (BARDIN, 2016).

A associação dos eixos temáticos e a consequente criação de categorias representam um passo crucial na análise de conteúdo. Essa etapa permitiu organizar e estruturar os dados de forma mais eficiente, facilitando a identificação de padrões e tendências. Ao agrupar elementos similares sob categorias específicas, foi possível obter uma visão mais clara e abrangente do material analisado, o que contribuiu para a construção de uma interpretação mais sólida e fundamentada.

Abaixo, encontra-se o quadro resultado desta etapa.

Quadro 7: Etapa Tratamento dos resultados - Parte 2

<b>EIXOS TEMÁTICOS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Criança com câncer (14 UR)</li> <li>→ Percebendo a família da criança com câncer (15 UR)</li> </ul>	<b>A criança com câncer e sua família: perspectivas sociais e emocionais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Descrevendo o contexto (50 UR)</li> <li>→ Fatores dificultadores para o acolhimento (56 UR)</li> <li>→ Fatores que facilitam o acolhimento (45 UR)</li> </ul>	<b>Descrevendo o contexto do acolhimento associando os fatores intervenientes da sua prática na emergência oncológica pediátrica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Organização do processo de acolhimento (49 UR)</li> <li>→ Descrevendo o acolhimento (164 UR)</li> <li>→ Classificação de risco – resultado do acolhimento (19 UR)</li> <li>→ Atribuindo significado ao acolhimento (21UR)</li> <li>→ Definição pessoal para acolhimento (47 UR)</li> <li>→ Desvelando sentimentos (76 UR)</li> </ul>	<b>Acolhimento: desvelando significados, processos e sentimentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Percepção do processo (57 UR)</li> <li>→ Propostas para melhoria do processo do acolhimento (32 UR)</li> </ul>	<b>Percepção do acolhimento: apontando caminhos possíveis</b>

Fonte: Material analítico da própria autora, 2023.

Com este quadro pronto, os resultados foram construídos. A princípio, identifiquei quais eixos temáticos foram usados para compor cada categoria. Uma a uma, para cada categoria foi feita leitura de todas as unidades de registros novamente e registrado o que elas revelavam de forma mais significativa, exemplificando com algumas frases dos participantes.

Reforça-se que os resultados foram discutidos à luz do Interacionismo Simbólico, perspectiva teórica que trabalha a ideia de que as pessoas constroem seu mundo com base nos significados que atribuem as coisas, fato que possibilita compreender o modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e, como o processo de interpretação, conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Estes mesmos autores consideram o Interacionismo Simbólico uma das abordagens mais adequadas para estudos de mobilização de mudanças de opiniões, comportamentos, expectativas e exigências sociais.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, instituição proponente, como também da Instituição co-participante, utilizando da tecnologia da Plataforma Brasil, respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde nos seus princípios e diretrizes.

Aos participantes, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias e, em respeito a resolução 510/16, em seu artigo 9º, foram obedecidos as seguintes diretivas: “ I - ser informado sobre a pesquisa; II - desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo; III - ter sua privacidade respeitada; IV – ter garantida a confidencialidade das informações pessoais; V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública; VI – ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e VII – o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.”

Dentre outros direitos que tratam a resolução, de igual maneira, na resolução 466/12, em seu parágrafo III, que trata da eticidade da pesquisa, dentro dessa perspectiva, vale citar este parágrafo da resolução acima:

III.1 - A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária.

Nesses parágrafos citados e nos demais que compõem as resoluções 466/12 e a 510/16, as diretivas serão fidedignamente seguidas, respeitando todos os preceitos e trazendo dignidade ao presente estudo científico. Todos os participantes do estudo serão informados sobre seus direitos enquanto atuantes na pesquisa, o direito de negar-se a responder algum questionamento e de desistir de participar da pesquisa, assim como os riscos atribuídos ao ato da pesquisa e da confidencialidade dos dados.

Neste caminho metodológico da pesquisa, pretendeu-se alcançar os objetivos propostos e agregar conhecimentos para a Enfermagem Pediátrica Oncológica, aperfeiçoando a prática do acolhimento nos serviços de Pronto Atendimento Infantil Oncológico, a partir da mudança de pensamentos e, conseqüentemente, de comportamentos.

Cabe ressaltar que este estudo foi desenvolvido com base no *guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*, almejando melhor rigor metodológico para alcançar uma robustez com o conteúdo trazido pela pesquisa através da verificação da contemplação dos principais critérios de qualidade para uma pesquisa qualitativa.

## 4 RESULTADOS

Foram realizadas 12 entrevistas com funcionários pertencentes ao quadro de profissionais de enfermagem do Complexo Pediátrico do Instituto Nacional do Câncer.

Alguns participantes ficavam mais à vontade para falar do assunto. Outros se reservavam a responder o que era perguntado. Início abaixo a apresentação dos resultados:

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Para melhor entendimento e clareza na caracterização dos participantes, deixei o registro em forma de tópicos. Antecipo que dos 12 entrevistados, apenas um funcionário não é lotado no setor em estudo, mas no setor de enfermagem pediátrica. Em relação a (ao):

✿ Sexo	Predominou o sexo feminino (♀), apenas um enfermeiro do sexo masculino (♂) foi entrevistado.
✿ Categoria profissional	⇔ Participaram 08 técnicas de enfermagem e 04 enfermeiros.
✿ Tempo de formação	⇔ Para os técnicos, variou entre 14 e 29 anos. ⇔ Para os enfermeiros, entre 17 e 21 anos de formação.
✿ Tempo de atuação na Instituição	⇔ Variou entre 08 e 22 anos.
✿ Tempo de atuação na Emergência Pediátrica Oncológica	⇔ Variou entre 08 e 09 meses (apenas duas entrevistadas) e o restante entre 08 e 15 anos de experiência no setor em estudo.
✿ Escala e turno de trabalho	⇔ Participaram 01 diarista e 11 plantonistas de serviços de 12h. Sendo os plantonistas, 06 do serviço diurno e 05 do serviço noturno.

### 4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após leitura cuidadosa e análise criteriosa do conteúdo das entrevistas definindo unidades de registro, seguida do seu agrupamento em assuntos congêneres formando os eixos temáticos, chegamos por último a criação das categorias a serem analisadas, a saber:

#### 4.2.1 CATEGORIA: A CRIANÇA COM CÂNCER E SUA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

Esta categoria abrange 02 eixos temáticos e versa sobre os aspectos sociais e emocionais vivenciados pela criança e sua família.

Em relação à **criança com câncer**, os participantes percebem sentimentos de medo, ansiedade e tensão ao entrarem para o atendimento.

*"Ali ela fica até com medo. Já tem criança que chega e diz "não quero que me fure, eu não quero ser furada", aí já começa a chorar [...] A criança já entra tensa." (T1)*

*"A criança, ela não tem muita noção do que está acontecendo com ela. Ela geralmente vem com a queixa de dor ou febre, o medo, a ansiedade da questão da internação" (T2)*

*"Deixo ele falar as queixas dele, as angústias também, porque eles também além das queixas, as queixas algicas, eles vêm com essas questões, essa ansiedade, o medo, um conjunto de sentimentos." (T3)*

Em **percebendo a família da criança com câncer**, compreende-se que o familiar também é acolhido e seus sentimentos são percebidos pelos profissionais de enfermagem, tanto na perspectiva emocional quanto na social, pois assim como as crianças, também expressam sua ansiedade e apreensão no momento das intercorrências, demonstrando sua vulnerabilidade e a importância de um cuidado integral.

*"O familiar, principalmente, ele vem com uma questão de ansiedade um pouco maior. Então, a gente enquanto profissional tenta acolher um pouco mais esse familiar [...] essas famílias chegam aqui com uma carência muito grande" (T2)*

*"Eu sei que é uma ajuda que a mãe dessa criança precisa, de uma equipe, de uma ajuda e aí nem sempre dá para mãe vir porque ela tem outros filhos em casa, então tem que ter uma rede de apoio mesmo" (T3)*

*"Porque aquela mãe, quando ela chega, ela chega apreensiva, muito inclusive. Então a gente precisa, nós enquanto profissionais, faz parte do nosso trabalho acalmar" (E2)*

*"Os pacientes que chegam para gente nem sempre é somente pela doença. Por desajuste familiar, por falta de responsabilidade, por falta de adesão terapêutica, muita das vezes, a higiene precária, alimentação inadequada, o tipo, a moradia, o local de deslocamento, então isso tudo são fatores que interferem" (E4)*

#### 4.2.2 CATEGORIA: DESCRREVENDO O CONTEXTO DE ACOLHIMENTO ASSOCIANDO OS FATORES INTERVENIENTES DA SUA PRÁTICA NA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

Esta segunda categoria foi formada a partir do eixo temático: **descrevendo o contexto**. Somando aos eixos: **fatores dificultadores e fatores facilitadores** para a realização do processo de acolhimento na visão dos profissionais que a executam.

Este primeiro eixo já é rico em informações e apresenta o contexto de trabalho do setor em estudo em seus diversos aspectos, a saber: características físicas do ambiente, perfil da equipe de trabalho, particularidades sobre o fluxo de atendimento, especificidades do tipo de serviço prestado. De forma mais superficial, traz as queixas mais frequentes e de forma mais enfática, expõe o principal incômodo dos funcionários para realização do acolhimento, qual seja: a falta de um lugar adequado para a abordagem da criança e sua família.

Os participantes descreveram como características físicas do ambiente: espaço pequeno, composto de 04 leitos, 02 macas, cadeiras para atendimentos rápidos e um consultório como extensão de leito. As falas a seguir ilustram tais definições:

*"A nossa emergência, ela é muito pequena. Nós dispomos de quatro leitos. São quatro boxes, uma maca de atendimento, um leito a gente compartilhou com uma maca e uma cama e temos duas cadeiras para atendimento." (T2)*

*"Como é um setor pequeno, é ruim quando o paciente chega e o setor já está cheio. Muitas das vezes a gente não tem mais cama para ele [...] o consultório, ele virou o quê? Uma extensão de leito, né? Ele virou uma extensão da emergência pediátrica, a gente tem quatro leitos lá dentro e no consultório a gente coloca duas macas, então são seis leitos, virou uma extensão" (T3)*

*"Se o setor tá muito cheio, muito cheio, não tem espaço lá dentro, que é um espaço pequeno, aí tem umas cadeiras aqui fora" (T8)*

*"Existem umas cadeiras que a gente usa, às vezes, pra fazer coisas rápidas, nebulização, medicação rápida" (E1)*

*"E o espaço é muito pequeno, então você consegue escutar o que é feito." (E2)*

Quanto ao perfil da equipe de trabalho, foi mencionado sua composição reduzida, sendo formada por apenas um enfermeiro, um técnico e um médico, conforme exposto a seguir:

*"Aqui na emergência a gente é um setor muito pequeno: é um técnico, um enfermeiro só, então talvez a equipe muito reduzida também dificulte a nossa vida," (T2)*

*"A nossa equipe é reduzida aqui. Então, eu não sei se a gente teria uma equipe adequada," (T6)*

*"A minha equipe, sou eu e uma técnica, a equipe daqui é assim"(E2)*

Foi explicado a relação entre a especificidade do tipo de serviço prestado e o fluxo de atendimento mostrando que por ser uma emergência oncológica pediátrica fechada, ou seja, só atender crianças matriculadas na Instituição, a demanda de atendimento tende a ser baixa.

*"A nossa emergência é uma emergência fechada, uma emergência interna" (T3)*

*"De uma maneira geral, o nosso volume de atendimento ele não é muito grande porque a gente só atende paciente matriculado [...] A nossa demanda de uma maneira em geral ela é baixa, comparada com serviços aí de fora porque a gente só atende um número restrito de pacientes, só os que têm matrícula na instituição" (E1)*

Também foram mencionadas as queixas mais prevalentes no serviço, quais sejam: a dor e a febre.

*"Infelizmente, a dor é uma das queixas, assim, que batem recorde aqui," (T3)*

*"Tá com febre, tem cateter, que é a nossa demanda principal, geralmente." (T8)*

No entanto, o aspecto mais notável desta categoria foi a unanimidade entre os participantes quanto à ausência de um espaço apropriado para o acolhimento.

*"A gente não tem uma sala específica para fazer a triagem, acolhimento, tudo isso que a gente deveria fazer numa salinha reservada, a gente faz ali no meio do salão mesmo, da emergência." (T1)*

*"Todo local que é emergência existe uma sala de acolhimento, uma sala em que você avalia o paciente, vê os sinais vitais, faz uma classificação, uma classificação de urgência, aqui a gente não tem esse local infelizmente." (T2)*

*"A gente faz isso dentro do setor, mas assim, não existe um local específico, uma salinha, você está querendo, de repente, você está pensando na salinha bonitinha, com a plaquinha, salinha do acolhimento, infelizmente nós não temos. Então tudo isso a gente faz ali dentro do setor. E dá pra fazer." (T3)*

*"Não existe uma sala para esse atendimento, ele entra na emergência, no mesmo ambiente em que ele ficaria internado, se ele fosse ficar internado ou que ele fosse ficar em observação" (E1)*

*"Não tem um ambiente confortável para você poder fazer um atendimento de uma classificação de risco" (E2)*

*"A gente não tem um setor, a gente não tem uma área que é para fazer o acolhimento e a classificação. Essa classificação é feita dentro do mesmo ambiente em que as crianças ficam em observação ou ficam internadas." (E3)*

*"Na própria emergência. Se ela estiver vazia, perfeito. Mas se ela não estiver vazia, ela, eu não disponibilizo [...] e esse é dos questionamentos que me incomoda, em relação à privacidade." (E4)*

Em **fatores dificultadores** para o acolhimento, foram citados, principalmente: a falta de um lugar adequado, reservado, privativo que permita uma interação entre o profissional e a família sem interferências; e a composição reduzida da equipe, que acaba por prejudicar a atenção dada à criança e seu familiar, pois o profissional não é exclusivo para esta atividade e precisa se dividir em outras responsabilidades.

"É não ter um lugar próprio para você acolher a criança, uma salinha reservada, entrevistar a mãe, conversar com a criança, [...] você não tem um lugar reservado só para eles, para gente conseguir fazer a nossa entrevista da melhor forma possível." (T1)

"A equipe muito reduzida também dificulta a nossa vida, a gente não tem como se revezar em determinadas situações [...] Nós entendemos também as nossas limitações que é a questão de espaço, a redução da equipe, as limitações, infelizmente, nós somos um hospital grande, um hospital geral e que não tem os espaços específicos próprios para a criança." (T2)

"Isso realmente faz falta, ele chegar no meio do caos, a emergência cheia, você não ter onde triar esse doente, você triar ele ali no meio de todo mundo e muitas vezes está o médico falando com o pai, aí a mãe tá pedindo uma outra coisa, uma outra mãe que não tem nada a ver com aquela situação, e a criança: Tia bota um desenho! Fica uma coisa assim confusa." (T3)

"Eu acho que o que dificulta é não ter um local adequado para isso, para fazer. Ele acontece no meio da emergência onde, eventualmente, a gente tá com uma demanda de um paciente maior e a gente tem que fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Isso é ruim." (E1)

"Às vezes, quando uma criança chega para ser atendida, para ser acolhida, esses profissionais da equipe que já é reduzida, ela está prestando cuidados aos outros pacientes que estão internados ou em atendimento na emergência, [...] Então é tudo feito dentro desse mesmo ambiente. Isso para mim é uma coisa que influencia negativamente nesse processo de acolhimento, porque muitas vezes, o familiar ou a criança ou o adolescente ele deixa de relatar alguma questão, justamente por ele se sentir constrangido, porque tem outras pessoas ao redor." (E3)

Ao serem questionados sobre os **fatores que facilitam** o processo do acolhimento, os participantes citaram com bastante frequência a disponibilidade de equipamentos de qualidade que auxiliam uma boa avaliação clínica e, conseqüentemente, uma tomada de decisão mais acertada.

"A gente tem monitores multiparâmetros, carrinho de sinais vitais, isso ajuda bastante na avaliação dos pacientes quando eles chegam, a gente consegue fazer a triagem desses pacientes com mais facilidade, mais tranquilidade." (T2)

"Na questão clínica, o nosso material é o nosso facilitador. Realmente o monitor que a gente tem multiparâmetro, ele ajuda muito [...] Ele agiliza, ele nos dá segurança, enquanto a gente vê clinicamente ou faz uma ausculta, ou coloca um termômetro, já tem ali um monitor já dando para você em tempo real os parâmetros, então ele é o facilitador do acolhimento [...] Boa qualidade, fica a mão e todo mundo usa. Ele é o facilitador." (T6)

"A gente tem um monitor multiparamétrico aqui, móvel, que facilita muito o nosso trabalho nesse sentido." (E1)

"Então a gente tem aqui um aparelho portátil, um monitor portátil e a gente consegue rapidamente aferir os sinais vitais dessa criança e isso facilita demais a nossa intervenção." (E2)

Também foram lembrados como facilitadores: o boletim de atendimento confeccionado na recepção, o entrosamento da equipe e a boa comunicação com o familiar.

*"Na recepção eles fazem um boletim de atendimento, isso nos ajuda bastante. Porque ele já vem com dados ali principais do paciente como matrícula, nome e aí a gente recebe esse boletim. [...] Então isso facilita bastante o nosso atendimento, que aí chegando esse boletim até a gente, a gente vai preencher exatamente com os dados relacionados ao que a criança apresenta de clínica no momento." (T7)*

*"O que facilita, eu acho que esse fluxo de organização, ajuda muito a criança a chegar com a ficha já pré-estabelecida com nome, com horário, acho que isso facilita muito para gente colocar no sistema, na planilha." (T8)*

*"Ele é importante para gente porque nesse boletim já vem a localização do prontuário, o próprio profissional que faz o boletim lá na recepção solicita o prontuário para gente, isso ajuda para gente ter outras informações do paciente," (E1)*

*"O que facilita eu acho é o entrosamento da equipe, tanto dos médicos quanto do enfermeiro, quanto do técnico que estão ali no momento" (T4)*

No entanto e de forma bem curiosa, parte da equipe, trouxe a discussão que os mesmos fatores que acreditam ser dificultadores para o processo de acolhimento, são também facilitadores se forem olhados por outra perspectiva. O espaço pequeno permite que se tenha uma visão rápida de todo o contexto. Nessa direção, a equipe reduzida acaba por estabelecer vínculo de confiança e segurança entre a criança e o profissional que faz o primeiro atendimento e segue na assistência.

*"Nós somos uma equipe pequena, o espaço sendo menor, isso faz com que a gente tenha uma visualização melhor do setor e o paciente quando adentra a porta, a gente já consegue também ter uma visão de tudo que está acontecendo [...] Então assim, é uma situação de grande dualidade." (T2)*

*"Eu acredito que tanto para informação, pro fluxo de informação, quanto para segurança que o paciente tem na gente, quanto a nossa segurança de estar executando aquela ação é melhor porque você já pegou o paciente, você mesmo acolheu as queixas, então você já está atento a tudo aquilo que a pessoa te relatou [...] E você mesmo viu os sinais vitais, você mesmo deu aquele primeiro atendimento a criança e está dando prosseguimento [...] Então facilita muito, facilita a tomada de decisão" (T6)*

*"Então a mesma coisa que dificulta, facilita. Porque se, por exemplo, a mesma equipe que está ali atendendo as intercorrências, atendendo a emergência dos pacientes que estão em observação ou internados no setor, se elas tivessem que se desprender para um outro ambiente, uma sala segregada, ela ia deixar de prestar essa assistência." (E3)*

#### **4.2.3 CATEGORIA: ACOLHIMENTO - DESVELANDO SIGNIFICADOS, PROCESSOS E SENTIMENTOS.**

Esta categoria apresenta, especialmente, o contexto simbólico do processo de acolhimento ao aprofundar-se em suas múltiplas dimensões. Foi construído a partir de 06 eixos

temáticos que versavam sobre: organização, descrição do processo com as estratégias de ação e interação, classificação de risco, atribuição de significados, definição pessoal e a expressão de sentimentos.

No que tange à **organização** do processo do acolhimento foi revelado que apesar de não haver um protocolo oficial e padronizado para essa prática, as equipes desenvolvem suas atividades de forma similar, seguindo roteiros elaborados pela própria equipe.

*"Foi um processo contínuo criado dentro da emergência. Ainda não está estabelecido porque não se criou uma rotina escrita. Porém, todos os funcionários a partir de tudo que já foi, tudo que é realizado no dia a dia, os profissionais acreditam que assim, por repetição e porque tem dado certo, todos fazem o mesmo processo." (T2)*

*"Eu acho que todo mundo faz de uma forma bem parecida porque eu realmente não sou da emergência, sou do andar, mas sempre que eu venho eu vejo que as pessoas, a maioria, fazem da mesma forma" (T5)*

*"Não existe um protocolo. Eu não recebi um treinamento de, exatamente, como que é feito. Então, o que a gente faz, o conjunto de coisas que eu, o enfermeiro, todo mundo exerce aqui é baseado na nossa experiência aqui dentro da emergência, na nossa experiência de pediatria, de oncologia, é até variável dependendo da equipe que trabalha com a gente" (T6)*

*"Em relação a rotina, ela acaba sendo feita parecida, só que cada profissional tem sua peculiaridade e cada paciente tem sua particularidade" (E1)*

*"O fluxo aqui na emergência, ele é definido, ele é um fluxo definido pelos profissionais. A maior parte dos profissionais fazem da mesma forma" (E3)*

Em relação às **estratégias de ação e interação** utilizadas no processo de acolhimento, foi descrito que a maioria dos profissionais se dirigem à mãe, ou ao responsável questionando o motivo do atendimento, acreditando que eles consigam verbalizar com mais clareza o problema a ser verificado.

*"A gente pergunta para mãe qual o motivo da vinda para emergência, o que a criança está sentindo, primeiro a gente entrevista a mãe. E tem algumas crianças que falam também, que conseguem falar e dizer o que elas estão sentindo, mas na maioria das vezes é a mãe que consegue dar a minuciosidade do que as crianças estão sentindo." (T1)*

*"E a criança por si só, ela não responde sozinha, ela precisa da mãe pra poder fazer ou responder por ela." (T2)*

*"Procuro ouvir de maneira branda, suave, as queixas dele e da mãe porque o nosso paciente como é pediátrico, muitas vezes, eles não conseguem descrever detalhadamente pra gente. Então, procuro ouvir a mãe, mais a mãe do que até a própria criança." (T3)*

Os participantes também resumiram as etapas do acolhimento em duas ações principais a serem executadas como **estratégias de ação e interação**:

- ① Dialogar com a família para entender melhor a situação do problema e;

② Realizar avaliação clínica com verificação de sinais vitais, como se percebe com as falas a seguir:

*"Já prefiro perguntar o quê que levou a mãe trazer a criança e vejo os sinais vitais dela. É isso que eu costumo fazer de início, a não ser que ela chegue com uma outra demanda pra gente, que a gente vai fazer de outra forma [...] Eu sento a criança na cadeira pra ver os sinais vitais" (T1)*

*"É nessa hora que a gente chega e pergunta pra mãe o quê que houve com a criança. Se foi febre, se foi dor, qual é a queixa principal. E faz a avaliação dos sinais vitais, colocando a criança num leito ou na maca de atendimento [...] O que a criança está sentindo, qual foi a queixa, se fez quimioterapia, quanto tempo, se tem cateter, todas essas perguntas. Isso é um processo inerente a todos os profissionais que atuam aqui na emergência." (T2)*

*"Esse é o nosso primeiro contato e a gente pergunta o motivo do atendimento, há quanto tempo está sentindo isso, o quê que aconteceu, se poderia ter vindo antes, e ali a gente verifica os sinais vitais [...] Sempre existe um roteiro de perguntar: qual é o motivo desse sentimento, aferir sinais vitais e dar um destino para essa informação." (T6)*

*"A gente tem por rotina aqui a avaliação dos sinais vitais de todos os pacientes que a gente atende." (E1)*

*"A gente verifica os sinais vitais, vê se tem algum sintoma, algum sinal que esteja fora dos padrões de normalidade e eu observo também todo o estado geral da criança," (E3)*

Outro ponto destacado, como **estratégias de ação e interação**, foi a diferença na conduta para dar o melhor direcionamento e acomodar a criança de acordo com sua necessidade.

*"Chega com uma febre, chega com a pressão muito baixa, a gente já vai e já coloca no leito, já é um outro tipo de abordagem." (T1)*

*"Se foi uma febre e vai precisar ativar um cateter a gente já direciona para maca. Se foi algo mais simples que, uma irritação de garganta, um controle, a gente vê os sinais vitais e sabe que ela vai poder aguardar do lado de fora, não vai precisar deitar em algum leito" (T2)*

*"Após essa avaliação visual e essa parte que eu faço de avaliação dos sinais vitais, eu decido se ele vai aguardar lá fora o atendimento, se eu vou acomodá-lo numa maca para deixá-lo mais confortável ou numa cama, se eu ver a possibilidade de ficar internado, ou alguma limitação ou desconforto" (E1)*

*"Pergunto pra mãe tudo que aconteceu pra eu poder traçar a conduta, de onde eu vou alocar melhor a criança pra que a gente possa iniciar a assistência." (E2)*

Por último, no tocante as **estratégias de ação e interação**, foi ressaltada a importância de um olhar clínico e perspicaz do profissional ao realizar esse primeiro atendimento, para perceber situações de maior gravidade que necessitem de intervenção mais rápida e eficaz.

*"Mas já fazendo um olhar para a criança, tentando já buscar se há alguma anormalidade que precise de uma intervenção imediata [...] é algo que a gente precisa ter uma perspicácia mesmo, que a gente já está acostumado a fazer aqui na emergência." (T2)*

*"Eu acho que é importante você olhar pro paciente. Mas você olhar com aquele olhar clínico ... você com um certo conhecimento, pelo seu tempo de experiência, [...] Eu acho que esse olhar clínico ele é importante e é fundamental. Que a gente tem que ter esse olhar clínico." (T3)*

A respeito da **classificação de risco**, que sucede o acolhimento, foi destaque a dificuldade dos participantes para sua realização.

*"Eu tenho total dificuldade em fazer essa classificação porque enfim, como eu disse, ainda tem pouco tempo que eu estou aqui. Então não está assim na minha cabeça bem estabelecido" (E2)*

*"Em alguns momentos eu tenho dificuldade, e às vezes também discordo com algumas coisas da classificação." (E3)*

*"Tenho, tenho dificuldade, porque por falta de espaço a gente não consegue fazer um exame físico adequado, uma escuta adequada, então acaba dificultando." (E4)*

Ao serem provocados a pensar no **significado** do processo do acolhimento, os participantes verbalizaram diferentes entendimentos, trazendo ideias de segurança, qualidade, compromisso, percepção, direcionamento, disponibilidade e conforto.

*"A mãe, o pai da criança, eles precisam ter segurança no nosso trabalho" (T1)*

*"A prática do acolhimento significa atender com eficiência, qualidade e dedicação." (T2)*

*"O significado disso pra mim é: eu poder, ou seja, poder não, tentar passar um pouco do que a criança está sentindo, do que aquele familiar está sentindo, que nem sempre é a fala da criança [...] é a vontade que a gente tem de ajudar, o compromisso com o trabalho" (T5)*

*"Significa muito, muito mesmo porque normalmente os pais chegam muito angustiados. E a gente como profissional, a gente tenta de uma certa forma aliviar um pouco essa angústia, então pra mim tem muito significado, estar acalentando, falando que: calma, que vamos esperar, vamos colher os exames, vão ver se está tudo certinho, pra mim é importante sim." (T7)*

*"Tem muito significado porque esse primeiro atendimento ele vai ser norteador pra mim. Pra eu saber se eu posso ficar tranquilo em relação a essa paciente ou se eu tenho que aumentar a minha atenção em relação a ele." (E1)*

*"Um acolhimento bem-feito, direcionamento vai ser mais adequado, a conduta tende ser mais assertiva, então eu acho fundamental o acolhimento" (E1)*

Ao formular a **definição pessoal** do conceito de acolhimento, os entrevistados apresentaram diferentes concepções, demonstrando a complexidade e a riqueza desse conceito na prática, emergindo ideias sobre carinho, orientação, cuidado integral, fazer o bem, humanização, empatia, triagem, direcionamento e escuta.

*"É o que já está na palavra acolher. A gente vai acolher, vai dar carinho, a gente vai orientar. É isso que eu entendo por acolhimento." (T1)*

*"O acolhimento é você ter uma visão geral do paciente e da sua família" (T2)*

*"Acolhimento pra mim é você fazer o bem [...] É você se doar de uma certa forma." (T3)*

*"Para mim, o acolhimento é uma triagem, pra gente entender como que a gente vai proceder com a criança a partir dali." (T4)*

*"Acho que o acolhimento bem definido é a palavra humanização, é você se colocar no lugar do outro, ter empatia, de ter uma escuta ativa, sem julgamentos de nada" (T8)*

*"Para mim o acolhimento ele é uma bússola pro profissional da saúde porque ele vai direcionar" (E1)*

*"Acho que é humanização. Você acolher de forma humanizada, você ter uma escuta ativa, você ter empatia, se colocar no lugar daquela família que vem, e oferecer a privacidade pra ela" (E2)*

*"Acolhimento pra mim, dentro da emergência oncológica pediátrica é você estar aberta pra escutar. A escuta pra mim é um fator, é um divisor de águas. É se permitir escutar. Porque muitas vezes a escuta te traz algo muito mais preciso do que a própria clínica da criança." (E4)*

No âmbito da categoria em tela, tem-se os diferentes **sentimentos** expressados a partir das vivências pessoais, revelando a subjetividade e a singularidade de cada experiência profissional. Emergiram os sentimentos de utilidade, bem-estar, gratidão, tristeza, compaixão, ansiedade e satisfação.

*"Eu me sinto muito útil fazendo o que eu faço." (T1)*

*"Sanar a dor física, a dor emocional, isso me faz bem, e isso que me motiva a vir pra cá todos os dias" (T2)*

*"É assim, um sentimento de gratidão tão grande, tão enorme que eu pelo menos, eu penso comigo, eu acho que é por aí" (T3)*

*"Então, acho que o primeiro sentimento que eu sinto, às vezes, quando eu vejo, é tristeza, fico triste porque muitas vezes os pacientes estão aqui todos os dias [...] eu fico com sentimento de tristeza e de compaixão também." (T7)*

*"Eu fico ansiosa porque tenho medo de não estar sendo assertiva" (T8)*

*"A gente sente satisfação sim. Uma satisfação profissional [...] quando a gente consegue conduzir todo o processo e tudo ocorre bem, a gente consegue ... resolver a questão da criança, a gente sente uma satisfação profissional sim." (E3)*

#### 4.2.4 CATEGORIA: PERCEÇÃO DO ACOLHIMENTO: APONTANDO CAMINHOS POSSÍVEIS

Esta última categoria foi construída com o auxílio de dois eixos temáticos que refletem a **percepção** do processo de acolhimento desenvolvido pelos próprios participantes da pesquisa e suas **propostas de melhoria**.

Ao serem instigados a refletir sobre o processo do acolhimento e analisar se estava adequado ou não, a grande maioria avaliou de forma negativa, pontuando principalmente a falta do lugar reservado e privativo como o ponto chave para a não adequação.

*"Adequada? Eu acho que assim, ela está atendendo a nossa demanda. Ela poderia ser um pouco melhor se a gente tivesse um local mais acolhedor, um local, um box somente para o acolhimento, por exemplo." (T2)*

*"Adequada [...] eu vou te falar, talvez não por falta desse espaço. Esse espaço específico." (T3)*

*"Se tivesse um local adequado, um profissional só para isso, eu acho que seria melhor, o paciente seria melhor visto" (E1)*

*"Não, não acho que esteja adequada, não acho que você atender no balcão, no mesmo ambiente de emergência, principalmente em pediatria. Fazer esse acolhimento, fazer essa classificação dessa criança, ela ficar esperando, às vezes, nesse mesmo ambiente que têm crianças mais graves que às vezes, não é o caso dela. Não acho isso adequado. Não acho que ela tem que entrar direto nesse ambiente da emergência porque, às vezes, ela vai ver uma intercorrência, vai ver uma criança grave, vai ver você fazendo manobras de ressuscitação, ela vai se deparar com uma situação mais grave sem necessidade, então não acho que é adequado, definitivamente não é." (E3)*

No entanto, eles entendem que o serviço prestado é de qualidade, os profissionais são bons e o acolhimento é realizado da melhor maneira possível.

*"O nosso paciente, ele é muito bem atendido, isso é um reflexo inclusive na fala das mães, dos nossos pacientes aqui [...] Eles falam que aqui é tranquilo, é um setor que eles se sentem acolhidos, eles se sentem bem-vistos aqui embaixo, então assim a gente sabe que promove um bom serviço" (T2)*

*"Olha eu sinto tanto meu, quanto da outra equipe, um comprometimento muito grande, uma vontade muito grande de fazer dar certo, agora a questão do estar adequado, o que eu sinto, o que me parece que falta, é o fluxo e o local. Então isso tudo que eu já lhe falei faz com que não me pareça cem por cento adequado. A intenção é boa. Os profissionais são bons. Falta um roteiro e falta um local." (T6)*

*"Eu acho que as pessoas tentam fazer o máximo como eu falei para dar o conforto pra criança, para ter a escuta ativa, sem julgamentos," (T8)*

Como proposta de melhoria surgiu a aquisição de uma sala reservada para realização de um acolhimento mais privativo e confortável para as famílias, e não poderia ser diferente, já

que este foi o fator indicado também na pesquisa como o que mais incomoda ou atrapalha os profissionais em atuação.

*"Então, deveria ter uma sala reservada propriamente para isso, para gente triar a criança." (T1)*

*"Se houvesse um local privativo seria muito melhor. Desde que tivesse também uma equipe para que se atendesse adequadamente." (T2)*

*"Seria ótimo a gente ter uma salinha de acolhimento." (T3)*

*"Se realmente tivesse um lugar mais privado para fazer esse acolhimento a pessoa conseguiria ter mais facilidade de falar" (T5)*

*"Acho que essa questão do acolhimento em primeiro lugar é ele ser um local privativo e que ofereça conforto para aquela criança." (E2)*

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

---

Os resultados obtidos nesta pesquisa desvelam toda a atmosfera de uma emergência oncológica pediátrica e revela como a estratégia do acolhimento realizado pela enfermagem na chegada da criança e do seu familiar/acompanhante, se insere modificando sentimentos, apontando destinos, criando vínculos de segurança e empatia indo muito além de somente definir prioridade da assistência baseado nos critérios de gravidade.

Discutir os dados obtidos ajuda a tornar a pesquisa mais completa e aprofundada, contribuindo para a valorização do acolhimento como estratégia fundamental na assistência oncológica pediátrica, a partir da sua análise crítica e pensada com rigor científico.

### 5.1 A CRIANÇA COM CÂNCER E SUA FAMÍLIA: PERSPECTIVAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

A começar, foi preciso entender que a criança em atendimento está sempre acompanhada. Seja por familiar, amigo ou outro tipo de responsável. E que este acompanhante também precisa ser acolhido na sua vulnerabilidade.

Tacsi e Vendruscolo, já em 2004, falavam sobre a importância de o profissional demonstrar capacidade comunicativa e fornecer formas de conforto físico e espiritual também ao acompanhante da criança que traz consigo uma carga emocional, sofrimento, dor, angústia e tensão.

Castro et al (2023), também encontraram em seu estudo sobre a família de crianças com câncer em emergência oncológica pediátrica o mesmo resultado, evidenciando que estes familiares enfrentam um conjunto de vulnerabilidades socioeconômicas e emocionais que exigem atenção especial na assistência e que dentro deste contexto pode inclusive se tornar um desafio, necessitando de uma abordagem sensível às suas particularidades.

Marques (2017), corrobora com esta ideia e atenta para o fato de que uma criança com câncer provoca um desequilíbrio funcional em toda família. Novas rotinas, mudanças de comportamentos, redefinição de papéis, administração de novos sentimentos. E tudo isso contribui para uma sobrecarga física, emocional e econômica para a família. Em seu estudo, Marques (2017), evidencia a importância de entender melhor esse contexto de vulnerabilidade

para que a intervenção dos enfermeiros seja capaz de ajudar e capacitar essas famílias para conduzirem melhor todo o processo de adoecimento e tratamento.

A criança por sua vez, centro da atenção assistencial, foi percebida neste estudo vivenciando sentimentos de medo, ansiedade e tensão ao iniciarem o atendimento. Neste caminho, trago Cagnin, Liston e Dupas (2004), que ao estudarem sobre a representação social da criança sobre o câncer, concluem que o meio social no qual a criança se insere, as opiniões e influências de sua comunidade, influenciam, de certa maneira, no modo como a criança compreende o câncer. No entanto, a criança constrói sua própria ideia sobre a doença baseada na sua própria experiência. E essa experiência é relatada pelas crianças que participaram da pesquisa de Cagnin, Liston e Dupas, associada a sentimentos dolorosos, evidenciados nos resultados encontrados como: “câncer causa medo, cresce em caroços que causam dor, vem castigar e ensinar, limita e deforma, deixa triste e faz pensar”. Sugerem os autores, que compreender estas falas ajuda os profissionais a planejar melhor a assistência.

Ao analisar estes dados sobre a vulnerabilidade do responsável e os sentimentos das crianças sob a perspectiva do Interacionismo Simbólico (MEAD, 1934), foi possível compreender como os significados relacionados ao câncer e à doença são construídos e como influenciam a experiência da criança e seus familiares, configurando a importância do acolhimento da enfermagem como um mediador de significados, oferecendo suporte emocional, informações claras e um ambiente de segurança.

O estudo de Castro et al. (2023) e Marques (2017) corroboram com a perspectiva do Interacionismo Simbólico ao mostrar que a família da criança com câncer enfrenta um conjunto de vulnerabilidades que exigem atenção especial. A sobrecarga física, emocional e econômica mencionada por Marques (2017) é um exemplo de como os significados atribuídos à doença podem impactar a vida dos familiares.

A perspectiva de Cagnin, Liston e Dupas (2004) sobre a representação social da criança sobre o câncer também se encaixa na perspectiva do Interacionismo Simbólico. Os autores mostram como o meio social influencia a compreensão da criança sobre a doença, mas também como a criança constrói sua própria ideia a partir de sua experiência.

## **5.2 DESCREVENDO O CONTEXTO DE ACOLHIMENTO ASSOCIANDO OS FATORES INTERVENIENTES DA SUA PRÁTICA NA EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA**

Para descrever o **contexto** no qual o acolhimento se insere, os profissionais participantes da pesquisa, versaram sobre características físicas do ambiente: espaço pequeno, carente de local apropriado ao acolhimento, sobre a composição reduzida da equipe, sobre as queixas mais prevalentes no serviço (dor e febre) e sobre a baixa demanda associada a exclusividade de atendimento para crianças matriculadas na instituição.

A respeito deste último achado, o estudo de Neves et al (2016) o qual versou sobre o trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes, apresentou a lembrança de que nas últimas décadas, as emergências hospitalares públicas pediátricas estavam sempre superlotadas, pois a demanda era maior que a oferta de serviço. O que contrasta com este estudo, no qual os participantes relatam uma demanda baixa, associada a relação da especificidade do serviço (oncológico) e exclusividade de atendimento para pacientes matriculados.

Santos et al (2016), também trazem a preocupação pela elevada demanda pelos serviços de emergência pediátrica. Estes autores falam que os serviços de urgência do SUS sofrem com a superlotação provocada pela busca das famílias nas mais diversas situações, inclusive em situações não emergenciais o que acaba por prejudicar o atendimento, culminando na baixa qualidade da atenção prestada àqueles que realmente necessitam de atendimento de urgência, comprometendo a integralidade da atenção.

Tanto Neves et al (2016) quanto Santos et al (2016), falam de superlotação em serviços de Emergência Pediátrica Geral, o que exatamente foi declarado neste estudo pelos participantes. A especificidade do atendimento oncológico associada a exclusividade de atendimento aos pacientes matriculados é o motivo da diferença na demanda pelos diferentes serviços.

Pensando em como as ideias do Interacionismo Simbólico se encaixam neste contexto, admite-se que os significados são mutáveis e variam de acordo com a experiência e a perspectiva de cada pessoa. Vivenciar um serviço com baixa demanda no atendimento, reflete uma diminuição do ritmo de trabalho e da sobrecarga, podendo trazer aos profissionais, significados que vão moldar a forma da sua assistência, podendo ser concretizada numa oportunidade de se dedicar melhor na sua interação com o paciente (MEAD, 1934).

Os outros achados dentro da temática do contexto, acabaram entrando na discussão a seguir, sobre os elementos facilitadores e dificultadores do processo de acolhimento.

Os participantes também sinalizaram como elementos facilitadores para o processo do acolhimento, a disponibilidade de equipamentos de qualidade, o entrosamento da equipe e a boa comunicação com o familiar estabelecendo vínculo de confiança e segurança.

Silva e Tronchin (2011), também realizaram um estudo sobre o acolhimento em pronto-socorro infantil, e trouxeram como fatores facilitadores deste mesmo processo: o trabalho em equipe, a individualização do cuidado, o papel da chefia, a linguagem empregada pelos profissionais com os usuários/acompanhantes, o compartilhamento das experiências e a empatia, bem semelhante aos resultados encontrados neste presente estudo, excetuando o elemento material que no estudo de Silva e Tronchin não foi mencionado.

No tocante a este quesito, Neves et al (2016), se aproxima deste estudo ao declarar que no que se refere à estrutura e aos recursos físicos no setor de emergência pediátrica, deve-se sempre buscar proporcionar um ambiente seguro para a criança e seu acompanhante. A disponibilidade de materiais adequados, deve ser ferramenta facilitadora não só para o processo de trabalho, mas também para as relações interpessoais entre usuário e equipe de modo acolhedor, resolutivo e humano.

A boa e eficiente comunicação entre equipes, e equipes e clientes, apontada pelos participantes neste estudo, não é algo comum segundo o estudo de Carvalho (2024). Este pesquisador afirma que em ambientes de trabalho, é frequente a presença de equipes com baixa integração, comunicação ineficaz e falta de colaboração entre seus membros e que para otimizar o desempenho dessas equipes, o gestor precisa direcionar sua atenção tanto para os profissionais individualmente quanto para a dinâmica das relações interpessoais. Afinal, o conceito de "equipe" está intrinsecamente ligado à realização de tarefas conjuntas, onde diferentes indivíduos compartilham atividades e conhecimentos para alcançar um objetivo em comum.

A comunicação eficiente e o entrosamento da equipe são destacados como elementos que favorecem o acolhimento e o estabelecimento de vínculo de confiança com o familiar, ao passo que favorecem processos interativos eficazes em um contexto simbólico de intensas relações interpessoais. O Interacionismo Simbólico enfatiza como esses vínculos são formados através de significados compartilhados durante as interações (MEAD, 1934).

A confiança é algo que se constrói de maneira dinâmica e social, não apenas com base em comportamentos individuais, mas também no contexto das interações contínuas. Os pressupostos do IS (MEAD, 1934), levam a acreditar que a capacidade de estabelecer uma boa comunicação e um ambiente colaborativo dentro da equipe e com os pacientes é essencial para que os significados de cuidado, segurança e confiança sejam eficazmente transmitidos.

Em contrapartida, a falta de integração e comunicação entre equipes, desafio comum hoje em dia nas interações dentro dos ambientes de trabalho, segundo o estudo de Carvalho (2024), analisadas sob a concepção do IS sugerem que a falta de colaboração pode ser o resultado de interpretações e significados conflitantes que os membros da equipe atribuem às

suas funções e ao seu papel na dinâmica do cuidado (MEAD, 1934). A falta de uma comunicação eficaz pode gerar barreiras simbólicas entre os profissionais, dificultando a formação de uma equipe coesa e o cumprimento do objetivo comum de proporcionar cuidados de qualidade.

Para os fatores dificultadores, os participantes declararam em unanimidade a falta de um espaço apropriado para o acolhimento. Nesse caminho, se ressalta a RDC nº 50, resolução que trata do regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Embora a RDC nº 50 não dedique um capítulo exclusivo às emergências pediátricas, ela estabelece diretrizes gerais que influenciam significativamente o atendimento a crianças nesses estabelecimentos. A norma aborda aspectos como infraestrutura, organização hospitalar e estruturação da área de urgência e emergência, impactando diretamente a qualidade do atendimento pediátrico.

Conforme a RDC nº50, as instalações destinadas ao atendimento pediátrico em emergências devem ser projetadas e equipadas especificamente para atender às necessidades das crianças, incluindo mobiliário adequado para acompanhantes e medidas de segurança que garantam a privacidade dos pacientes.

Neves et al (2016), enfatiza que a estrutura hospitalar, especialmente em serviços de emergência pediátrica, deve priorizar a privacidade, o conforto e a higiene dos pacientes. Salas de atendimento exclusivas e adequadas, com dimensões mínimas de 8,5 m<sup>2</sup> por leito, são fundamentais para garantir um ambiente seguro e acolhedor para crianças e seus familiares.

Soares (2011), salienta que a privacidade do paciente se constitui em uma obrigação ético-legal que deve ser respeitada não apenas nas interações entre o paciente e a equipe de enfermagem, mas também nas comunicações orais ou escritas, com os demais trabalhadores que participam do cuidado, assim como com seus familiares. Soares (2011), também relembra com vigor que é dever de todo profissional da equipe de enfermagem defender o paciente em todas as circunstâncias durante a realização dos cuidados, garantindo sua privacidade e o resguardo de sua autonomia, conforme preveem o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

O estudo de Silva e Tronchin (2011), avaliando também os fatores dificultadores para o bom processo do acolhimento, encontrou outros resultados, apontando a alta rotatividade dos pacientes, o elevado número de atendimentos, e a falta de capacitação da equipe de saúde como os elementos que impedem a qualidade do acolhimento.

Ao utilizar a lente do Interacionismo Simbólico, é possível compreender como o contexto físico, as normas profissionais e as interações sociais entre os membros da equipe de

saúde e os pacientes, constroem, de maneira dinâmica, os significados do acolhimento, da confiança e da qualidade do atendimento. Esses significados não são estáticos, mas são negociados continuamente, influenciados pelas condições físicas, pelas relações interpessoais e pelas normas sociais e éticas que permeiam o ambiente hospitalar (MEAD, 1934).

### 5.3 ACOLHIMENTO - DESVELANDO SIGNIFICADOS, PROCESSOS E SENTIMENTOS.

Um dos primeiros aspectos abordados nesta categoria foi a questão da organização do serviço no qual foi apontada que apesar da falta de protocolos oficiais para a prática do acolhimento, as equipes realizam suas atividades de forma similar.

Carvalho (2024), também encontrou em seu estudo resultado semelhante, identificando na fala dos participantes, uma insatisfação com a falta de rotinas e de fluxos de trabalho no hospital. Para Carvalho (2024), o planejamento do trabalho em equipe é uma estratégia fundamental para lidar com a crescente complexidade na organização dos serviços de saúde. Ao implementar ações conjuntas, os profissionais podem analisar o ambiente de trabalho, e identificar seus pontos fortes e fracos. Sem deixar de ressaltar que cada trabalhador é único em seu contexto, possuindo habilidades e dificuldades distintas, além de ser motivado por diferentes fatores.

No Interacionismo Simbólico, a realidade não é algo dado, mas sim construído através da interação entre os indivíduos. Os significados que atribuímos às coisas e às ações são compartilhados socialmente (MEAD, 1934). No caso do acolhimento, a ausência de protocolos formais não impede que as equipes desenvolvam práticas similares, pois elas compartilham um entendimento sobre o que significa acolher e como isso deve ser feito. Esse entendimento é construído na interação cotidiana, através da troca de experiências, da observação e da comunicação.

Outro resultado encontrado foi relacionado as estratégias de ação e interação implementadas pelos profissionais para atingir o objetivo do processo de acolhimento (compreensão da queixa do paciente, avaliação clínica e definição de prioridade de risco).

Para alcançar tal finalidade, foram definidas como principais ações:

- ① Dialogar com a família para entender melhor a situação problema e;
- ② Realizar avaliação clínica com verificação de sinais vitais

Os participantes também relataram que ao realizar estas principais ações, eles tendem a adotar estratégias para otimizar o processo como:

1. dirigir-se a mãe/responsável, acreditando que o responsável consiga explicitar melhor a questão do motivo do atendimento;
2. modificar a ordem das estratégias de ação ao perceber situações mais delicadas ou de gravidade que precisam de uma ação mais urgente.

Somado a estas estratégias, foi enfatizado pelos profissionais, a necessidade de um olhar clínico mais atento, fundamental para melhorar a qualidade do primeiro atendimento, evitar complicações e otimizar resultados.

Para Silva e Tronchin (2011) é um desafio saber ouvir o paciente, a fim de coletar dados necessários para o manejo do seu problema, haja vista que a coleta destes dados pode ser influenciada pela metodologia empregada na captação deles, com potencial de impactar, de modo positivo ou negativo, a evolução do quadro clínico.

Neves et al (2016) compactuam desta ideia encontrada quando afirmam em seu estudo que cuidar da clientela pediátrica demanda do profissional, o cuidado técnico e o cuidado subjetivo que envolve a singularidade, a individualidade e a forma como a criança expressa seus sentimentos e emoções. Este fato revela a importância de uma preparo, formação e capacitação coerentes com a complexidade envolvida na assistência.

Tacsi e Vendruscolo (2004), em seu estudo sobre a assistência de enfermagem em emergência pediátrica, também condescende com este resultado encontrado, na medida em que explicitam que a equipe dos serviços de emergência pediátrica, tendem a trabalhar com rapidez e eficiência para minimizar situações de risco e que diante de uma situação de risco iminente, os profissionais conseguem reagir com uma diversidade de respostas de acordo com a situação apresentada. Habilidade que é produto das experiências vivenciadas pelo profissional e das relações construídas com a criança e sua família.

As estratégias de ação e interação delineadas no texto, incluindo o diálogo com a família, a realização de avaliações clínicas e a reordenação das ações em contextos de emergência, exemplificam a maneira pela qual os profissionais de saúde se valem dos significados socialmente construídos para orientar suas práticas. Da mesma maneira, a reflexão sobre o olhar perspicaz da enfermagem, para promover uma assistência eficaz, demonstra e reflete os princípios do IS, enfatizando a importância de significados positivos relacionados à prática de enfermagem de qualidade e resolutiva.

Ainda dentro desta categoria, outro achado foi a dificuldade que os participantes revelaram em realizar a classificação de risco, associando a falta de condições adequadas para fazer uma boa avaliação clínica, a dificuldade para concordar com o protocolo institucional utilizado, e até a dificuldade de se apropriar mentalmente de todas as informações do protocolo.

Veras et al (2015) alerta para o fato de que o acolhimento exige uma abordagem que vá além da experiência clínica e da intuição ao avaliar parâmetros fisiológicos, sinais de alerta, a queixa do paciente, o contexto envolvido. O enfermeiro ao realizar o ACCR, precisa fundamentar sua prática em informações validadas por pesquisas e protocolos.

Interessante, que Veras et al (2015), relatam que muitos estudos apontam falhas na aplicação de instrumentos para definir a classificação de risco, alegando que o ambiente hostil das emergências pode dificultar a consulta a extensos protocolos durante a avaliação da criança, sendo imprescindível pensar em construir guias mais práticos, que auxiliem o enfermeiro a ter visualização instantânea dos sinais e sintomas de acordo com a queixa principal, padronizando a abordagem ao paciente.

Ainda em relação a classificação de risco, Magalhães et al (2020), em seu estudo, apresentam o acolhimento com classificação de risco (ACCR) como uma tecnologia em saúde confiável e validada para definir riscos e prioridades de atendimento, mas que ainda carece de investimentos na estrutura física, e principalmente, na capacitação de equipe especializada.

Silva e Tronchin (2011), também reforçam a ideia de que o processo do acolhimento, deve constituir-se em uma preocupação dos gestores na promoção da capacitação dos trabalhadores nessa temática.

A dificuldade relatada pelos participantes em realizar a classificação de risco pode ser compreendida à luz do Interacionismo Simbólico. A falta de condições adequadas para uma boa avaliação clínica, a dificuldade em concordar com o protocolo institucional e a dificuldade em se apropriar das informações do protocolo podem ser interpretadas como obstáculos para os profissionais no processo do acolhimento, o que derivam das interações simbólicas em que envolvem o acolhimento (MEAD, 1934).

Os protocolos e as informações clínicas podem ser considerados como símbolos que mediam a elaboração do significado para o profissional (MEAD, 1934). A dificuldade em utilizar esses símbolos de forma eficaz pode levar a interpretações divergentes sobre o risco do paciente e dificultar a tomada de decisões.

A dificuldade em se apropriar das informações do protocolo pode estar relacionada à falta de internalização da perspectiva do "outro", ou seja, do paciente e da equipe. Ao não compreender completamente as necessidades e expectativas do paciente, bem como as informações relevantes para a avaliação de risco, o profissional pode ter dificuldade em construir um "eu" como profissional de saúde eficaz nesse contexto.

Outro resultado do estudo, foi sobre os significados do processo do acolhimento para os profissionais que o realizam. Desta reflexão apareceram concepções diferentes como ideias

sobre: segurança, qualidade, compromisso, percepção, direcionamento, disponibilidade e conforto.

Silva e Tronchin (2011) em seu estudo, identificaram que o significado do acolhimento está associado às trocas interpessoais nas quais se estabelece uma relação de aproximação e empatia com o outro através de uma postura e atitude profissional capaz de ir além de solucionar problemas, mas criar vínculos de confiança.

No Interacionismo Simbólico, as ações e percepções dos indivíduos são moldadas pelas interações que mantêm com os outros (MEAD, 1934), e o acolhimento se torna um espaço privilegiado para a construção de significados compartilhados. A postura e a atitude profissional, que vão além da mera resolução de problemas, são essenciais para a criação de vínculos de confiança. Esses vínculos são formados através de interações significativas, onde a empatia e a compreensão mútua desempenham papéis cruciais. Assim, o acolhimento não é apenas um ato técnico, mas um processo relacional que reflete a construção social de significados, promovendo um ambiente de cuidado e suporte que é vital para a experiência do paciente e para a prática profissional.

Um dos resultados notáveis deste estudo foi a oportunidade de cada participante formular sua própria definição de acolhimento. Esse momento singular de reflexão permitiu que os participantes revisitassem sua prática profissional e buscassem as palavras mais precisas para descrever esse conceito essencial. Das diversas falas, surgiram ideias diferentes, que transitavam em duas principais perspectivas: a primeira sob um olhar romantizado, mais subjetivo, na esfera do sentimento empregado que versavam sobre carinho, cuidado integral, fazer o bem, humanização, e empatia; e a segunda sob um olhar mais prático, objetivo, da finalidade das ações e trouxeram ideias de orientação, triagem, direcionamento e escuta.

Silva e Tronchin (2011) depreenderam ao final do seu estudo, que o entendimento dos enfermeiros a respeito do processo do acolhimento diz respeito a forma de abordagem e inserção do paciente e seu familiar no ambiente da Emergência Pediátrica exercendo a empatia, o diálogo e a escuta, práticas necessárias para a integralidade da assistência à saúde.

Por fim, nesta categoria, foi tratado os sentimentos que emanam da execução da prática do acolhimento na Emergência Oncológica Pediátrica no profissional em atividade. Foram expressos livremente, sentimentos de bem-estar, gratidão, tristeza, compaixão, ansiedade, satisfação e utilidade.

Preocupados com a saúde psíquica dos trabalhadores de enfermagem em serviços de Emergência Pediátrica, Lamb et al (2019), estudaram os sentimentos envolvidos na prática diária de enfermagem, ancorados pela Psicodinâmica do Trabalho. Essa corrente francesa,

alicerçada pelo médico psiquiatra Christophe Dejours, defende que a relação entre o indivíduo e o seu trabalho se estabelece a partir das vivências de prazer e sofrimento. O prazer, nesse contexto, encontra-se intrinsecamente ligado a experiências positivas que consolidam sentimentos de retribuição, reconhecimento e identificação do indivíduo com sua atividade profissional. Em contrapartida, o sofrimento emerge quando a realidade do trabalho colide com os anseios e expectativas do trabalhador, desencadeando sentimentos de impotência, fracasso e frustração. A saúde psíquica dos profissionais depende exatamente do equilíbrio entre o prazer e sofrimento no ambiente laboral.

Embora Lamb et al (2019), não tenha estudado especificamente os sentimentos envolvidos na prática do acolhimento, mas sim de toda a prática assistencial neste contexto, é possível fazer uma aproximação com este estudo, primeiro porque o acolhimento faz parte das atividades envolvidas e segundo porque dentro de sua proposta de pesquisa ao refletir sobre o que trazia prazer ou sofrimento, os participantes acabaram por expressar os sentimentos que os levavam a uma situação ou a outra.

Sendo assim, emergiram na fala dos participantes do estudo de Lamb et al (2019), os sentimentos de: satisfação, contentamento, bem-estar, tranquilidade, utilidade, realização pelo reconhecimento do trabalho, frustração, angústia, compaixão, empatia, preocupação, sentimentos bem similares aos encontrados neste presente estudo.

Ao definir seu conceito pessoal para o acolhimento, os profissionais acabaram trazendo junto os sentimentos empregados na ação. O Interacionismo Simbólico valoriza a interação como um processo dinâmico de troca de símbolos e significados, construção e modificação de significados, permeados pela expressão de sentimentos (MEAD, 1934). É na interação com os pacientes e outros profissionais que os sentimentos são expressos e compartilhados, influenciando a forma como o acolhimento é percebido e praticado.

Os sentimentos empregados na ação de acolher são parte integrante do significado atribuído ao conceito. O Interacionismo Simbólico busca compreender a complexa relação entre pensamento, sentimento e ação na interação social. Cada gesto, cada palavra, cada olhar se reveste de simbolismo, carregando consigo uma bagagem de experiências, valores e expectativas que moldam a percepção tanto do profissional quanto do paciente (MEAD, 1934).

#### **5.4 PERCEPÇÃO DO ACOLHIMENTO: APONTANDO CAMINHOS POSSÍVEIS**

Por último, os resultados encontrados a respeito da percepção dos participantes acerca do processo do acolhimento, mostraram uma consciência de que apesar da condição física

limitante para realização do acolhimento, a equipe demonstra capacidade e compromisso em oferecer uma assistência de qualidade aos pacientes e familiares.

Tacsi e Vendruscolo (2004), afirmam sobre a necessidade dos profissionais que atuam em emergências pediátricas receberem treinamento constante, tanto técnico quanto científico, com uma educação continuada que também valorize o autoconhecimento, o domínio de suas próprias emoções e o conhecimento de seus limites e de suas possibilidades.

Em concordância, Neves et al (2016), sustenta que apesar da ausência de exigência legal para especialização em emergência, a assistência de enfermagem nesse setor deve ser pautada pela ética, qualidade e compromisso com a melhoria contínua do cuidado. A equipe necessita de competência, treinamento e qualificação para atender as demandas urgentes e complexas desse ambiente, onde a rapidez e a interação são cruciais para salvar vidas. Treinamento capaz de identificar lacunas de conhecimentos e estimular comportamentos de trabalho positivos em equipe.

Castro et al (2023), traz em seu estudo dentro deste mesmo cenário de estudo que sob a perspectiva do familiar, a interação com os profissionais de saúde foi pautada em relações de confiança e respeito, nas quais eles se sentem acolhidos e seguros.

A percepção dos profissionais sobre a inadequação do acolhimento associado à falta de um lugar privativo vai de encontro ao que Neves et al (2016) encontrou em seu estudo sobre a percepção de acompanhantes acerca do processo de trabalho da enfermagem na emergência pediátrica. Os acompanhantes, valorizam a rapidez e a qualidade do atendimento, bem como a capacidade da enfermagem em estabelecer uma comunicação eficaz e humanizada. Essa comunicação, baseada em palavras de conforto, atenção individualizada e escuta ativa, demonstra ser fundamental para proporcionar uma experiência mais positiva aos pacientes e seus familiares, independentemente das condições de trabalho.

Também de forma contraditória, Carvalho (2024) demonstra em seu estudo sobre os desafios relacionados ao clima organizacional da equipe de enfermagem de um hospital público que a disponibilidade de uma estrutura física adequada, materiais e equipamentos de qualidade, aliada à presença de profissionais qualificados e motivados, são elementos essenciais para a promoção da saúde e para a otimização do trabalho e impactam diretamente na qualidade do atendimento prestado aos pacientes. E acrescenta com perspicácia que ao dispor de condições de trabalho favoráveis, profissionais são capazes de transformar os recursos disponíveis em resultados positivos, proporcionando um atendimento de excelência e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para os pacientes.

Os pressupostos do IS nos ajudam a entender que a percepção crítica do profissional a respeito da sua própria atividade é oriunda dos significados construídos na relação completa com o ambiente de trabalho, na interação com os pacientes e com os outros colegas de trabalho (MEAD, 1934). Ao significar seu trabalho como algo positivo, o profissional entrega suas ações da melhor maneira possível. Munido de sua *expertise* técnica e sensibilidade humana, é chamado a ir além do protocolo, a desvendar as nuances de cada caso, a interpretar os sinais e os silêncios, a construir pontes de confiança que possibilitem um cuidado integral e personalizado.

Em relação ao incômodo profissional em relação à falta de um espaço adequado com privacidade para o paciente, as ideias do IS demonstram que a vivência desse contexto construiu esse significado em praticamente todos os profissionais participantes da pesquisa. E isso os provoca a agir de modo a preservar ao máximo a intimidade e privacidade da criança e seu familiar, promovendo um ambiente de conforto, respeito e empatia

Os significados são construídos a partir da interpretação e revisão constante dos fatos e utilizados como ferramentas para orientar e moldar as ações (MEAD, 1934).

## 6 CONCLUSÃO

---

A preocupação em buscar subsídios que trouxessem melhora na estratégia de assistência prestada ao paciente oncológico pediátrico e sua rede de apoio motivou este estudo.

Os objetivos propostos foram alcançados. Foi possível obter uma compreensão geral sobre os significados que a equipe de enfermagem atribui ao processo de acolhimento da criança e seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica, evidenciado nas falas dos participantes a partir de ideias de: segurança, qualidade, compromisso, percepção, direcionamento, disponibilidade e conforto.

Também foi possível identificar os fatores intervenientes que permeiam o processo de acolhimento no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica, destacando como dificultadores a falta de um lugar adequado para a realização da atividade pesquisada e a composição reduzida da equipe; e como facilitadores a disponibilidade de equipamentos de qualidade e principalmente o entrosamento da equipe e a boa comunicação com o familiar.

Ao conseguir descrever as estratégias de ação e interação utilizadas pela equipe de enfermagem no processo de acolhimento à criança e ao seu familiar/acompanhante no contexto da Emergência Oncológica Pediátrica, o último objetivo foi alcançado. Apareceram como principais ações: dialogar com a família na busca de compreender o problema e realizar avaliação clínica com verificação de sinais vitais. Usando algumas estratégias em comum para otimizar o processo de trabalho como dirigir-se ao responsável na abordagem para entender a queixa da criança, conduzir cada criança de acordo com suas necessidades e utilizar um olhar clínico e perspicaz ao avaliá-la.

Os resultados encontrados revelam que no complexo cenário da saúde, onde a ciência se encontra com a humanidade, o acolhimento emerge como um pilar fundamental. Mais do que uma simples estratégia ou processo de trabalho, ele se revela como um ato de profunda interação, permeado por significados que se constroem e se transformam no fluir da relação profissional-paciente. É, pois, um processo relacional que reflete a construção social de significados, promovendo um ambiente de cuidado e suporte que é vital para a experiência do paciente e para a prática profissional.

A análise dos resultados revelou a complexidade dos sentimentos das crianças em atendimento e a necessidade de acolher seus responsáveis. Além disso, proporcionou um entendimento profundo do funcionamento de uma emergência oncológica pediátrica,

especialmente no que se refere ao processo de acolhimento, seus desafios e a forma como se manifesta nas ações, pensamentos e sentimentos dos profissionais.

A principal limitação deste estudo foi o número restrito de instituições do SUS no Rio de Janeiro com emergência oncológica pediátrica, o que permitiu analisar apenas uma unidade. Por essa razão, os achados não a priori, não são capazes de representar outros contextos, mas podem sim se aproximarem de realidades assemelhadas.

A realização de estudos futuros, com subsídios teóricos capazes de fomentar a importância do acolhimento ideal, se mostra imprescindível, dada a escassez de pesquisas que se aprofundem especificamente no tema do acolhimento no contexto das emergências oncológicas pediátricas, ambiente marcado pela imprevisibilidade, no qual as atividades assistenciais precisam de agilidade e sapiência.

A pesquisa me leva concluir que o acolhimento também se configura como um desafio para os profissionais. É preciso encontrar um equilíbrio entre o conhecimento científico, prática técnica e a capacidade de se conectar com a criança e sua família, oferecendo um atendimento humanizado e acolhedor. Para isso é fundamental que os profissionais consigam lidar com seus próprios sentimentos.

Os profissionais do acolhimento, agem de acordo com os seus próprios significados e podem ter um impacto significativo nas crianças e seus familiares, porque suas ações e formas de interação também provocam no outro a construção e ressignificação de novos significados. Assim, significados de enfermagem, assistência, saúde, doença, enfrentamento e do próprio acolhimento vão sendo desenvolvidos.

Por tudo isso, é importante que os profissionais recebam treinamento adequado para desenvolver habilidades de acolhimento. Saber ouvir, saber acolher as angústias, saber avaliar tecnicamente a criança e oferecer a ele a melhor oportunidade para resolução da sua queixa.

Ao incentivar nos profissionais, a reflexão sobre sua própria prática, sua forma de agir e pensar, incentivamos também mudanças estruturais capazes de trazer benefícios e garantir uma experiência de atendimento mais eficaz, resolutiva e acolhedora.

Almeja-se que os resultados obtidos fundamentem a atuação de profissionais e gestores na criação de estratégias focadas em aprimorar o ambiente e as condições de trabalho, a segurança e o incentivo à cooperação, comunicação, valorização e reconhecimento. Essa intervenção visa modificar as condições inadequadas, fortalecendo a capacidade de manejo e enfrentamento, para que o acolhimento seja efetivamente eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ACOLHIMENTO. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2023. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/acolhimento/>. Acesso em: 18.jan.2023.

ALVES, A. R.; LOPES, C. H. A. DE F.; JORGE, M. S. B.. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 4, p. 649–655, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400006>. Acesso em 09.fev.2025.

ALVES, Rubem. **Ostra feliz não faz pérola**. 3. ed. São Paulo: Planeta Estratégia, 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BLUMER H. **Symbolic Interactionism: Perspective and Method**. Berkeley: University of California Press; 1969.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RESOLUÇÃO - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 fev. 2002. Seção 1, p. 45-50. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050\\_21\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html). Acesso em 19.nov.2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em 05.fev.2024.

BRASIL. Lei nº 14.308, de 08 de março de 2022. **Institui a Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09.mar.2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.308-de-8-de-marco-de-2022-384520885>. Acesso em 11.out.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF); 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf). Acesso em 29.dez.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília (DF); 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Diário Oficial da União, 13.jun.2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 28.jul.2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em 05.fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439/GM/MS de 8 de dezembro de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 236, p. 80-81, 9.dez.2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 54, 31.dez.2013. Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html). Acesso em 19.jan.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1444-0. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em 23.jan.2023.

BRASIL. **Portaria nº 874/GM/MS de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília/DF: Seção 1, p. 80.

CAGNIN, E. R. G.; LISTON, N. M.; DUPAS, G. Representação social da criança sobre o câncer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 51–60, mar. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100007>. Acesso em 15.nov.2024.

CAMARGO, Beatriz de; MELARAGNO, Renato. **Oncologia Pediátrica: diagnóstico e tratamento**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, E. M. P. DE . et al.. Desafios relacionados ao clima organizacional da equipe de enfermagem de um hospital público - percepção dos enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 8, p. e05042024, ago.2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05042024>. Acesso em 10.fev.2025.

CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; REGO, Denise Pereira do. **Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 146-161, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>. Acesso em 13.nov.2022.

CASTRO, Luciana Souza de . et al. A família da criança com câncer em emergência pediátrica oncológica: revelando significados. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, v.

32, p. e20220323, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0323pt>. Acesso em 14.nov.2024.

COELHO, Beatriz. **Como fazer análise de conteúdo no seu trabalho?** 2021. Disponível em: <https://blog.mettzer.com/analise-conteudo/>. Acesso em 28.jul.2022.

COELHO, Beatriz. **ENTREVISTA:** Técnica de Coleta de Dados em Pesquisa Qualitativa. 2020. Disponível em: <https://blog.mettzer.com/entrevista-pesquisa-qualitativa>. Acesso em 28.jul.2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 423**, de 11 de Abril de 2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Diário Oficial da União, 11.abr.2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html). Acesso em 19.jan.2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 661**, de 11 de Março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Diário Oficial da União, 09.mar.2021. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021\\_85839.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html). Acesso em 19.jan.2023.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 105, pp. 514-524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>. Acesso em 29.dez.2022.

CHILDHOOD CANCER INTERNATIONAL. **About CCI.** The voice of children. Amsterdã. Disponível em: <https://www.childhoodcancerinternational.org/about-cci/>. Acesso em 31.out.2022.

DA SILVA, Carmem Lucia. Interacionismo Simbólico: história, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações. **Educação Por Escrito**, [S. l.], v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/poescrito/article/view/11243>. Acesso em: 17 fev. 2023.

DE SOUZA, G. R. M.; DOS ANJOS, T. H.; DE SOUZA, J. C. Enfermeiro de pronto atendimento em urgência e emergência oncológica: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 12, p. 112049–112059, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n12-137. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/40698>. Acesso em 22.dez.2022.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. DE .; COSTA, T. N. A.. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 31, n. Rev. esc. enferm. USP, 1997 31(2), ago. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200004>. Acesso em 17.fev.2023.

FERMAN, S. E. .; GONÇALVES, A. R. .; GUIMARÃES, D. da S. A História da Oncologia Pediátrica no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 277–279, 2002. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n2.2248. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2248>. Acesso em: 21 out. 2024.

FRANCO, Túlio Batista, BUENO, Wanderlei Silva e MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 1999, v. 15, n. 2, pp. 345-353. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>. Acesso em 26.dez.2022.

FREITAS A. C. M.; VILELA A. L.; FERRAZ G. F. L.; MARCON G.; Filho J. L. Q.; GONÇALVES L. C.; DE SOUZA M. E. P.; BRAGA M. S.; POMPILIO S. A. de L. Abordagem psicossocial do diagnóstico inicial na oncopediatria. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5546, 1.fev.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5546>. Acesso em 26.dez.2022.

HANDA, A., NOZAKI, T., MAKIDONO, A., OKABE, T., MORITA, Y., FUJITA, K., MATSUSAKO, M., KONO, T., KURIHARA, Y., HASEGAWA, D., KUMAMOTO, T., OGAWA, C., YUZA, Y.; MANABE, A. Emergências oncológicas pediátricas: revisão clínica e de imagem para pediatras. **Pediatrics International**, 61: 122-139. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.13755>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ped.13755>. Acesso em 04.fev.2023.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2022. (a)

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Institucional: informações institucionais e organizacionais do Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em 28.jul.2022. (b)

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Pediatria inaugura área de reabilitação e nova ala da emergência. **Informe INCA**, Rio de Janeiro, 2019, informe 387, p.6-7, set. 2019. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7230>. Acesso em 21.Out.2024.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>. Acesso em 17.dez.2022 (c)

JANSSENS, Keegan Peter; VALETE, Cristina Ortiz Sobrinho; SILVA, André Ricardo Araújo da; FERMAN; Sima Esther. Evaluation of risk stratification strategies in pediatric patients with febrile neutropenia. **Jornal de Pediatria** [online]. 2021, v. 97, n. 3, pp. 302-308. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.05.002>. Acesso em 12.jan.2023.

KAMEO, Simone Yuriko; SOUZA, Dierlen Ferreira de; NOGUEIRA, Julia Ferreira; SANTOS, Laryssa da Cunha.; AMORIM, Bruno Ferreira. Urgências e Emergências Oncológicas: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 64, n. 4, p. 541–550, 2018. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n4.203. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/203>. Acesso em 08.jan.2023.

LAMB, Fabricio Alberto; BECK, Carmem Lúcia Colomé; COELHO, Alexa Pupiara Flores; VASCONCELOS, Raíssa Ottes. Trabalho de enfermagem em Pronto Socorro Pediátrico:

entre o prazer e o sofrimento. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 24, 2019. DOI: 10.5380/ce.v24i0.59396. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59396>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2010.

LEUNG Karen Ka Yan, HON Kam Lun, HUI Wun Fung, LEUNG Alexander KC, LI Chi Kong. Terapêutica para emergências oncológicas pediátricas. **Contexto das Drogas**. 2021; 10: 2020-11-5. DOI: 10.7573/dic.2020-11-5. Disponível em : <https://www.drugsincontext.com/therapeutics-for-paediatric-oncological-emergencies/>. Acesso em 04.fev.2023.

LIMA TMR, BARROS MBSC, SILVA IMF, SANTANA JB, MORAIS VLL, BUSHATSY M. Câncer infantojuvenil: caracterização a partir da Classificação Internacional da atenção Primária. **Revista de APS – Atenção Primária À Saúde**. Juiz de Fora, 2020, v. 23, n.1, jan-mar.2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16318>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16318>. Acesso em 23.dez.2022.

LOPES, Consuelo Helena Aires de Freitas.; JORGE, Maria Saete Bessa. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 103–108, mar. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100014>. Acesso em 24.out.2024.

MAGALHÃES, F. J. et al.. Risk classification of children and adolescents: priority of care in the emergency unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190679, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0679>. Acesso em 16/02/2025.

MARQUES, G.. A família da criança com câncer: necessidades sócio-econômicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0078>. Acesso em 14.nov.2024.

MARTINS, Bárbara Eduarda Panelli.; PASSOS, Caroline Santos. Desafios À Prática Do Acolhimento na Atenção Primária em Saúde no Brasil. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 2, n. fluxo contínuo, 2021. DOI: 10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1710. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1710>. Acesso em: 29.dez.2022.

MEAD, G. H. **Mind, Self and Society: From the standpoint of a social behaviorist**. Chicago, IL, USA: University of Chicago Press, 1934. Disponível em: <http://tankona.free.fr/mead1934.pdf> . Acesso em 25.out.2024.

MOURA, E. L. DE .; KIMURA, A. F.; PRAÇA, N. DE S.. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 206–211, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200009>. Acesso em 19.out.2023.

MOURAD Ouzzani, Hossam Hammady, Zbys Fedorowicz, and Ahmed Elmagarmid. **Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews**. *Systematic Reviews* (2016) 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4.

MUELLER, Emily L.; COCHARANE, Annely R.; MOORE, Courtney M.; MILLER, André D.; WIEHE, Sarah E. Ferramenta de planejamento oncológico infantil para emergências: prototipagem com cuidadores de crianças com câncer. **AMIA Annu Symp**, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8075434/>. Acesso em 31.dez.2022.

NASCIMENTO, Francisco Paulo. **Metodologia da Pesquisa Científica**: teoria e prática – como elaborar TCC. Brasília: Thesaurus, 2016.

NEVES, F. G. et al.. O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, p. e20160063, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160063>. Acesso em 15.nov.2024.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **A carga global do câncer está aumentando, em meio à crescente necessidade de serviços**. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>. Acesso em 19.ago.2024.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Cáncer en la Niñez y la Adolescencia**. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-ninez-adolescencia>. Acesso em 01.nov.2022.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **CureAll framework: WHO global initiative for childhood cancer: increasing access, advancing quality, saving lives**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370>. Acesso em 01.nov.2022.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Who Global Initiative For Childhood Cancer: An Overview**. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/cancer/who-childhood-cancer-overview-booklet.pdf>. Acesso em 02.nov.2022.

PNH. **Política Nacional de Humanização**: Humaniza SUS. 1 ed. Brasília: PNH, 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 13.out.2022.

PRUSAKOWSKI, Melanie K., CANNONE, Daniel. Emergências Oncológicas Pediátricas. **Clínicas de Hematologia/Oncologia da América do Norte**, Roanoke, 2017, v. 31, dez. 2017. DOI: 10.1016/j.hoc.2017.08.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889858817301272?via%3Dihub>. Acesso em 05.fev.2023.

SAMPAIO, Raiane Antunes; RODRIGUES, Adelmo Martins ; NUNES, Fernanda Costa; NAGHETTINI, Alessandra Vitorino. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Goianésia, 2022, v. 27, ago.2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/80194/pdf>. Acesso em 02.nov.2022

SANTOS, Chayenne Karoline Rosa; MORAES, Juliana Rezende Montenegro Medeiros de; SANTOS, Nereida Lucia Palkos dos; SOUZA, Tânia Vignuda de; MORAIS, Rita de Cassia Melão de; AZEVEDO, Suelen Dias. Qualidade da assistência de enfermagem em uma

emergência pediátrica: perspectiva do acompanhante. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. e17560, 2016. DOI: 10.12957/reuerj.2016.17560. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerrj/article/view/17560>. Acesso em: 21 fev. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. **Manual Técnico para Organização das Unidades de Urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco**. 1 ed. Rio de Janeiro: 2022. 45 páginas.

SILVA, T. F. da; DAVID, H. M. S. L.; CALDAS, C. P.; MARTINS, E. L.; FERREIRA, S. R. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe4, pp. 249-260. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420>. Acesso em 26.dez.2022.

SILVA, E. M. R. DA .; TRONCHIN, D. M. R.. Acolhimento de usuários em um pronto-socorro infantil na perspectiva dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 799–803, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000600012>. Acesso em 20.fev.2025.

SOARES, N. V.; DALL'AGNOL, C. M.. Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 683–688, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500014>. Acesso em 22.fev.2023

SOUSA, F.G.M. de. **Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**, 2008 [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S.. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 477–484, maio 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000300005>. Acesso em 17.fev.2025

TEIXEIRA JP, GABATZ RIB, TEIXEIRA KP, HIRSHMANN R, MILBRATHVM, MOURA ACK. Trabalho da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergênciapediátrica: revisão integrativa. **Rev Enferm Atenção Saúde**. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i2.5395>. Acesso em 20.fev.2025.

TERRITO, Merry. **Neutropenia**. 2021. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/hematologia-e-oncologia/leucopenias/neutropenia>. Acesso em 12.jan.2023.

VERAS, J. E. G. L. F. et al.. Classificação de risco em pediatria: construção e validação de um guia para enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 913–922, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680521i>. Acesso em 21.fev.2025.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - CRONOGRAMA

	2022 / 2023						2023												2024					
	1º Semestre						2º Semestre						3º Semestre						4º Semestre					
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06		
Definição do objeto de estudo e objetivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓																		
Levantamento Bibliográfico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Embasamento teórico-metodológico	✓	✓	✓	✓	✓	✓																		
Orientação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estruturação do instrumento de coleta de dados.		✓	✓	✓	✓	✓	✓																	
Reunião do Núcleo de Pesquisa							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓									
Disciplinas obrigatórias	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
Disciplinas eletivas							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
Defesa do projeto							✓																	
Submissão ao CEP											✓													
Coleta de Dados																✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Análise Preliminar																				✓	✓	✓		

	2024						2025					
	5º Semestre						6º Semestre					
	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06
Levantamento Bibliográfico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Embasamento teórico-metodológico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Orientação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Análise Preliminar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Qualificação do projeto			✓									
Análise Final dos dados						✓	✓	✓	✓			
Elaboração do relatório final							✓	✓	✓			
Revisão da Dissertação							✓	✓	✓			
Defesa da dissertação										✓		
Elaboração de artigo									✓			
Publicação de artigo										✓		

**APÊNDICE B - ORÇAMENTO**

As despesas com a realização da pesquisa são de responsabilidade da autora.

Material/Equipamentos	Quantidade	Valor unitário	TOTAL
Computador	01	R\$ 6000,00	R\$ 6.000,00
Provedor internet	24 meses	R\$ 90,00	R\$ 2160,00
Pen Drivre 8GB	02	R\$ 40,00	R\$ 80,00
Resma de Papel	01	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Canetas	06	R\$ 4,00	R\$ 28,00
Cadernos	02	R\$ 20,00	R\$ 40,00
Livros	04	~ R\$ 150,00	R\$ 600,00
Xerox	100	R\$ 0,15	R\$ 15,00
Cartucho Preto	01	R\$100,00	R\$ 100,00
Cartucho Colorido	02	R\$100,00	R\$ 200,00
Encadernação	05	R\$ 5,00	R\$ 25,00
Revisão Gramatical	01	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Publicação de artigos	02	R\$ 1000,00	R\$ 2.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$ 11.588,00</b>

**APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*Acolhimento Em Emergência Oncológica Pediátrica:  
Uma Prática Gerencial Da Enfermagem*

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque exerce função assistencial de enfermagem dentro do contexto da Emergência Pediátrica do Instituto Nacional do Câncer. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e ter esclarecido todas as dúvidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

**PROPÓSITO DA PESQUISA**

⇒ A pesquisa tem como propósito o aperfeiçoamento da prática do acolhimento a fim de garantir um cuidado integral de qualidade, que acolha à criança e seu familiar/acompanhante em sua plenitude e alcance a resolução das suas necessidades, reforçando e valorizando a enfermagem dentro de sua competência profissional.

⇒ Este propósito maior pretende ser alcançado através da compreensão dos significados do acolhimento atribuídos pela equipe de enfermagem a este processo de trabalho, identificando os fatores que permeiam o acolhimento e as estratégias de ação e interação utilizadas pela equipe de enfermagem durante esta prática assistencial.

Rubricas:

\_\_\_\_\_  
Alessandra Silva Lopes Pereira  
(Pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
Participante



## **PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

A pesquisa consiste numa entrevista com perguntas pertinentes ao tema em estudo. Estas entrevistas poderão acontecer em qualquer lugar reservado, acordado entre o pesquisador e o participante tendo como preocupação que seja um local tranquilo, com mínimo de interferências, que permita ao participante se sentir à vontade para conversar sobre o assunto em pesquisa. Anteriormente serão apresentados os objetivos do estudo e a metodologia proposta para obtenção dos dados. O participante poderá ler as perguntas previamente se assim o desejar. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas para melhor análise conferindo um codinome aos participantes. A entrevista tem uma estimativa de 20 minutos de duração. Somente o pesquisador e a equipe da pesquisa terão acesso ao conteúdo discutido com a identificação do participante. Você poderá interromper a qualquer momento a entrevista. Sua contribuição através das falas serão guardadas pela equipe da pesquisa por um período de 5 anos.

## **BENEFÍCIOS**

Você não será remunerado por sua participação. Se você concordar com o uso de suas informações é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, o processo do acolhimento aprimorado possa oferecer aos pacientes uma experiência mais completa e resolutiva.

## **RISCOS**

Os riscos potenciais relacionados a sua participação estão relacionados ao âmbito emocional, ao passo que algumas perguntas podem desencadear algum desconforto na resposta. Assim, não é possível prever o efeito emocional que as perguntas poderão lhe causar. Nesse sentido, será feito o possível para evitar que você vivencie qualquer desconforto durante a entrevista, como: a realização da pesquisa em local reservado que garanta a privacidade, acolhimento ao participante e uma escuta atenta no intuito de apenas obter informações necessárias à pesquisa. No entanto, na ocorrência de qualquer dano tais como: desconforto, medo, vergonha, estresse, cansaço, aborrecimento, você poderá interromper a pesquisa e retirar a participação, ou ainda, ser acolhido e tranquilizado pelo pesquisador.

Rubricas:

\_\_\_\_\_  
*Alessandra Silva Lopes Pereira*  
(Pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
*Participante*



## **CUSTOS**

Você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

## **CONFIDENCIALIDADE**

Se você optar por participar desta pesquisa, seus dados pessoais, bem como suas respostas e falas durante a entrevista serão mantidos de maneira confidencial e sigilosa. Suas falas somente serão utilizadas depois de anonimizadas (ou seja, retirada a sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, e conteúdo das entrevistas. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

## **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para **Alessandra Pereira** no telefone **(21) 99987.8444** de 9h às 17h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariaram a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com:

**CEP do INCA:** na Rua do Resende N°128, Centro, Sala 204, de segunda a sexta de 8:00 a 17:00hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br);

**CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ:** Rua Afonso Cavalcanti, N° 275, Cidade Nova. Telefone: (21)3938-0962. E-mail: [cepeeahesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeahesfa@eean.ufrj.br)

Rubricas:

\_\_\_\_\_  
*Alessandra Silva Lopes Pereira*  
(Pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
*Participante*



## CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações coletadas durante a entrevista. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu concordo em participar desta pesquisa e **CONCORDO** em ter minhas falas armazenadas e utilizadas para uso em pesquisas futuras aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA e para isto deverei assinar no futuro, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se eu concordar. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
-----------------------------------	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao funcionário indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste funcionário para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------

**CEP do INCA:** Rua do Resende N°128, Sala 204, de segunda a sexta de 8:00 a 17:00hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br).

**CEP da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ:** Rua Afonso Cavalcanti, N° 275, Cidade Nova. Telefone: (21)3938-0962. E-mail: [cepeeahesfa@eean.ufrj.br](mailto:cepeeahesfa@eean.ufrj.br)

## APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS ENFERMEIROS



### CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

**Data da entrevista:** ...../...../..... **Início:** ..... **Término:** .....

**Sexo:** M ( ) F ( )

**Tempo de formação:** .....

**Tempo de atuação na emergência pediátrica oncológica:** .....

**Tempo de atuação na instituição:** .....

**Escala:** ( ) Diarista ( ) Plantonista

**Plantonista:** ( ) Serviço Diurno ( ) Serviço Noturno

**Qualificação:** ( ) Aperfeiçoamento ( ) Especialização ( ) Mestrado

( ) Doutorado

**Aperfeiçoamento:** \_\_\_\_\_

**Especialização:** \_\_\_\_\_

**Mestrado:** \_\_\_\_\_

**Doutorado:** \_\_\_\_\_

1. Como você desenvolve o acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?
2. Qual o significado, para você, da prática do acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica? Fale-me sobre isso.
3. Como percebe a organização das práticas de acolhimento no cuidado à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?
4. O que você acha que dificulta e/ou facilita a prática do acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica? Como influencia?
5. Que estratégias gerenciais você utiliza no acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?
6. Você considera que a forma como está sendo realizado o acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica está adequado? Por quê?

## APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br



### **CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE:**

**Data da entrevista:**...../...../..... **Início:** ..... **Término:** .....

**Sexo:** M ( ) F ( )

**Tempo de formação:**.....

**Tempo de atuação na emergência pediátrica oncológica:** .....

**Tempo de atuação na instituição:** .....

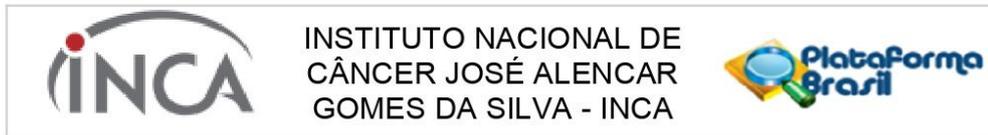
**Escala:** ( ) Diarista ( ) Plantonista

**Plantonista:** ( ) Serviço Diurno ( ) Serviço Noturno

1. Como você desenvolve o acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?
2. Qual o significado, para você, da prática do acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica? Fale-me sobre isso.
3. Como percebe a organização das práticas de acolhimento no cuidado à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica?
4. O que você acha que dificulta e/ou facilita a prática do acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica? Como influencia?
5. Você considera que a forma como está sendo realizado o acolhimento à criança e seu familiar na emergência pediátrica oncológica está adequado? Por quê?

## ANEXO

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ACOLHIMENTO EM EMERGÊNCIA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA: UMA PRÁTICA GERENCIAL DA ENFERMAGEM

**Pesquisador:** ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71587623.8.3001.5274

**Instituição Proponente:** Instituto Nacional de Câncer/ INCA/ RJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.582.056

**Apresentação do Projeto:**

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.551.126, de 04/12/2023.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.551.126, de 04/12/2023.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.551.126, de 04/12/2023.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme o Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.551.126, de 04/12/2023.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

**Recomendações:**

Não há. Todas as pendências foram respondidas.

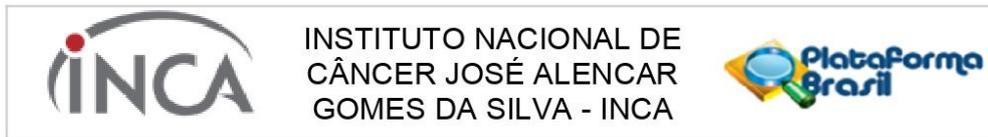
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se da análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado do CEP-INCA no. 6.551.126, de 04/12/2023 (arquivo <FormulariodependenciasCEPINCA.docx>):

1 - Acerca de Cronograma apresentado em Projeto como em arquivo à parte:

1.1 - Pede-se atualizar, de modo a que período de coleta de dados somente seja iniciado após

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.582.056

aprovação por CEP de instituição coparticipante e cenário de estudo.

Pendência adequada. Projeto página 40. Mais cronograma anexo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2 - Em arquivo "TCLE\_2023\_modificado.pdf":

2.1 - Solicita-se descrever pouco melhor intervenção proposta a participante, referindo a ambiente reservado e tempo estimado de entrevista.

Pendência adequada. Projeto página 44. Mais TCLE anexo.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

"PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa consiste numa entrevista com perguntas pertinentes ao tema em estudo. Estas entrevistas poderão acontecer em qualquer lugar reservado, acordado entre o pesquisador e o participante tendo como preocupação que seja um local tranquilo, com mínimo de interferências, que permita ao participante se sentir à vontade para conversar sobre o assunto em pesquisa. Anteriormente serão apresentados os objetivos do estudo e a metodologia proposta para obtenção dos dados. O participante poderá ler as perguntas previamente se assim o desejar. As respostas serão gravadas e posteriormente transcritas para melhor análise conferindo um codinome aos participantes. A entrevista tem uma estimativa de 20 minutos de duração. Somente o pesquisador e a equipe da pesquisa terão acesso ao conteúdo discutido com a identificação do participante. Você poderá interromper a qualquer momento a entrevista. Sua contribuição através das falas serão guardadas pela equipe da pesquisa por um período de 5 anos. "

3 - No arquivo "FormulariodeSubmissaoCEP\_INCA.pdf":

3.1 - Embora orientador figure cadastrado em PB, cabe incluir o mesmo em Equipe de Pesquisa no presente documento. Ainda, em arquivo enviado designação de Serviços aparece pouco legível, o que se sugere também rever.

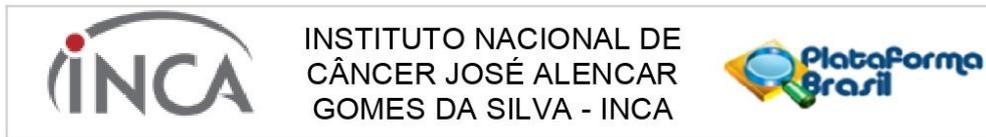
Pendência adequada. Novo formulário anexado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4 - Acerca de Orçamento, solicita-se padronizar informações em diferentes documentos apresentados.

Pendência adequada. Projeto página 42. Mais orçamento em anexo.

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.582.056

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

5 - Em Folha de Rosto, ainda que considerando pendência respondida ao CEP de Instituição Proponente, pede-se rever a amostra aqui apresentada, que difere daquela enunciada em texto de Projeto.

Pendência adequada. Nova folha de rosto foi anexada.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram respondidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

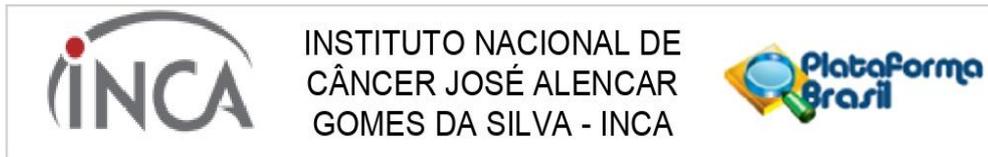
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS Nº 466/2012 e na Norma Operacional CNS Nº 001/2013, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2220904.pdf	12/12/2023 14:40:28		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO2023.docx	12/12/2023 14:36:49	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoNovo_AlessandraPereira.docx	12/12/2023 14:36:28	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
Orçamento	Novoorcamento.docx	12/12/2023 14:36:08	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMANOVO.docx	12/12/2023 14:35:34	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	NOVOformulariodesubmissaoINCA.pdf	12/12/2023 12:22:33	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	FormulariodependenciasCEPINCA.docx	12/12/2023 12:13:04	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Orçamento	Novoorcamento.pdf	12/12/2023	ALESSANDRA	Aceito

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.582.056

Orçamento	Novoorcamento.pdf	12:06:46	LOPES PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoNovoAlessandraPereira.pdf	12/12/2023 12:05:46	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMANOVO.pdf	12/12/2023 12:02:49	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENOVO2023.pdf	12/12/2023 12:00:09	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FRostoAlessandra.pdf	12/12/2023 11:57:23	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJ.pdf	16/09/2023 11:53:31	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_MODIFICADO_AlessandraPereira.pdf	16/09/2023 11:48:13	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2023_modificado.pdf	16/09/2023 11:46:45	ALESSANDRA SILVA LOPES PEREIRA	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentoaoCEP.pdf	14/07/2023 16:43:18	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	CheckList_UFRJ.pdf	14/07/2023 16:42:30	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadedados.pdf	14/07/2023 16:41:27	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Thiago.pdf	14/07/2023 16:39:52	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Ale.pdf	14/07/2023 16:38:46	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito
Outros	FormulariodeSubmissaoCEP_INCA.pdf	07/07/2023 15:21:42	ALESSANDRA SILVA LOPES	Aceito

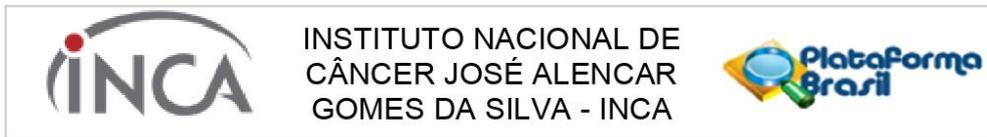
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 6.582.056

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**Antonio Abílio Pereira de Santa Rosa**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br