

COMUNICAÇÃO DE MÁΣ NOTÍCIAS EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS: EXPERIÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR

COMMUNICATION OF BAD NEWS IN PEDIATRIC EMERGENCIES: EXPERIENCES OF PROFESSIONALS IN THE PRE-HOSPITAL CONTEXT

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES EN EL CONTEXTO PREHOSPITALARIO

Daniele Cristina Evangelista Cintra¹

Patrícia Moreira Dias²

Mariana Lucas da Rocha Cunha³

Como citar este artigo: Cintra DCE, Dias PM, Cunha MLR. Comunicação de más notícias em emergências pediátricas: experiências dos profissionais no contexto pré-hospitalar. Rev baiana enferm. 2022;36:e44267.

Objetivo: compreender como os profissionais de saúde que atuam no pré-hospitalar vivenciam a comunicação de más notícias à família na emergência pediátrica, bem como propor um protocolo de comunicação baseado nessas experiências. **Método:** pesquisa qualitativa com sustentação teórico-metodológica baseada no Interacionismo Simbólico e na Análise Temática Indutiva, mediante entrevistas semiestruturadas, no 2º semestre de 2019. **Resultados:** os profissionais vivenciaram o difícil processo de comunicação sob a influência do ambiente hostil. Eles estabeleceram ações para tentar cuidar e acolher a família. O cuidado com a família gerou reflexões e desejo de oferecer um atendimento adequado. Após a análise dessas experiências, foi proposto o Protocolo Acolher. **Considerações finais:** os profissionais de saúde que atuam no pré-hospitalar sentem-se pouco preparados e extremamente desconfortáveis diante da comunicação de más notícias. O protocolo desenvolvido pode colaborar no direcionamento aos profissionais do Atendimento Pré-Hospitalar e ajudá-los no processo de comunicação de más notícias.

Descritores: Comunicação em Saúde. Emergências. Socorristas. Enfermagem Familiar. Enfermagem Pediátrica.

Objective: to understand how health professionals working in the pre-hospital experience the communication of bad news to the family in the pediatric emergency, as well as to propose a communication protocol based on these experiences. Method: qualitative research with theoretical-methodological support based on Symbolic Interactionism and Inductive Thematic Analysis, through semi-structured interviews, in the 2nd semester of 2019. Results: the professionals experienced the difficult communication process under the influence of the hostile environment. They set out actions to try to care for and receive the family. Family care generated reflections and a desire to provide adequate care. After the analysis of these experiences, the Protocolo Acolher was proposed. Final considerations: health professionals working in the pre-hospital feel unprepared and extremely uncomfortable before communicating

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Professora do Centro Universitário São Camilo. São Paulo, São Paulo, Brasil. danielevangelista@icloud.com. <https://orcid.org/0000-0003-2603-7293>.

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3153-5302>.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein. São Paulo, São Paulo, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0768-7971>.

bad news. The protocol developed can collaborate in directing pre-hospital care professionals and help them in the process of communicating bad news.

Descriptors: Health Communication. Emergencies. Emergency Responders. Family Nursing. Pediatric Nursing.

Objetivo: comprender cómo los profesionales sanitarios que trabajan en el prehospitalario experimentan la comunicación de malas noticias a la familia en la emergencia pediátrica, así como proponer un protocolo de comunicación basado en estas experiencias. Método: investigación cualitativa con soporte teórico-metodológico basado en el Interaccionismo Simbólico y el Análisis Temático Inductivo, a través de entrevistas semiestructuradas, en el 2º semestre de 2019. Resultados: los profesionales experimentaron el difícil proceso de comunicación bajo la influencia del ambiente hostil. Establecen acciones para tratar de cuidar y acoger a la familia. El cuidado familiar generó reflexiones y un deseo de brindar una atención adecuada. Tras el análisis de estas experiencias, se propuso el Protocolo de Bienvenida. Consideraciones finales: los profesionales de la salud que trabajan en el prehospitalario se sienten poco preparados y extremadamente incómodos ante la comunicación de malas noticias. El protocolo desarrollado puede colaborar en la dirección de los profesionales de la atención prehospitalaria y ayudarles en el proceso de comunicación de malas noticias.

Descriptores: Comunicación en Salud. Urgencias Médicas. Socorristas. Enfermería de la Familia. Enfermería Pediátrica.

Introdução

Crianças apresentam vulnerabilidades inerentes ao seu ciclo de vida e estão sujeitas às potenciais consequências, ao longo da vida, das condições de saúde indevidamente tratadas. Dessa forma, as crianças necessitam de acesso a cuidados de emergência seguros e de qualidade, sobretudo no pré-hospitalar. São inúmeros os desafios a serem transpostos na emergência pediátrica pré-hospitalar, dentre eles a falta de treinamento e de experiência dos profissionais na condução dessas condições⁽¹⁾.

Os acidentes e a violência estão entre as principais causas externas de morbimortalidade entre crianças e adolescentes no Brasil, configurando-se como importante questão de saúde pública para toda a sociedade. Quedas, aspição de corpo estranho, acidentes de trânsito e atropelamentos, intoxicação, queimaduras, afogamentos e homicídios são as principais ocorrências que refletem esse problema⁽²⁻³⁾.

Com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade, o tempo de internação hospitalar e as consequências causadas pela falta de atenção precoce, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no contexto pré-hospitalar. A equipe do SAMU é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas/socorristas⁽⁴⁾.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) envolve ações cujo foco é influenciar positivamente a redução das taxas de morbidade e mortalidade, respeitando os protocolos atuais e sempre visando o melhor prognóstico evolutivo⁽⁵⁾. Crianças possuem necessidades únicas, que podem ser intensificadas quando a doença é grave ou coloca sua vida em risco, o que pode ocorrer especialmente no ambiente fora do hospital. A assistência extra-hospitalar para crianças exige alta qualidade, recursos apropriados, equipe treinada de apoio e atendimento de emergência eficaz⁽⁶⁾.

As características da cena no APH, como tipo de acidente, gravidade, número de pessoas envolvidas e idade das vítimas, influenciam na interação estabelecida entre o profissional e a família. O cuidado infantil, muitas vezes, requer habilidades técnicas e comportamentais específicas^(5,7). Os profissionais podem expressar baixos níveis de conforto no tratamento de crianças gravemente doentes no contexto pré-hospitalar em função de demandas específicas, como dosagem de medicamentos, gerenciamento de vias aéreas e entraves na comunicação⁽⁸⁾.

Nesse contexto, espera-se que esses profissionais tenham que lidar com a alta demanda de comunicação de más notícias. O enfrentamento de algumas situações pode tornar-se uma tarefa difícil para o profissional, algo que não pode

ser delegado a outros membros da equipe, e é restrito àqueles imediatamente envolvidos com o serviço.

As más notícias podem ser definidas como informações que envolvam uma mudança drástica e negativa na vida de alguém e que alteram sua perspectiva do futuro. Profissionais de saúde vivenciam cotidianamente essa situação. A má notícia não impacta somente em quem a recebe, mas também em quem a informa, podendo provocar desconforto emocional e sofrimento. Além disso, nem sempre os profissionais são preparados, em sua formação, para esse importante desafio⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A relação entre famílias e profissionais pode intensificar ou minimizar o sofrimento durante a comunicação, que é influenciada por experiências, crenças e expectativas anteriores sobre o presente e o futuro. Cabe aos profissionais adotar uma abordagem reflexiva para compreender as diferenças e complexidades dos pacientes e de seus familiares, proporcionando recursos que facilitem o desenvolvimento dessas relações. Além disso, é preciso também considerar suas próprias experiências pessoais, significados e subjetividade no processo de comunicação^(9,11).

Os cursos de capacitação para profissionais do SAMU são geralmente focados nos aspectos fisiopatológicos e técnicos da atenção à saúde, oferecendo pouco espaço para que eles desenvolvam habilidades de comunicação, acolhimento e empatia⁽¹²⁾.

Com o objetivo de orientar os profissionais de saúde na comunicação de más notícias, desde a década de 70 foram desenvolvidos e implementados protocolos no contexto hospitalar⁽¹³⁾, dentre eles, o denominado SPIKES. No Brasil, há o protocolo PACIENTE, baseado no SPIKES, adaptado à realidade brasileira e proposto como ferramenta para direcionar a comunicação⁽¹⁴⁾.

Embora amplamente utilizados, esses protocolos têm um escopo limitado, ao considerar o APH, revelando lacunas no direcionamento aos profissionais que atuam nesses serviços. Dessa forma, conhecer a experiência de acolher as famílias de crianças em situações de emergência pode contribuir para a elaboração de um protocolo que atenda essa demanda.

Nesse sentido, as perguntas que nortearam esta pesquisa foram: Como os profissionais de saúde vivenciam o processo de comunicação de más notícias no contexto da emergência pediátrica? Quais as questões consideradas importantes pelos profissionais de saúde, ao comunicar más notícias?

Com base nas perguntas de pesquisa, delimitou-se como objetivo do estudo: compreender como os profissionais de saúde que atuam no pré-hospitalar vivenciam a comunicação de más notícias à família, na emergência pediátrica, e propor um protocolo de comunicação baseado nessas experiências.

Método

Pesquisa qualitativa com sustentação teórico-metodológica no Interacionismo Simbólico⁽¹⁵⁾ e Análise Temática Indutiva⁽¹⁶⁾, realizada no serviço pré-hospitalar por meio de entrevistas semiestruturadas. O estudo foi norteado seguindo as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽¹⁷⁾.

O cenário foi um serviço de APH da Região Sudeste do Brasil, que funciona 24 horas por dia, focado em lidar com emergências traumáticas e clínicas. Nesse serviço é realizada uma média de 130 atendimentos por dia, totalizando cerca de 1.500 serviços mensais de ações básicas e avançadas de suporte de vida⁽¹⁸⁾.

Participaram da pesquisa médicos e enfermeiros que atuavam no serviço de emergência na modalidade APH e atenderam ao critério de possuir, no mínimo, seis meses de experiência na época da coleta de dados. Foram excluídos da amostra os profissionais em período de férias ou licença médica. A coleta de dados foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Israelita Albert Einstein (SP) sob o Parecer nº 3.262.865/2019 e autorizada pelo coordenador do serviço.

A coleta de dados ocorreu no 2º semestre de 2019, após o treinamento da primeira autora conduzido pelas demais autoras. Os profissionais foram informados sobre a participação voluntária e os propósitos da pesquisa. A seleção

foi feita por conveniência e aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevistadora conhecia previamente os profissionais do APH, e não houve recusa para a participação no estudo.

Os profissionais foram entrevistados presencial e individualmente, durante seus turnos de trabalho, em local reservado e horário agendado, em uma única abordagem. As entrevistas iniciaram com a pergunta orientadora: “Você poderia me contar sobre uma situação em que você prestou atendimento a uma criança e, posteriormente, precisou comunicar más notícias para a família?” Outras questões foram introduzidas para ampliar a compreensão do fenômeno.

As entrevistas, que duraram entre 20 e 30 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra. Não houve interrupção. A inclusão de novos participantes foi interrompida quando as concepções ou os significados atribuídos permitiram uma compreensão do contexto.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática Indutiva, método que relata a experiência, os significados e a realidade dos participantes. Dessa forma, os temas identificados estão fortemente ligados aos próprios dados. A análise seguiu as seguintes etapas: transcrição, leitura e releitura dos dados; codificação sistemática e inicial dos dados; agrupamento dos códigos em potenciais temas com refinamento posterior e nomeação para esclarecer o assunto principal⁽¹⁶⁾. O processo de codificação foi realizado pela primeira autora sob a supervisão das demais autoras.

Resultados

Participaram do estudo 4 médicos e 3 enfermeiros do sexo masculino, com idades entre 35 e 46 anos, com atuação no APH entre 3 e 15 anos. Cada participante recebeu a letra “E”, seguida de numeral arábico, com o objetivo de preservar sua confidencialidade.

A análise das entrevistas possibilitou compreender os significados atribuídos pelos profissionais do APH à comunicação de más notícias

e de que forma esses significados permeiam as suas interações e ações no contexto da emergência pediátrica. Nas entrevistas, destacaram-se três temas: Lidando com a cinemática desconfortante e complexa, Comunicando a má notícia à família: cuidar, acolher e superar e Resgatando o atendimento ideal para a família.

Lidando com a cinemática desconfortante e complexa

Comunicar más notícias à família foi uma situação desconfortável para os membros da equipe de emergência, especialmente porque a vítima era uma criança. A interpretação simbólica do profissional, percebendo o cenário como caótico, ao se deparar com o atendimento a uma criança em estado grave ou mesmo com a morte dela, afetaram seu senso de equilíbrio e controle emocional. A interação com a família foi permeada por sentimentos de angústia, fracasso e não conformidade com a situação. A equipe precisou dedicar-se primeiro em cuidar da criança acidentada, mas não pôde deixar de atender os pais ou parentes, explicando-lhes, com calma e paciência, o que estava acontecendo com a criança. A falta de tempo, o desconhecido e a ausência de apoio externo simbolizaram esta cena, para o profissional, como a mais desafiadora e complexa.

A informação que tínhamos era que havia um adulto inconsciente no local, uma criança inconsciente de aproximadamente dois a três anos de idade e mais três vítimas conscientes por lá. Foi uma colisão, seguida de ejeção. A mãe estava amamentando esse bebê, que, na verdade, tinha um mês e meio, e ambos faleceram. Portanto, talvez o maior trauma não tenha sido, de fato, o serviço, mas dar essa informação ao pai que estava praticamente ileso, então passar a informação de que ele perdeu um filho e sua esposa ao mesmo tempo, foi realmente um desafio. Eu não tinha uma grande experiência de serviços e era difícil na minha cabeça pensar em uma estratégia sobre como abordar isso de forma tranquila. Mas eu refleti que isso é impossível, a gente comunicar más notícias para um membro da família é algo que sempre vai provocar desconforto. (E3).

As características da cena, como o tipo de acidente, o número de pessoas envolvidas e a idade das vítimas, influenciaram a percepção dos profissionais. As reações que os familiares apresentaram durante e após o atendimento também

foram desconfortantes e impactantes. Ademais, provocaram reflexões nos profissionais. Ao decidir interromper o atendimento, após avaliação e esforços minuciosos, os profissionais depararam-se com os pedidos da família para não desistirem de salvar a vida da criança, mesmo quando sabiam que a morte já acontecera. A falta de local adequado para comunicar a má notícia foi outro aspecto crucial do atendimento, pois aconteceu no próprio local da ocorrência.

Foi muito difícil dar a notícia, porque a família testemunhou todo o atendimento prestado pela equipe, porque eles não saíram da residência, eles não queriam sair, não importa o quanto pedimos. Eles testemunharam todas as ações de cuidado e foi muito difícil dar a notícia mais tarde. A mãe e outras pessoas nos pediram para dar continuidade à assistência, e o médico explicou que não era mais possível, devido ao tempo, devido à lesão cerebral causada [...] A culpa... eles se culpam pelo que aconteceu lá na época. (E7).

A morte da criança causou comoção na equipe e poderia ser agravada pela causa e circunstâncias da ocorrência. Os profissionais sentiram-se incapazes e despreparados diante dessa condição. Vale ressaltar a angústia da equipe que realizou todos os procedimentos adequados para um resultado favorável e, mesmo assim, não obteve sucesso. Nessa situação, sentimentos como desamparo, tristeza e a sensação do que poderia ter sido feito, invadiram a mente dos profissionais. No entanto, mesmo diante de toda a angústia, eles precisaram cumprir seu papel, comunicando-se com a família da forma mais empática e acolhedora possível.

[Ao descrever a cena] Correndo lágrima de todos ali na cena. E ele querendo saber da filha: "Eu quero saber da minha filha, o que aconteceu com a minha filha, o que aconteceu com a minha filha?" Cada um falava que tinha machucado, que estava ruim, não deram a notícia real... Até mesmo com medo desse deslocamento do pai. E aí eu cheguei e informei: "Senhor, infelizmente a filha do senhor faleceu." Sempre fui dessa postura porque cada palavra a mais que você fala, cria uma expectativa, uma esperança. (E4).

Comunicando a má notícia à família: cuidar, acolher e superar

Para os profissionais, o fato de desvendar uma estratégia eficaz de comunicação de más notícias podia gerar menos sofrimento para a família, mas eles não se sentiam qualificados para

essa difícil responsabilidade. Além disso, eles não se sentiam apoiados para suportar a pressão e o desgaste devido às informações e emoções causadas por essas condições.

Cada ocorrência, em sua peculiaridade, requereu dos profissionais a adaptação de estratégias de comunicação, permeadas por dinâmicas interativas verbais e não verbais. Alguns profissionais tentaram ser breves e precisos, adotar uma postura técnica, tentando não criar falsas esperanças. Outros, optaram por realizar o acolhimento por meio da empatia, estabelecendo um vínculo rápido e cultivando crenças positivas, apesar da situação. Alguns profissionais, antes de comunicar a notícia, já sofreram ao pensar no impacto causado na família, revelando o processo reflexivo com o seu *self*, tendo a notícia como objeto e símbolo de manipulação.

Na impossibilidade de reverter o quadro clínico da criança, simbolicamente, cada palavra utilizada na comunicação com a família era pensada e cuidadosamente escolhida. Os profissionais estavam cientes de que essa notícia quebraria a expectativa dessas pessoas, desencadeando sentimento de culpa, negação e desespero.

Os profissionais utilizaram outras estratégias a exemplo de: identificar se havia alguém da família estendida no local e pedir ajuda para apoiar os pais ou tentar entender se a família estava ciente da gravidade do estado clínico da criança, antes de comunicar a má notícia.

Quando envolve crianças, a situação é um pouco mais complicada porque, geralmente, é uma morte inesperada, uma morte traumática, uma perda aguda. Por isso, fica claro que, geralmente, um dos familiares já sabe a gravidade, já sabe que é uma situação arriscada. Falar com ele primeiro e depois ligar para os outros membros da família é uma estratégia que eventualmente funciona, mas eventualmente não funciona tão bem. A maneira como você fala, seu tom de voz, sua postura corporal e saber como olhar a pessoa nos olhos e dizer o que aconteceu, dizendo que muitas vezes eles não são culpados, faz a diferença! (E2).

Na percepção e interpretação dos profissionais, a ausência de apoio técnico e emocional para acolher a família nesse contexto, especialmente em caso de morte da criança, era um fator que tornava a situação mais crítica. Eles se preocupavam com a família depois da notícia.

Por outro lado, o cotidiano permeado por uma complexa rotina de cuidado exigia desses profissionais o desenvolvimento de estratégias para reprimir seus próprios sentimentos. Eles buscavam proteger-se de emoções negativas, cumprir as ações assistenciais e superar o desconforto.

É um atendimento mais complexo nos assuntos emocionais, mexe muito com as emoções, principalmente depois que a gente vira pai. A coisa complica. Mas, no momento do atendimento, eu nem diria nem que é uma frieza; é um bloqueio talvez, que a gente recebe para proteger mesmo as nossas emoções, não sofrer com as questões da mente nesse momento. (E1).

Resgatando o atendimento ideal para a família

Há uma lacuna de conhecimento e de apoio que dificultava a atuação do profissional do APH em relação à comunicação e o acolhimento no cenário de más notícias. O relato dos profissionais reforçava sua percepção de que não foram devidamente treinados para atuar nessas situações ou não receberam apoio suficiente para auxiliar a família.

Há despreparo do profissional para comunicar uma má notícia, porque ele não aprende isso em nenhum lugar. Nenhum curso de pré-hospitalar tem um capítulo sobre como comunicar más notícias. Não existe isso [...], ninguém te fala: "Olha, quando você comunicar uma situação você deve agir assim!" Não tem. Então, cada um aplica à sua maneira. Pode ser ruim, pode ser boa, mas, cada um tem sua individualidade para comunicar más notícias e isso de fato tem que mudar! É uma coisa que se torna muito pesada também para o colaborador, e ele, não sabendo manejar isso, se torna muito mais pesado para a família. (E2).

Após o fim da ocorrência, o sentimento latente era o da impotência. Novamente, em interações reflexivas da mente do profissional, ele analisava suas interações com a família, com a criança e com o atendimento em si. Surgiam preocupações sobre o que teria sido o atendimento ideal, resgatando, assim, o que foi positivo e o que

poderia ser melhorado. Os profissionais questionavam a falta de recursos para atender as necessidades da família durante e imediatamente após a morte, bem como o apoio psicológico aos trabalhadores.

O profissional que trabalha no pré-hospitalar é taxado de frio, uma pessoa que não tem muito amor, essas coisas... Muito pelo contrário. Se a gente não tivesse amor, a gente não estaria aqui, não conseguiria lidar com essa situação da forma que a gente trabalha. A gente tem até um excesso de amor, só que isso fica escondido atrás de uma situação ou postura que se faz necessária para não errar, para fazer com que ninguém sofra... Então, se isso não é amor, eu não sei o que é. (E2).

Diante da morte de uma criança, havia um exercício constante de retornar à casa no final do turno de trabalho e esquecer a cena, mitigando, assim, os traumas levados para a vida pessoal. No entanto, na rotina de cuidados complexos, e pelo significado que esses atendimentos assumiam na vida do profissional, eles adotavam estratégias, como tentar reprimir seus próprios sentimentos, mudar sua postura e, de alguma forma, proteger-se contra emoções negativas, para poder manter suas tarefas.

Uma criança sempre traz uma reflexão pós-atendimento. Como eu disse, na hora do atendimento a gente recebe um certo bloqueio, fica firme para dar informação, acompanhar todo sofrimento da família, mas, após o atendimento, quando a gente está na base, a gente começa a refletir aquela pequena vida e aí fica... A gente acaba comentando com todo mundo: "Nossa! Criança tal mexeu com a gente." (E1).

A reflexão e a análise das experiências narradas pelos profissionais, consolidadas com o apoio da literatura, ajudaram a propor um protocolo de comunicação de más notícias no contexto pré-hospitalar, baseado na mnemônica ACOLHER. O Protocolo ACOLHER tem o objetivo de ajudar os profissionais do APH no processo de comunicação de más notícias e apoiar as suas ações.

Quadro 1 – Comunicação de más notícias no Atendimento pré-hospitalar: Protocolo ACOLHER⁽¹⁹⁾ (continua)

Acrônimo	Descrição
A	Avaliação da cena: considere a cinemática do trauma em termos do número de vítimas, idade, tipo de acidente, bem como a gravidade das vítimas.
C	Comunicar-se de forma clara e eficaz: compreenda o que a família já sabe, não dê falsas esperanças, busque pessoas de apoio que possam receber melhor a notícia e colaborar com a comunicação.

Quadro 1 – Comunicação de más notícias no Atendimento pré-hospitalar: Protocolo ACOLHER⁽¹⁹⁾ (conclusão)

Acrônimo	Descrição
O	Ouvinte: identifique e analise quem é o familiar que receberá a notícia.
L	Legitimando o sofrimento: invista tempo, demonstre compaixão, adeque as palavras, pois comunicar a má notícia exige experiência e observação.
H	Humanização: coloque-se no lugar da família, aja de forma ética, respeite e acolha as emoções dos outros.
E	Estabelecer um vínculo de confiança com a família: reconheça os limites de atuação profissional na reversão da ocorrência, seja íntegro, verdadeiro e honesto.
R	Reavaliando, refletindo e reorganizando (3 Rs): Reavalie a cena: certifique-se de que todos os envolvidos no incidente foram atendidos de forma adequada e eficaz. Refleta: se o atendimento foi adequado, se a empatia e o acolhimento permaneceram em todas as etapas da ocorrência. Reorganização: a equipe precisa manter a resiliência na estabilização, recuperação e reconfiguração diante da experiência impactante.

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O estudo avançou, ao explorar os significados atribuídos pelos profissionais do APH refletidos em situações de vida e morte, escassez de tempo, o inesperado e o imprevisível. Isso interfere de modo contundente na maneira como o profissional define a situação, o que demanda habilidades de comunicação em um cenário intensamente desafiador.

A pesquisa destaca o cenário caótico em que acontece a experiência de comunicar más notícias, durante uma emergência pediátrica, pela interpretação simbólica dos profissionais envolvidos em tais atendimentos. Os profissionais revelaram fatores que impactavam a comunicação, como lidar com o ambiente desconhecido e hostil, falta de conexão com a família, tempo limitado, condições inerentes ao acidente e necessidade de rápida tomada de decisão/ação.

Os ambientes de emergência são voltados para o atendimento prioritário às condições fisiológicas decorrentes da piora clínica do paciente ou de acidentados, situação marcada pela gravidade clínica do paciente ou da vítima⁽²⁰⁾. Esse ambiente tem barreiras comuns, como, por exemplo, falta de privacidade, prioridades concorrentes, pressão de tempo e número restrito de membros da equipe⁽²¹⁾.

A família da criança tem um papel fundamental no cenário assistencial, mas gera

insegurança e é um desafio adicional para a equipe nesse contexto. As reações dos parentes são únicas, às vezes inesperadas e impregnadas de muita emoção, o que impacta na forma como os médicos e enfermeiros dedicam-se ao cuidado deles, sobretudo em situações de emergência e urgência.

Os profissionais ficam compadecidos diante da angústia dos familiares das vítimas e sentem-se cobrados por eles por condutas resolutivas para aquela situação⁽²⁰⁾. A presença do familiar pode incomodar a equipe, devido à possibilidade de distração, e atrapalhar o profissional na sua conduta, o que pode desencadear incômodo e estresse⁽²²⁾. Os profissionais têm crenças positivas e negativas sobre a presença da família, como poder observar os esforços para salvar a criança, oferecer informações importantes e proporcionar segurança à criança.

Em serviços de emergência, alguns profissionais acreditam que não têm tempo para dar atenção às famílias. Reforçam que as cenas do atendimento podem ser compreendidas pelas famílias como desconfortantes, impactantes ou perturbadoras. Acreditam que as equipes devem proteger as famílias de memórias negativas⁽²²⁾. No entanto, no contexto do APH, o profissional não tem essa opção e, mesmo diante da assistência desafiadora, não pode limitar a presença da família. É uma condição imposta pelo contexto em que o atendimento ocorre.

Assim, o que se espera do profissional em situação de emergência, isto é, que possa salvar a vida da criança, é um produto social. A autoavaliação do profissional em relação às suas habilidades está fortemente associada ao resultado positivo e à sua capacidade de resolver situações desafiadoras. O cuidado com as crianças vítimas de acidentes foi considerado situação mais profunda e desafiadora, aumentando a autocrítica e, possivelmente, sua tensão emocional e psicológica⁽⁷⁾.

O significado atribuído às memórias episódicas de ações de cuidado anteriores é transformado no presente por meio de ações para tentar mitigar a angústia da família e não causar mais traumas.

Pesquisas vêm enfatizando que, diante da morte, os profissionais adotam uma postura mais distante e fria, com o objetivo de disfarçar a tristeza e o desconforto, além de sentimentos, como culpa e fracasso^(20,23). Excluir ou barrar a família diante de procedimentos invasivos e emergenciais é um ato quase simbólico, compartilhado com a maioria dos profissionais de emergência, justificado pela falta de recursos físicos, pela gravidade do paciente, pela filosofia de cuidado e pela falta de formação⁽²⁰⁾. Ao contrário dessa postura, recomenda-se que as comunicações difíceis não sejam adiadas, porém deve-se aplicar termos que sejam compreensíveis e adequados ao entendimento da família, o que possibilita melhor compreensão da evolução do caso⁽²²⁾.

Por outro lado, alguns profissionais que participaram deste estudo buscaram colocar-se no lugar do outro, entendendo que a empatia é essencial. Ao interpretar que esta é uma situação desesperadora para a família, eles tentam estabelecer um vínculo rápido e cultivar crenças positivas, a fim de mitigar a angústia. Do ponto de vista relacional, é importante que o profissional exerça empatia nos setores de emergência, buscando compreender as angústias em torno desse cuidado⁽²⁰⁾. A comunicação efetiva, a resolutiva em relação às questões de saúde e a possibilidade de estar com o familiar são percebidas como ações de um bom atendimento⁽²⁴⁾.

O presente estudo corrobora que as pressões associadas à carga de trabalho da equipe acabam

gerando preocupações interpessoais. Atender uma ocorrência e lidar com uma criança que sofreu um grave acidente ou evoluiu para a morte são situações que desencadeiam estresse, esgotamento físico e emocional, especialmente quando os familiares da criança não aceitam o evento e acabam culpando-se ou até culpando o profissional pelo fato de a criança não ter sido salva⁽²⁵⁾.

Foram revelados as reflexões pessoais e o desejo de um atendimento adequado e acolhedor às famílias, por meio de estratégias de comunicação, para aliviar o estresse e a angústia exacerbados que afetam esses profissionais. Semelhante a outros estudos, os fatores que influenciam os aspectos negativos do cuidado são a falta de política e estrutura, uma equipe de apoio que acolha os familiares na emergência, uma sensação de isolamento, bem como a ausência de treinamento e apoio para lidar com esse contexto, especialmente com as consequências geradas ao longo de suas trajetórias profissionais⁽²²⁾.

O processo de comunicação está sujeito a influências situacionais e culturais. A preocupação com questões emocionais, no contexto intra-hospitalar, ao contrário do contexto pré-hospitalar, é melhor estabelecida quando há maior vínculo com o paciente e seus familiares, e quando já existem protocolos validados quanto à comunicação das más notícias.

Entre as principais recomendações aos profissionais destacadas na literatura pertinente, estão: preparar-se previamente antes da comunicação⁽¹⁴⁾; revisar o nome e o caso do paciente antes de comunicar⁽¹³⁾; apresentar-se e indicar seu papel no atendimento ao paciente⁽¹³⁾; escolher um lugar reservado⁽¹²⁾; ter uma atitude receptiva em relação à família⁽²⁰⁾; entender o que eles (parentes) já sabem⁽¹³⁻¹⁴⁾; reavaliar o que aconteceu durante suas ações de cuidado⁽¹³⁾; incorporar o contexto sociocultural do paciente⁽²⁵⁾; manter relação ética, empática e interpessoal^(14,25); promover acompanhamento da equipe multidisciplinar⁽¹²⁾; ter a presença de um membro significativo⁽¹²⁻¹³⁾; responder perguntas, acolher e ouvir a família de forma menos traumática e mais humanizada^(13,25).

A proposição do Protocolo ACOLHER foi realizada com o objetivo de auxiliar e apoiar as ações dos profissionais que atuam no contexto pré-hospitalar. Nesse ambiente, mais do que comunicar as más notícias, o socorrista precisa acolher a família. As habilidades, segurança e empatia do profissional servirão de base para a interação com a família, que, semelhante ao atendimento de emergência, pode ser rápida (em pouco tempo), mas nunca deve ser breve (isto é, superficial ou sem conhecimento).

Como limitações do estudo, pode-se pontuar que os profissionais entrevistados restringiram-se a um único contexto. Além disso, suas experiências eram, essencialmente, em emergência no pré-hospitalar. Deve-se considerar também que nenhum dos profissionais possuía formação específica para atuação em pediatria. Destaca-se que, por tratar-se de pesquisa qualitativa, os dados analisados não devem ser generalizados, pois refletem a realidade de um contexto interacional específico.

As evidências deste estudo contribuem para preencher lacunas importantes no que se refere à comunicação de más notícias em pediatria, especificamente na situação do APH. Os desafios e as angústias dos profissionais que emergiram nos dados podem direcionar estratégias de inserção do conteúdo e desenvolvimento de habilidades de comunicação, desde a formação acadêmica até os treinamentos e capacitações profissionais em seus locais de atuação.

Considerações Finais

Os profissionais que atuavam no contexto do APH sentiam-se pouco preparados e extremamente desconfortáveis para comunicar as más notícias. O local onde recebiam a família da criança era o mesmo cenário caótico onde o acidente aconteceu, no qual o tempo é crucial para o cuidado e limita os vínculos. Mesmo diante dessas dificuldades, os entrevistados revelaram-se preocupados e incomodados com as lacunas que vivenciavam, como a ausência de apoio psicológico e treinamento em comunicação.

Vale reforçar que, para esses profissionais, entender a fisiopatologia é importante, saber priorizar o cuidado também, mas colocar-se no lugar do outro, ser honesto e ético ao se comunicar com a família, permite-lhes sentir que estão desempenhando seu papel de forma abrangente.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Daniele Cristina Evangelista Cintra e Mariana Lucas da Rocha Cunha;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Daniele Cristina Evangelista Cintra, Patrícia Moreira Dias e Mariana Lucas da Rocha Cunha;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Daniele Cristina Evangelista Cintra, Patrícia Moreira Dias e Mariana Lucas da Rocha Cunha.

Referências

1. Brown KM, Ackerman AD, Ruttan TK, Snow SK. Access to Optimal Emergency Care for Children. *Pediatrics*. 2021;147(5):e2021050787. DOI: 10.1542/peds.2021-050787
2. França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(Suppl 1):46-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>
3. Filócomo FRF, Harada MJCS, Mantovani R, Ohara CVS. Perfil dos acidentes na infância e adolescência atendidos em um hospital público. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(3):287-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700044>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência [Internet]. Brasília (DF); 2002 [cited 2020 Jun 3]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
5. United Medical Education. PALS Algorithms 2021 (Pediatric Advanced Life Support) [Internet]. Provo, Utah (USA); 2021 [cited 2021 Oct 26]. Available from: www.acls-pals-bls.com/algorithms/pals

6. Owusu-Ansah S, Moore B, Shah MI, Gross T, Brown K, Gausche-Hill M, et al. Pediatric Readiness in Emergency Medical Services Systems. *Pediatrics*. 2020;145(1):e20193308. DOI: 10.1542/peds.2019-3308
7. Wihlborg J, Edgren G, Johansson A, Sivberg B. Reflective and collaborative skills enhances Ambulance nurses' competence – A study based on qualitative analysis of professional experiences. *Int Emerg Nurs*. 2017;32:20-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.002>
8. Padrez KA, Brown J, Zanoft A, Chen CC, Glomb N. Development of a simulation-based curriculum for Pediatric prehospital skills: a mixed-methods needs assessment. *BMC Emerg Med*. 2021;21(107). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00494-4>
9. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC. Más notícias: significados atribuídos na prática assistencial neonatal/pediátrica. *Rev Bioét*. 2017;25(3):577-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253214>
10. Camargo NC, Lima MG, Brietzke E, Mucci S, Góis AFT. Teaching how to deliver bad news: a systematic review. *Rev Bioét*. 2019;27(2):326-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272317>
11. Emmamally W, Erlingsson C, Brysiewicz P. Partnering with families: is the ED ready? *Int Emerg Nurs*. 2019;42:1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.002>
12. Landa-Ramirez E, López-Gómez A, Jiménez-Escobar I, Sánchez-Sosa JJ. [Breaking bad news in the emergency room: Suggestions and future challenges]. *Rev Med Inst Mex Safe Soc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 7];55(6):736-47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29190867/>
13. Bogle AM, Go S. Breaking bad (news) death-telling in the emergency department. *Mo Med* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 7];112(1):12-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25812264/>
14. Pereira CR, Calônego MAM, LEMONICA L, Barros GAM. Protocolo P-A-C-I-E-N-T-E: instrumento de comunicação de más notícias adaptado à realidade médica brasileira. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(1):43-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>
15. Charon JM. *Symbolic Interactionism: An Introduction, An Interpretation, An Integration*. New Jersey: Prentice Hall; 2004.
16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI:10.1191/1478088706qp063oa
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Saúde*. 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi:10.1093/intqhc/mzm042>
18. Jundiá (São Paulo). Prefeitura de Jundiá. Serviço de atendimento móvel de urgência: SAMU – Telefone 192 [Internet]. Jundiá (SP); 2017 [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://jundiai.sp.gov.br/saude/como-utilizar-os-servicos-dosus-em-jundiai/assistencia-hospitalar-e-urgencia-e-emergencia/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-telefone-192/>
19. Cintra DCE, Cunha MLR. Comunicar más notícias à família em emergências pediátricas: experiência de profissional no serviço pré-hospitalar [tese]. São Paulo (SP): Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; 2020.
20. Barreto MS, Marcon SS, Garcia-Vivar C, Furlan MC, Rissardo LK, Haddad MC, et al. Decidindo “caso a caso” a presença familiar no serviço de atendimento emergencial. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):272-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800039>
21. Elder E, Johnston ANB, Wallis M, Greenslade JH, Crilly J. Emergency clinician perceptions of occupational stressors and coping strategies: A multi-site study. *Int Emerg Nurs*. 2019;45:17-24. DOI: <https://doi:10.1016/j.ienj.2019.03.006>
22. Barreto MS, Peruzzo HE, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03435. DOI: 10.1590/S1980-220X2018001303435
23. Barcellos LN, Ribeiro WA, Fassarella BPA, Neves KC, Dias LLC, Couto CS, et al. Contributions for nurses in front of the death and dying process in pediatric emergency: Perception and coping strategies. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):e46210918250. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.18250
24. Barreto MS, Marcon SS, Garcia-Vivar C, Prado E, Costa JR, Ferreira PC, et al. Family experience of emergency care. *Rev baiana enferm*. 2020;34:e35100. DOI: 10.18471/rbe.v34.35100

25. Vega VP, González RR, Bustos MJ, Rojo SL, López EME, Rosas PA, et al. Relationship between grief support and burnout syndrome in professionals and technicians of pediatric health. *Rev chil pediatr.* 2017;88(5):614-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500007>

Recebido: 9 de abril de 2021

Aprovado: 18 de novembro de 2021

Publicado: 16 de fevereiro de 2022



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.

Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.