







Presença da família durante ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos: uma metassíntese

Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis

Presencia de la familia durante resucitación cardiopulmonar y procedimientos invasivos: una metassíntesis

Como citar este artigo:

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: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018001303435>

-  Mayckel da Silva Barreto¹
-  Hellen Emília Peruzzo¹
-  Cristina Garcia-Vivar²
-  Sonia Silva Marcon¹

¹ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

² Universidade de Navarra, Pamplona, Navarra, Espanha.

ABSTRACT

Objective: To synthesize the best qualitative evidence regarding the perception of family members, patients and health professionals about family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures. **Method:** Systematic review with meta-synthesis performed in the databases of Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycINFO, LILACS, MEDLINE, Embase and VHL. Articles published between 2010 and 2017 were included and evaluated with use of the Qualitative Data Extraction Instrument. **Results:** In total, were found 2,391 articles, out of which 26 were selected, and 24 were analyzed. The identified meta-theme was 'A pendular perspective: different views on family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures', which is supported by the following themes: Benefits resulting from family presence; Disadvantages and/or limiting factors of family presence; and Context: environmental, sociocultural and care factors influencing the perception of family presence. **Conclusion:** The perception of family members, patients and professionals about family presence is still controversial. The sensitization of these subjects can potentiate the practice by making it more systematized and qualified.

DESCRIPTORS

Cardiopulmonary Resuscitation; Emergency Medical Services; Family relations; Professional-Family Relations; Emergency Nursing; Review.

Autor correspondente:

Mayckel da Silva Barreto
Rua Pioneiro Pompílio Custódio
Valério, 343, Casa A, Jardim Sumaré
CEP 87035-620 – Maringá, PR, Brasil
mayckelbar@gmail.com

Recebido: 29/01/2018
Aprovado: 15/08/2018

INTRODUÇÃO

Tomando como referência os pressupostos do Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF), hodiernamente existe a expectativa de que o atendimento em saúde, independentemente do contexto assistencial, também inclua e considere as famílias dos pacientes⁽¹⁾. Consequentemente, a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos – também denominada de presença da família à beira do leito – tende a se tornar crescente nos serviços de saúde⁽²⁾. Isto porque, após o primeiro relato na literatura em 1987⁽³⁾, a prática passou a ser explorada em diversos estudos, cujos resultados evidenciaram que os familiares, quando presentes, experimentam um efeito emocionalmente protetor, minimizando os danos traumáticos inerentes ao sentimento de impotência da família⁽⁴⁻⁶⁾. Ademais, a presença da família satisfaz a necessidade que familiares tem de “estar com” seu ente querido durante a vivência de uma enfermidade crítica e aguda⁽⁷⁾, pois, entre outros aspectos, os familiares desejam fornecer informações à equipe de saúde, proporcionar segurança e conforto emocional e espiritual ao paciente e, até mesmo, despedir-se dele^(2,4).

As pessoas que tiveram a oportunidade de vivenciar a presença da família à beira do leito, o que teoricamente se aproxima do cuidado proposto pelo referencial do CCPF, apesar de se preocuparem com as possíveis respostas emocionais e sofrimento de seus familiares, na maior parte dos casos, percebem essa experiência de maneira positiva⁽⁷⁾. Entendem que a presença dos familiares proporciona um ambiente de confiança e tranquilidade, o que consequentemente se reflete no melhor enfrentamento da situação⁽⁷⁻⁸⁾. Na perspectiva de alguns profissionais de saúde, também foram identificados benefícios com a presença da família. O principal deles é a possibilidade de se recordar do paciente não apenas como uma doença, mas sim como uma pessoa que “pertence a alguém”⁽⁹⁾, o que converge diretamente em maior humanização na assistência⁽⁹⁾ e aumenta a satisfação dos sujeitos com o serviço de saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

Embora diversos aspectos positivos sejam evidenciados nos estudos, a presença da família segue ocorrendo de forma inconsistente e não sistematizada⁽⁵⁾ em função de opiniões divergentes de pesquisadores e profissionais de saúde. Muitos profissionais percebem as famílias como potenciais avaliadoras da assistência, o que aumentaria as possibilidades de processos judiciais⁽¹⁰⁾, além de possuírem receio de os familiares atrapalharem a realização dos procedimentos ou mesmo se traumatizarem com as cenas produzidas pela assistência, de violarem o sigilo do atendimento, interferirem no ensino do pessoal residente e potencializarem a sensação de estresse na equipe durante a realização dos cuidados e de impotência diante do óbito do paciente⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Ante os diversos estudos realizados, os quais possuem abordagens metodológicas variadas, é necessário demonstrar, de forma compilada, as melhores e mais atuais evidências científicas sobre a presença da família durante a ressuscitação e procedimentos invasivos. Revisões integrativas⁽¹⁶⁾ e sistemáticas da literatura quantitativa⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, inclusive com metanálise⁽¹⁹⁾ já foram realizadas sobre a temática. Por outro

lado, foi encontrada somente uma revisão que incluía estudos qualitativos desenvolvidos com profissionais de saúde e familiares⁽²⁰⁾. Nesta, foram analisados 25 artigos publicados no período de 1985 a 2009, e os resultados permitiram concluir que existe uma tensão entre a crença da família de que estar presente é um direito e dos profissionais de que eles devem ter controle sobre as circunstâncias da prática. Também foi identificado que a maioria dos membros da família descrevia a sua presença como uma oportunidade para a obtenção de conforto pessoal e para o fechamento da situação, mas os profissionais eram receosos de as famílias se traumatizarem com as cenas⁽²⁰⁾.

Desse modo, percebe-se necessário atualizar e expandir esse conhecimento, por meio da análise da literatura mais recente e da inclusão de estudos que tenham contemplado a participação dos pacientes. Os achados, aqui arrolados e sintetizados, têm potencial para sensibilizar os profissionais e gestores de unidades emergenciais para considerarem a possibilidade de discutir a importância do CCPF, subsidiando a elaboração de políticas institucionais permissivas à presença familiar durante o atendimento, calçadas na realidade local. Com base nas considerações apresentadas, o objetivo desta revisão foi sintetizar as melhores evidências qualitativas atinentes à percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Este estudo é uma revisão sistemática que adotou a metodologia de metassíntese do *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁽²¹⁾, desse modo, para seu desenvolvimento, consideraram-se as seguintes etapas: 1) Abordagem do tema e formulação da questão de pesquisa. Assim, formulou-se a seguinte pergunta orientadora: qual a percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e os procedimentos invasivos no contexto pré-hospitalar e hospitalar?; 2) Definição da informação avaliada nos artigos; 3) Seleção das bases de dados e descritores utilizados; 4) Seleção dos estudos com base nos critérios previamente estabelecidos; 5) Avaliação do rigor metodológico dos estudos empíricos; 6) Coleta e registro da informação dos artigos que foram considerados para revisão em instrumento específico; e 7) Síntese dos achados com elaboração da metassíntese qualitativa⁽²¹⁾. Nesta revisão, ainda que o projeto não tenha sido submetido ao JBI, todas as etapas propostas por essa entidade foram seguidas, e são mais bem descritas nas seções a seguir.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ARTIGOS

Na definição dos critérios de inclusão/exclusão, considerou-se a estrutura PICO: População – pacientes adultos (idade maior ou igual a 18 anos) em cuidado crítico/emergencial; familiares dos pacientes (laço afetivo ou consanguinidade) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas e capelães hospitalares). Fenômeno de Interesse – percepção de pacientes,

familiares e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos. Contexto – ambientes de assistência emergencial pré-hospitalar e hospitalar (unidades de emergência e de terapia intensiva). Resultado esperado – descrição subjetiva da percepção do fenômeno.

Desta forma, foram selecionados estudos de abordagem qualitativa ou de métodos mistos desenvolvidos com pacientes adultos, familiares e profissionais de saúde, publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017. Esse período foi definido porque já existe uma metassíntese acerca do tema, com estudos publicados entre 1985 e 2009⁽²⁰⁾ e também porque se buscavam as evidências científicas mais atuais. Consideraram-se textos disponíveis eletronicamente, nos idiomas inglês, português e espanhol, já que os autores são fluentes nessas três línguas, e elas se configuram como algumas das línguas científicas mais utilizadas no mundo. Para o caso de artigos, ainda se empregou o como critério de inclusão o fato de o periódico de publicação ser revisado por pares. Este rastreio preliminar buscou selecionar apenas artigos já previamente avaliados quanto à sua qualidade.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A busca foi inicialmente realizada no mês de março de 2017 e atualizada em janeiro de 2018. Já a avaliação e a análise dos resultados ocorreram entre março e junho de 2017, com complementação em janeiro de 2018.

A seguinte combinação de descritores (MeSH) em inglês foi usada para conduzir a busca na base de dados PubMed, assim como nas demais bases de dados, com pequenas adaptações, de acordo com as suas especificidades: “Family Presence” OR “Family Witnessed Resuscitation” OR “Family Presence during Resuscitation” OR “Family Presence During Invasive Procedures”; com os limites de data [01/01/2010 a 31/12/2017]; espécie [humanos] e idioma [português, inglês ou espanhol]. Um bibliotecário foi consultado para promover rigor no processo de busca. Foram utilizadas 10 bases de dados: Web of Science; Scopus; Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); PsycINFO da American Psychological Association; Embase; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE–PubMed); BVS–psicologia Brasil e Sociological abstracts. Contudo, as duas últimas bases não retornaram arquivos na busca e, por isso, não foram retratadas na Figura 1.

Ressalta-se que, em conformidade aos preceitos sugeridos pelo JBI⁽²¹⁾, os mesmos descritores foram inseridos em cinco bases de dados de literatura cinzenta (Index to Theses, Digital Dissertations, Banco de dissertações e teses

da CAPES, Networked Digital Library of Theses and Dissertations e New York Academy of Medicine Grey Literature Report), entretanto, nenhum material que respondesse à questão da revisão foi identificado.

SELEÇÃO DOS ARTIGOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

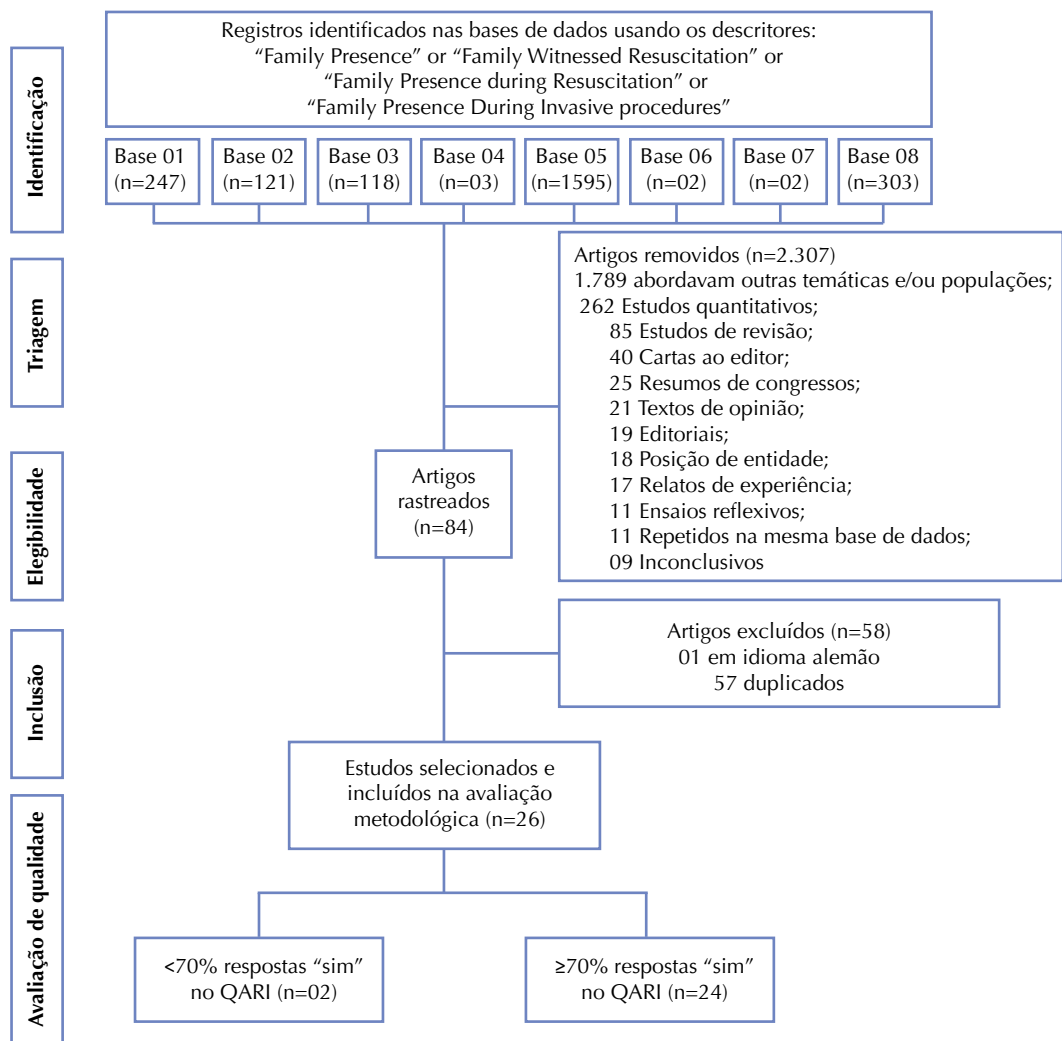
Foram encontrados 2.391 artigos (247 na Web of Science, 303 na Scopus, 121 na CINAHL, 1.595 na MEDLINE, 118 na LILACS, dois na BVS, dois na Embase e três na PsycINFO). Depois da leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 2.307 estudos. Dos 84 restantes, 57 foram rejeitados por estarem duplicados e um por estar no idioma alemão. Assim, de 2.391 artigos, 26 se enquadraram nos critérios de inclusão e responderam à pergunta orientadora. Porém, na avaliação da qualidade dois artigos não atingiram 70% ou mais de respostas positivas no *Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical research (QARI)*⁽²¹⁾. Desse modo, a amostra final constituiu-se de 24 artigos (Figura 1).

Para garantir o rigor do estudo, dois pesquisadores independentes (MSB e HEP) participaram de todas as etapas desta revisão, incluindo a estratégia de busca, avaliação da qualidade, extração e análise dos dados. As discordâncias foram resolvidas por discussão e consenso com outros dois revisores (GCV e SSM).

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para extrair e registrar sistematicamente os dados, dois revisores, de forma independente, leram e revisaram os artigos. Para tanto, utilizaram um instrumento elaborado pelo JBI, denominado *Qualitative Data Extraction Instrument*⁽²¹⁾, no qual constam as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, periódico, metodologia, método, análise de dados empregada, configuração, contexto geográfico e cultural, participantes, intervenções, principais resultados e conclusões dos autores e dos revisores. Depois da extração dessas informações foi estabelecido um nível de credibilidade para cada descoberta, e os resultados foram sintetizados, representando a agregação dos dados dos estudos primários.

Nesse processo de agregação, conforme estabelece o JBI⁽²¹⁾, os achados, por semelhança descritiva e conceitual, foram agregados em subtemas, os quais, posteriormente, agregados em temas mais amplos e abrangentes. Ao buscar semelhanças e diferenças entre as perspectivas dos distintos atores sociais que vivenciaram o fenômeno em investigação, subtemas e temas foram integrados, em vez de comparados. Isto levou à identificação do metatema “Uma perspectiva pendular: diferentes olhares sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos” (Quadro 1). Para imprimir maior rigor ao processo de síntese agregativa dos dados, as divergências foram discutidas pelo grupo até chegar ao consenso.



Legenda: Base 01: Web of Science; Base 02: CINAHL; Base 03: LILACS; Base 04: PsycInfo; Base 05: MEDLINE; Base 06: Embase; Base 07: BVS; Base 08: Scopus.

Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos da metassíntese.

Quadro 1 - Processo de agregação dos dados primários.

Achados	Subtemas	Temas	Metatema
Segurei firmemente a mão do meu avô e disse-lhe que estava lá para estar com ele. Espero que ele tenha sentido a minha presença, mesmo não estando consciente (Mr L – familiar) ⁽²²⁾ .	Promover contato físico e emocional entre família e paciente	Benefícios decorrentes da presença familiar durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos	Uma perspectiva pendular: diferentes olhares sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos
Ele (o irmão) me ajudou com a ventilação. Então, ele estava insuflando o AMBU para mim e eu estava dizendo a ele quando fazer isso (Profissional de atendimento pré-hospitalar) ⁽¹³⁾ .	Permitir a participação familiar no processo assistencial		
Se o paciente desperta da inconsciência, não ficaria assustado caso a família estivesse lá. Eu poderia fornecer apoio psicológico e emocional a ele, assim como para mim (Mr L – familiar) ⁽²²⁾ .	Promover apoio ao paciente e à família		
Depois de uma família testemunhar uma ressuscitação eles conseguem perceber que seu membro familiar não poderia ser salvo, ou seja, viram que ao final a equipe estava exausta, e que tudo o que poderia ser feito havia sido (Profissional) ⁽²³⁾ .	Permitir à família compreender melhor o caso do paciente e a assistência prestada		
Estamos apenas passando brevemente através das vidas dessas pessoas, e é a família que tem estado presente durante toda a sua vida, eles têm muito mais direitos. Somos apenas uma equipe, tentando evitar a morte. Às vezes nós ganhamos, às vezes não. Eu acho que nosso papel não é apenas ressuscitar a pessoa, mas ajudar o luto da família através disso (Darren – enfermeira) ⁽²⁴⁾ .	Facilitar a elaboração do processo de luto pela família		
Rezar não é só ao lado de um paciente. Mas é confirmado sobre o Profeta Muhammad que ele estava visitando o túmulo de sua mãe e chorou, mesmo sua mãe tendo falecido há 40 ou 50 anos. Então, estar perto do lugar dá a sensação de proximidade emocional, estar perto aumenta o poder da oração e encoraja que algo aconteça (Abu Yassin – familiar) ⁽²⁾ .	Permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente		
Senti que a família do paciente estava satisfeita com os esforços da equipe (em face a morte do paciente), porque eles presenciaram a cena e acompanharam os esforços. Isso pode acalmar as famílias e fazer com que elas fiquem satisfeitas com a equipe do hospital (N3 – enfermeiro) ⁽¹⁵⁾ .	Promover maior satisfação com a assistência na família		
Durante uma ressuscitação a dignidade do paciente não é mantida, roupas são removidas (profissional) ⁽²³⁾ .	Proteção ao paciente	Desvantagens e/ou limitadores da presença familiar durante o atendimento de emergência	
Nossas ações são agressivas, realizamos intubação, massagem cardíaca e outros, todas elas evocam má experiência na família e afetam sua psique. Por vezes, temos que parar de tratar o paciente e atender sua família. Por exemplo, tivemos um caso em que a família do paciente entrou na sala de ressuscitação e eles desmaiaram ao observar o paciente e nossas ações (Médico 04) ⁽¹⁵⁾ .	Proteção às famílias		
Como profissionais de saúde, não podemos nos sentir confortáveis quando estamos realizando um procedimento e outra pessoa está observando a equipe. Não nos sentimos bem, desejamos que os parentes próximos fiquem longe da sala de ressuscitação, de modo que possamos realizar os nossos procedimentos de forma mais tranquila (Kalisa – profissional) ⁽²⁵⁾ .	Proteção aos profissionais		
Depende do seu próprio conjunto de crenças e de sua própria experiência clínica profissional. Se é sua crença que caso você fosse o paciente desejaria alguém lá ou se você fosse o membro da família gostaria de estar lá para seu ente querido, então eu acho que você obviamente tentaria superar as barreiras para implementar [a presença da família] para outra pessoa (Jane – enfermeira) ⁽²⁴⁾ .	Crenças pessoais e experiências progressas	Contexto: condicionantes ambientais, socioculturais e assistenciais que influenciam a percepção da presença da família durante o atendimento emergencial	
Nove vezes em cada dez, os membros da família são os que estão lá quando seu ente querido passa mal ou encontram seu filho afogado em uma banheira ou começam a ressuscitar em casa e de repente chegam ao hospital e dizem para eles: "Não, você não pode entrar". Eu acho que isso é realmente rude e mostra uma falta de compreensão da nossa parte (Bella – enfermeira) ⁽²⁴⁾ .	Poder e autoridade profissionais legitimados		
Nós os ouvimos, porque estamos muito ocupados com o que estamos fazendo para nos preocupar com eles [familiares], porque temos que nos concentrar no que estamos fazendo (AS7 – profissional de atendimento pré-hospitalar) ⁽¹³⁾ .	Modelo de atenção à saúde focalizado no paciente		
Os quartos são apertados e uma vez que a nossa equipe de ressuscitação é constituída por dois enfermeiros e um médico, nem sempre haverá tempo suficiente para apoiar os familiares (enfermeira 15) ⁽¹¹⁾ .	Inadequações de espaço e pessoal		
Eles interrompem muito, por causa do nível de educação. Eles não sabem o que você está fazendo, porque eles pensam sempre que você pode fazer mais do que o que você está fazendo (Ghawar – enfermeira) ⁽²⁶⁾ .	Aspectos culturais e educacionais		

RESULTADOS

Nesta revisão foram inseridos 24 artigos que evidenciavam a percepção de familiares e/ou pacientes e/ou profissionais de saúde sobre a presença da família durante a

ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos. Os estudos foram realizados em diversos países, contemplando os cinco continentes. Participaram 83 pacientes, 128 familiares, 1.192 profissionais de saúde e três capelães (Quadro 2).

Quadro 2 – Quadro-síntese das características dos estudos incluídos na metassíntese de acordo com os autores, ano de publicação, país, participantes, contexto, tipo de estudo, método de análise e porcentagem de respostas positivas no QARI.

Autor (ano)	País	Participantes	Contexto	Tipo de estudo	Método de análise	QARI (%)
Hung, et al. (2010) ⁽²²⁾	Hong Kong	18 familiares	Setor de emergência	Interpretativo	Fenomenologia	90
Koberich, et al. (2010) ⁽¹¹⁾	Alemanha	166 enfermeiros	Unidades de Terapia Intensiva	Descritivo	Análise Temática	80
Wacht, et al. (2010) ⁽¹⁰⁾	Israel	10 profissionais (enfermeiros e médicos)	Setor de Emergência	Descritivo	Análise Temática	80
Davidson, et al. (2011) ⁽⁹⁾	Estados Unidos	12 profissionais (enfermeiros e médicos)	Setor de Emergência	Interpretativo	Teoria Fundamentada nos Dados	90
James, et al. (2011) ⁽²⁷⁾	Reino Unido	04 enfermeiros e 03 capelães	Setor de Emergência	Descritivo	Análise de Conteúdo	80
Lowry, et al. (2012) ⁽¹²⁾	Estados Unidos	14 enfermeiros	Setor de Emergências	Descritivo	Análise de Conteúdo Conceitual	90
Dall’Orso, et al. (2012) ⁽⁵⁾	Chile	33 enfermeiros e 30 familiares	Serviço de atenção móvel às urgências	Exploratório retrospectivo	Análise Temática	80
Bashayreh, et al. (2013) ⁽²⁸⁾	Jordânia	31 profissionais (enfermeiros, médicos, anestesistas, fisioterapeutas)	Unidades de Terapia Intensiva	Descritivo	Análise Temática	80
Leske, et al. (2013) ⁽⁶⁾	Estados Unidos	28 familiares	Setor de Emergência	Descritivo	Análise de Conteúdo	100
Walker, et al. (2014) ⁽¹³⁾	Reino Unido	08 profissionais pré-hospitalares e 12 enfermeiras hospitalares	Ambientes pré-hospitalar e hospitalares de atendimento emergencial	Interpretativo	Fenomenologia hermenêutica	90
Monks, et al. (2014) ⁽¹⁴⁾	Reino Unido	06 enfermeiros	Unidade de Terapia Intensiva	Interpretativo	Fenomenologia	90
Chapman, et al. (2014) ⁽²³⁾	Austrália	77 enfermeiros e 25 médicos	Setor de Emergência	Descritivo	Análise de Conteúdo	90
Masa’Deh, et al. (2014) ⁽²⁾	Jordânia	07 familiares	Setor de Emergência	Descritivo	Análise Temática	80
Havugitanga, et al. (2014) ⁽²⁵⁾	Ruanda	06 enfermeiros e 03 médicos	Setor de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva	Descritivo	Análise de Conteúdo	90
Bashayreh, et al. (2015) ⁽²⁶⁾	Jordânia	19 enfermeiros, 07 médicos e 05 fisioterapeutas	Unidade de Terapia Intensiva	Exploratório	Análise Temática	90
Twibell, et al. (2015) ⁽⁷⁾	Estados Unidos	48 pacientes	Setor de Emergência	Descritivo-exploratório	Análise Temática	90
Giles, et al. (2016) ⁽²⁴⁾	Austrália	18 profissionais, 06 familiares e 01 paciente	Setor de Emergência	Interpretativo	Teoria Fundamentada nos Dados	90
Stefano, et al. (2016) ⁽⁴⁾	França	30 familiares	Serviço de atenção móvel às urgências	Interpretativo	Teoria Fundamentada nos Dados	90
Soares, et al. (2016) ⁽⁸⁾	Brasil	29 pacientes	Setor de Emergência	Descritivo	Análise de Conteúdo Temática	80
Youngson, et al. (2017) ⁽²⁹⁾	Austrália	12 profissionais, 09 familiares e 05 pacientes	Setor de Emergência	Descritivo	Análise Temática	80
Hassankhani, et al. (2017) ⁽¹⁵⁾	Irã	12 enfermeiros e 09 médicos	Setor de Emergência	Interpretativo	Fenomenologia hermenêutica	90
Porter, et al. (2017) ⁽³⁰⁾	Austrália	17 profissionais (médicos e enfermeiros)	Setor de Emergência	Estudo de casos	Análise Temática	90
San-Danosky, et al. (2017) ⁽³¹⁾	Finlândia e Polônia	168 médicos e enfermeiros	Setor de Emergência e Unidade de Terapia Intensiva	Descritivo	Análise Temática indutiva	90
Twibell, et al. (2017) ⁽³²⁾	Estados Unidos	325 enfermeiros e 193 médicos	Setor de Emergência	Exploratório descritivo	Análise Temática	90

UMA PERSPECTIVA PENDULAR: DIFERENTES OLHARES SOBRE A PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

O tema-síntese da “presença da família” durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos foi representado, neste estudo, por meio de um pêndulo que se move de forma oscilatória entre as extremidades. Tal movimento é influenciado pelo “contexto”, ou seja, a percepção de “benefícios” ou de “desvantagens e/ou limitadores” varia de acordo com condicionantes ambientais, culturais e assistenciais (Figura 2).

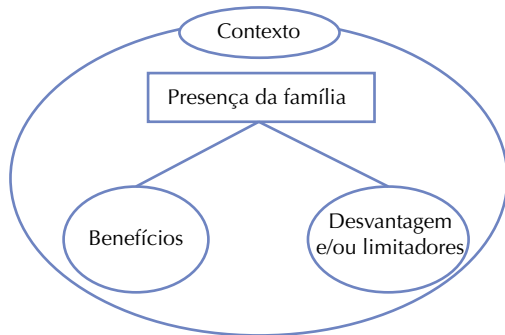


Figura 2 - Relação dos temas identificados no estudo de revisão.

BENEFÍCIOS DECORRENTES DA PRESENÇA FAMILIAR DURANTE A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Neste tema estão compiladas as percepções de benefícios da presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos. De acordo com os estudos analisados, os benefícios consistem em: promover contato físico e emocional entre a família e o paciente; permitir a participação familiar no processo assistencial; promover apoio ao paciente e à família; permitir à família compreender melhor o caso do paciente e a assistência prestada; facilitar a elaboração do processo de luto pela família; permitir o atendimento das necessidades culturais e religiosas da família e do paciente; e promover maior satisfação na família.

PROMOVER CONTATO FÍSICO E EMOCIONAL ENTRE FAMÍLIA E PACIENTE

Para os profissionais de saúde e os familiares, um dos benefícios da presença familiar durante a ressuscitação cardiopulmonar e os procedimentos invasivos é a possibilidade de promover o contato físico e emocional entre o familiar e o paciente, o que desencadeia maior conforto a ambos^(5,14,27-28).

PERMITIR A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO PROCESSO ASSISTENCIAL

Alguns familiares demonstram que gostariam de se sentir envolvidos no processo de prestação da assistência, entendendo que a oferta de informações aos profissionais de saúde sobre o quadro clínico inicial e as doenças de bases do paciente é uma forma de participação^(4,22). Os profissionais, por sua vez, apontam que os familiares, em diversas ocasiões,

funcionam como membros da equipe e “informantes-chave”⁽¹³⁾, sendo necessários para “dar informações úteis”⁽⁴⁾.

Os familiares também são percebidos pelos profissionais como potenciais ajudantes para a realização de tarefas menos complexas^(13,15) e, especificamente no caso do atendimento pré-hospitalar, como úteis para indicar onde o paciente se encontra, qual o melhor local para efetivar a assistência e, até mesmo, para auxiliar na massagem cardíaca⁽⁴⁾. Os profissionais referem que os familiares, quando presentes, podem exercer um “poder decisório” junto à equipe e estabelecer, inclusive, o momento de encerrar as manobras de ressuscitação^(11-12,23).

PROMOVER APOIO AO PACIENTE E À FAMÍLIA

Os familiares, profissionais de saúde e pacientes percebem a presença familiar como estratégia importante para a oferta de apoio aos pacientes e às famílias. Os familiares^(4,22) e os pacientes⁽⁷⁻⁸⁾ concordam que a família, quando presente, pode apoiar seus entes queridos, transmitindo a eles segurança, conforto e calma, reduzindo, por conseguinte, o medo, a angústia e a ansiedade. Já os profissionais de saúde enfatizam que ao “se colocarem no lugar do outro”⁽¹⁴⁾ compreendem que a família é capaz de melhorar os cuidados no fim da vida, garantindo que o paciente não esteja só no momento da morte^(12,24). Isto desencadeia atendimentos com maior dignidade⁽²³⁾ e humanização⁽⁹⁾ e promove “uma atmosfera calma na sala de emergência”⁽¹³⁾.

PERMITIR À FAMÍLIA COMPREENDER MELHOR O CASO DO PACIENTE E A ASSISTÊNCIA PRESTADA

Os pacientes, familiares e profissionais de saúde percebem, de forma similar, que a presença da família permite que ela tenha acesso, mais rapidamente, a maiores informações acerca do quadro clínico do paciente e sua evolução^(2,5,7-8,22-23,29).

Nessa direção, diante da falta de informações sobre o paciente ou quando o processo comunicacional entre profissional e familiar é escasso, os familiares apresentam maior interesse em acompanhar o atendimento de emergência e empregam estratégias alternativas para compreender a situação^(2,5,7,22,29-30). Por exemplo, observam de forma mais atenta a comunicação verbal e não verbal estabelecida entre os profissionais de saúde, assim como o funcionamento das máquinas e aparelhos conectados ao paciente^(2,5) ou buscam visualizar o interior da sala de emergência por meio das frestas das portas⁽⁵⁾. Entretanto, com frequência, não fazem questionamentos diretos aos profissionais, pois percebem que é necessário um comportamento retraído para conseguirem ingressar e se manterem presentes nesse ambiente durante o atendimento⁽²²⁾.

Os profissionais acreditam que a presença da família proporciona que ela tenha melhor compreensão de que, durante o atendimento ao paciente, “todo o possível havia sido feito”^(9,12,15,23-25). Isto, por sua vez, permite à família entender, de maneira mais adequada, a gravidade do quadro clínico⁽¹³⁾ e a evolução do caso⁽¹²⁾, melhorando, conseqüentemente, a aceitação do resultado final da ressuscitação⁽¹⁵⁾ e diminuindo os potenciais conflitos entre familiares e equipe de saúde⁽²⁵⁾.

Por fim, a presença familiar permite que pacientes e familiares compreendam claramente os diferentes papéis desempenhados por familiares e profissionais de saúde diante do cuidado emergencial aos pacientes. Os profissionais são vistos como necessários para “consertar” os pacientes, ou seja, sua função centra-se em tratar as desordens traumáticas, patológicas e/ou psicológicas que desencadearam a busca pelo atendimento⁽⁶⁾, enquanto os familiares exercem as funções de proteção, conforto, apoio e oferta de informações para profissionais, paciente e outros familiares^(6,8,29). Por isso, em realidade, os familiares não demonstram estar preocupados em verificar o desempenho da equipe⁽²²⁾.

FACILITAR A ELABORAÇÃO DO PROCESSO DE LUTO PELA FAMÍLIA

Os profissionais, familiares e pacientes percebem a presença da família como forma de permitir que, *a posteriori*, o processo de luto seja mais facilmente elaborado⁽⁵⁻⁷⁾. Isto porque o luto já se inicia à medida que o atendimento evolui e se percebe que os resultados esperados não são alcançados^(9,13). Destarte, o familiar é capaz de se despedir de seu ente querido, enfrentar conflitos internos e familiares e estabelecer um fechamento para a situação⁽²³⁻²⁵⁾.

PERMITIR O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES CULTURAIS E RELIGIOSAS DA FAMÍLIA E DO PACIENTE

Os pacientes e familiares percebem a presença da família durante um momento de crise como inerente à natureza humana⁽²⁾ e uma obrigação filial⁽²²⁾. Quando respeitados esses aspectos, permite-se que a família mantenha seus costumes, ainda que inserida em um ambiente alheio às suas vidas⁽⁸⁾. Ademais, identifica-se que a presença familiar promove a concretização de costumes religiosos e o exercício da fé, por meio da oração, o que acalma pacientes e familiares^(2,7).

PROMOVER MAIOR SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM A ASSISTÊNCIA

Por fim, profissionais de saúde e familiares percebem que a presença da família durante a ressuscitação e os procedimentos invasivos promove, nos familiares, maior satisfação com a assistência prestada ao paciente. É possível identificar que as famílias se sentem mais seguras diante da constatação do elevado número de pessoas para atender o paciente e do profissionalismo, coesão e rápida intervenção da equipe⁽⁵⁻⁶⁾. Desse modo, as famílias possuem menos queixas⁽²⁶⁾ e se tornam agradecidas por receberem informações de forma clara, suficiente e atempada^(4,6), por testemunharem o atendimento^(4,6,15,24) e por constatarem que o familiar, ao estar inconsciente, não sofreu com os procedimentos invasivos⁽⁴⁾.

O contrário também é verdadeiro. Identifica-se que os familiares excluídos do atendimento de emergência de seu ente querido sentiam-se insatisfeitos com a falta de informação e apoio^(2,24) e com o fato de não terem podido dizer adeus⁽⁸⁾. Além disso, eles percebem a assistência com desconfiança, pois entendem que “a exclusão familiar decorre da necessidade de esconder algo”⁽²⁾, e ao estarem afastados de seus familiares enfermos apresentam intenso sofrimento,

caracterizado por instabilidade emocional, choro, ansiedade e preocupações⁽²⁹⁾.

DESvantagens e Limitadores da Presença Familiar Durante a Ressuscitação Cardiopulmonar e Procedimentos Invasivos

Neste tema foram reunidos os resultados atinentes à percepção de desvantagens e/ou limitadores sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e os procedimentos invasivos que, na maioria das vezes, se apoiam no discurso do protecionismo. Assim, pacientes, familiares e profissionais, quando contrários à presença familiar, se justificam pela necessidade de garantir proteção aos envolvidos no processo de prestação, recebimento e acompanhamento da assistência.

PROTEÇÃO AO PACIENTE

A proteção ao paciente surge como limitação à prática da presença da família na percepção de pacientes (autoproteção)⁽⁷⁾ e profissionais de saúde⁽²³⁻²⁶⁾. Entre os pacientes, foi referida a preocupação com o fato de sua família vê-lo despedido⁽⁷⁾. Já entre os profissionais, pode-se perceber que a preocupação se relaciona com o fato de acreditarem que a presença familiar diminui a dignidade do paciente⁽²⁵⁾ e, por vezes, impede a continuação dos procedimentos por comportamentos inadequados da família como, por exemplo, “jogar-se sobre o paciente”⁽²⁴⁻²⁵⁾.

PROTEÇÃO ÀS FAMÍLIAS

O discurso de proteção às famílias esteve, de forma recorrente, presente entre pacientes⁽⁷⁾, profissionais de saúde^(9-10,12-15,24,26) e familiares (autoproteção)⁽⁴⁾. Para os profissionais, é necessário evitar que as famílias acompanhem as cenas produzidas durante o atendimento, as quais são entendidas como “desconfortáveis”⁽¹²⁾, “fortes”⁽¹⁴⁾, “perturbadoras”⁽⁹⁾, “traumatizantes”⁽¹⁵⁾, “impactantes”⁽¹³⁾, “horrorosas”⁽³¹⁾ e “intoleráveis”⁽²⁶⁾. Isto impede que as famílias, momentaneamente, consigam lidar de forma adequada com a situação⁽²⁴⁾, podendo provocar desmaios^(11,15,26), êmese⁽¹¹⁾, ou comportamento histérico⁽¹¹⁾, e, até mesmo, danos psicológicos posteriores^(15,25,32).

Em menor proporção, alguns familiares concordam que a assistência é composta de procedimentos traumáticos⁽³⁻⁴⁾, o que a torna “agressiva”⁽³⁾ e “impactante”⁽⁴⁾. Contudo, estes mesmos familiares percebem que algumas pessoas estão mais bem preparadas para enfrentar uma situação de estresse emocional, enquanto outras não, e, por isso, podem sofrer com o nervosismo. Consequentemente, os familiares receiam que o paciente também sofra com estresse e/ou alterações fisiológicas por acompanhar o sofrimento da família⁽³⁻⁴⁾.

PROTEÇÃO AOS PROFISSIONAIS

Por fim, a maior parte dos estudos traz relatos de pacientes, familiares e, principalmente, profissionais de saúde que são contrários à presença familiar, como forma de proteção aos profissionais. Assim, os pacientes acreditam que respostas emocionais dos familiares podem distrair os

profissionais e atrapalhar a prestação do cuidado⁽⁷⁾, o que, indiretamente, também pode ser entendido como proteção ao paciente. Já os familiares destacam que “não desejavam atrapalhar”⁽⁵⁾ ou “estar no caminho dos profissionais”⁽²⁴⁾ e entendem que sua presença pode causar um “inconveniente” para a equipe⁽²²⁾. Desse modo, fica evidente que, por vezes, os pacientes e familiares se posicionam contrários à presença familiar para satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde.

Os profissionais, por sua vez, são enfáticos ao identificar que a presença familiar: a) distrai a equipe, pois a atenção deve estar em múltiplos focos^(5,13,31); b) promove desconforto⁽²³⁻²⁵⁾ e estresse nos profissionais^(5,9-10,13,15,28), porque eles não desejam ser observados e avaliados^(5,9,14,24); c) aumenta a carga de trabalho, uma vez que se mantém as manobras de ressuscitação por tempo superior ao protocolizado^(23,25-26); e d) inibe a comunicação da equipe durante o atendimento⁽²⁶⁾. Além do mais, os profissionais desejam se proteger do comportamento que os familiares podem apresentar durante a assistência^(23,32). Relatam, sobretudo, que têm medo de serem agredidos pela família quando ela não compreende a evolução do caso e não aceita o óbito^(11,15,22).

Segundo os profissionais, esses aspectos interferem diretamente no desempenho da equipe e na forma como o atendimento é prestado ao paciente⁽²⁵⁾. Identifica-se também que a presença familiar dificulta a realização de procedimentos técnicos, pois afeta a confiança e a habilidade do profissional^(9,14-15) e desencadeia medo de cometer erros diante da supervisão da família⁽²⁶⁾, o que torna seu trabalho mais difícil de ser concretizado⁽¹⁰⁾. Assim, a exclusão familiar é, muitas vezes, justificada pela necessidade de proteger os profissionais de um estresse secundário e desnecessário que pode influenciar suas habilidades e competências, especialmente no caso de profissionais pouco experientes⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Por fim, os profissionais justificam a exclusão das famílias com intuito de se protegerem de possíveis processos judiciais, por entenderem que a maioria das famílias não está preparada para compreender o atendimento, o que, possivelmente, leva a interpretações errôneas acerca das decisões clínicas tomadas e dos procedimentos realizados. Tal interpretação pode desencadear nos familiares a sensação de que a equipe de saúde é responsável pelos maus resultados, propalando-os ao litígio contra os profissionais e as instituições^(10,12-14,26).

CONTEXTO: CONDICIONANTES AMBIENTAIS, SOCIOCULTURAIS E ASSISTENCIAIS INFLUENCIANDO A PERCEÇÃO DA PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A RESSUSCITAÇÃO E PROCEDIMENTOS INVASIVOS

A divergência entre as percepções de profissionais, familiares e pacientes sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos, bem como a falta de consenso acerca do tema relaciona-se a diversos fatores contextuais, tais como: a) crenças pessoais e experiências progressas; b) poder e autoridade profissionais legitimados; c) modelo de atenção à saúde focalizado no paciente; d) inadequações de espaço e pessoal; e) aspectos culturais e educacionais.

CRENÇAS PESSOAIS E EXPERIÊNCIAS PROGRESSAS

As crenças pessoais e as experiências progressas parecem interferir diretamente na percepção da presença da família durante o atendimento. Familiares, pacientes e profissionais possuem crenças divergentes sobre quem de direito cabe a decisão sobre a presença da família. Por exemplo, os familiares^(22,24) reivindicam esse direito com base na propriedade do paciente, enquanto os profissionais acreditam ter a propriedade do espaço e do ato de atendimento⁽²⁴⁾. Contudo, mesmo entre os profissionais há incongruência nos discursos, pois alguns entendem ser esse um direito da família⁽²³⁾, outros, da equipe^(26,28) e um terceiro grupo o identifica como da equipe, porém, enquanto membro da família, acredita que tem direito de estar presente no caso de um familiar seu necessitar de atendimento⁽¹⁰⁾. Isto demonstra a presença de conflitos pessoais *versus* profissionais⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que aqueles profissionais que valorizam a família e acreditam ser seu direito estar com o ente querido durante a ressuscitação e os procedimentos invasivos são mais propensos a implementar essa prática^(23,26). Também se pode verificar que experiências progressas positivas com a presença da família motivam os profissionais a implementar a prática, enquanto as experiências negativas os impedem/inibem de convidar outras famílias⁽²³⁾. Experiências anteriores com a presença da família também se fizeram importantes para os familiares. Aqueles que se sentem capazes, por terem testemunhado outros atendimentos emergenciais de entes queridos, desejam estar presentes novamente, mesmo diante de desfechos negativos, como o óbito^(2,4).

PODER E AUTORIDADE PROFISSIONAIS LEGITIMADOS

Os profissionais de saúde identificam que o ambiente de cuidado emergencial é “intocável”⁽²⁴⁾, e que, mesmo no atendimento pré-hospitalar, é preciso atentar para a possível exposição profissional⁽¹³⁾. Por isso, as pessoas que assistem o paciente possuem autoridade e até um certo poder legitimado para manter as famílias excluídas deste espaço⁽²⁴⁾, ainda que não existam políticas institucionais que proíbam a presença familiar⁽²⁶⁾. Alguns justificam essa exclusão com um discurso paternalista e protetivo de que “sabem o que é melhor para o paciente e sua família”⁽²⁴⁾. Entretanto, identificam o atendimento de suas regras pela família como subserviência e domínio profissional⁽¹³⁾. Diante desse cenário, os próprios familiares reconhecem que há noção preconcebida de que às famílias não é dada a possibilidade de acompanhar seu ente querido durante o atendimento⁽²²⁾, ainda que tal atendimento seja prestado em seu próprio domicílio ou via pública⁽⁵⁾, e, por conseguinte, aceitam com resignação a decisão dos profissionais⁽²⁴⁾.

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE FOCALIZADO NO PACIENTE

Os profissionais de saúde também identificam que um condicionante da exclusão familiar é o fato de a assistência, necessariamente, ser focalizada no paciente⁽¹³⁾, a qual também deve ser pautada nos princípios científicos da racionalidade e não da emotividade⁽⁹⁾. Isto porque, via de regra, os profissionais precisam estar centrados no paciente que apresenta agravo crítico e agudo e na tentativa de salvar sua vida⁽²⁹⁾.

Desse modo, não acreditam ser possível oferecer suporte e apoio às famílias, tampouco interagir com elas, sendo assim indicado que não acompanhem o atendimento⁽²⁹⁾.

INADEQUAÇÕES DE ESPAÇO E PESSOAL

Os profissionais de saúde identificam que os serviços de saúde não estão preparados para receber e acolher as famílias que desejam acompanhar seus entes queridos durante o atendimento emergencial, relatando que há limitações no número de funcionários⁽⁹⁻¹⁰⁾ e que o espaço físico é reduzido^(9,11,23-24,27). Para além, apontam que a presença da família acarreta aglomerações⁽⁹⁾, tornando o espaço insuficiente para o adequado desempenho de suas funções⁽²³⁻²⁴⁾, além de impedir que se mantenha a privacidade dos pacientes⁽⁹⁾. Ademais, os próprios pacientes demonstram preocupações quanto ao diminuto espaço físico para o recebimento da família⁽⁷⁾.

ASPECTOS CULTURAIS E EDUCACIONAIS

Alguns profissionais de saúde, familiares e pacientes apontam que aspectos culturais e educacionais influenciam diretamente a efetivação da presença da família durante o atendimento de emergência^(2,8,26). Por exemplo, estudo realizado na Jordânia verificou que a falta de compreensão das famílias impede que elas participem, e este é um fato diretamente relacionado à falta de educação básica dos familiares⁽²⁶⁾.

Em culturas diversas, pode-se identificar diferentes graduações de desejo e efetivação da presença da família. Entre os pacientes da América do Sul⁽⁸⁾, há menos objeções à presença da família, comparados aos da América do Norte⁽⁷⁾. Os familiares do Oriente Médio⁽²⁾, por buscarem, mais fortemente, exercer sua fé durante a presença, parecem ter maior necessidade de estar com o ente querido que os da Ásia⁽²²⁾. E os profissionais de saúde de países em desenvolvimento, como Ruanda, na África⁽²⁵⁾, percebem mais riscos e barreiras, quando comparados com profissionais de países desenvolvidos, como Austrália⁽²³⁾, Reino Unido⁽¹⁴⁾ e Estados Unidos⁽¹²⁾.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática evidenciou crescente interesse na divulgação de estudos envolvendo a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos. Isto porque revisão sistemática com metassíntese sobre o mesmo tema, abordando a produção de 24 anos (1985 a 2009), identificou e analisou 25 estudos qualitativos⁽²⁰⁾, enquanto a presente, considerando apenas o período de 8 anos (2010 a 2017), incluiu achados de 24 estudos.

Ainda, foi possível identificar que o interesse por esta temática envolve pesquisadores de países localizados nos cinco continentes do mundo, o que permite produzir diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno, considerando as nuances culturais, econômicas e sociais interferentes em sua existência, manifestação e compreensão. Isto, por sua vez, pode subsidiar a elaboração de diretrizes internacionais que direcionem a conformação de políticas institucionais permissivas à presença da família, considerando as especificidades locais⁽³³⁾.

Conforme as evidências encontradas, a percepção da presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos configura-se como um pêndulo que oscila entre “benefícios” e “desvantagens e/ou limitadores”. Os benefícios concentram-se na possibilidade de a presença familiar estabelecer um ambiente de apoio físico e emocional ao paciente e sua família, diminuindo o medo e a insegurança frente à situação^(4,23). Por conseguinte, promove a participação da família, que passa a compreender melhor a assistência e, inclusive, a aceitar melhor o luto, o que em última instância desencadeia maior conforto entre os familiares e pacientes^(9,23). Porém, observa-se que, por vezes, há pouco apoio às famílias durante o atendimento emergencial⁽²³⁾. Nesse sentido, os familiares revelam que quando um ente está em estado crítico de saúde buscam outras fontes de apoio social, psicológico e financeiro, como, por exemplo, a família extensa, os amigos e a prática religiosa⁽²⁾.

Também foram identificados nos estudos aspectos negativos sobre a presença da família. A percepção negativa parece estar camuflada em discursos que, em um primeiro momento, dão a impressão de que os participantes, nomeadamente os profissionais, desejam proteger as famílias e os pacientes. Existe a preocupação de que as famílias possam se sentir desconfortáveis e traumatizadas com o testemunho do atendimento^(5,13,25), o que poderia trazer repercussões diretas sobre as intervenções da equipe, de forma a dificultar sua atuação, que é centrada exclusivamente no paciente^(7,25).

De fato, alguns familiares se sentem insatisfeitos ao testemunhar o atendimento emergencial de seu ente querido. Porém, de modo geral, a insatisfação parece estar mais diretamente relacionada à falta de interação com a equipe de saúde^(4,29) do que com as cenas produzidas durante o atendimento. A ausência de interação entre família e profissional de saúde, por sua vez, desencadeia nos familiares sobrecarga psicológica e confusão⁽²⁹⁾ por não compreenderem a cena e perceberem o atendimento como desorganizado⁽⁴⁾.

Entretanto, a partir de uma análise mais aprofundada, percebe-se que os profissionais se preocupam, de forma mais incisiva, com a possível avaliação realizada pelos familiares, ou seja, qualquer erro poderia colocar à prova sua habilidade e capacidade técnica, acarretando litígio^(5,14). Por outro lado, não há relatos na literatura sobre processos judiciais interpostos pelos familiares que tenham acompanhado este tipo de atendimento. Talvez isso decorra porque as famílias, via de regra, revelam estar mais interessadas em apoiar seus entes queridos em um momento de crise, que diretamente supervisionar o trabalho da equipe⁽²²⁾. Portanto, a família reconhece que durante o atendimento emergencial profissionais e familiares possuem papéis distintos⁽⁶⁾.

Muitos estudos apresentam essa dicotomia de entendimento, sobretudo, quando investigam a percepção de diferentes atores, como profissionais *versus* familiares *versus* pacientes⁽²⁴⁾, ou mesmo de diferentes categorias profissionais, como enfermeiros *versus* médicos^(25,32). Estudo de revisão integrativa com 14 pesquisas demonstrou que havia tendência de os enfermeiros aceitarem melhor a presença da família que os médicos, e ainda que enfermeiros assistenciais eram menos favoráveis do que aqueles que ocupavam cargos de

gerência e pesquisa⁽³⁴⁾. Essa diferença certamente é reflexo da maior ou menor sensibilização acerca do CCPF e da importância dada à família do paciente, inclusive, durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos.

Observou-se também que a oscilação na percepção do benefício e da desvantagem é influenciada pelo contexto no qual os atores envolvidos se encontram, variando de acordo com condicionantes ambientais, culturais e assistenciais. Os condicionantes ambientais mais fortemente identificados foram a ausência de espaço físico^(9,11,23-24) e quantitativo de profissionais insuficiente para atender o paciente e sua família⁽²⁷⁻²⁸⁾. Nesse sentido, parece premente que, antes de inserir as famílias nas unidades emergenciais, sejam realizadas adaptações no espaço físico e disponibilizado mais recursos humanos, especialmente um profissional específico para preparar, acolher, apoiar e acompanhar a família, dando suporte por meio do amparo emocional e da oferta de informações sobre o estado de saúde do paciente^(23,27).

Ressalta-se que a presença de um facilitador é essencial para permitir que a família possa estar com seu ente querido durante a ressuscitação e procedimentos invasivos^(9,11-12,23-25,27-28,30). O papel desse profissional é preparar a família para vivenciar a experiência, decodificar as cenas, atender às necessidades físicas e emocionais dos familiares, escutar, apoiar e advogar pelos interesses da família, e, após a finalização do atendimento, estar disponível para esclarecer dúvidas da família, se for o caso, e apoiá-la no processo inicial de luto^(9,11-13,24,27). Alguns atributos são fundamentais para que o facilitador possa desempenhar suas funções, tais como: utilizar linguagem clara e acessível ao entendimento da família⁽²⁷⁾, ser uma pessoa experiente⁽²⁴⁾, da mesma cultura do familiar e do paciente⁽²⁸⁾, honesta com a família e demonstrar interesse pelo sofrimento familiar⁽²⁸⁾ e com capacidade de formar vínculo com o familiar⁽¹⁴⁾.

Por fim, é importante ressaltar que os achados desta revisão reforçam, atualizam e ampliam o entendimento existente sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos, principalmente se comparada a outra metassíntese sobre o tema⁽²⁰⁾. Nessa metassíntese, já disponível, foi observada uma tensão entre familiares (por acreditarem que é seu direito estar presente) e profissionais (por acreditarem que devem ter o controle sobre a prática)⁽²⁰⁾. Por sua vez, a presente revisão expandiu o entendimento de que esta tensão, que ainda permanece, não é cristalizada, em realidade ela oscila entre a percepção de “benefícios” e “desvantagens e/ou limitadores”, variando de acordo não apenas com o sujeito que percebe, mas também a partir de condicionantes ambientais, culturais e assistenciais que formam o contexto no qual os sujeitos estão inseridos.

Pode-se identificar também que a percepção do paciente – apesar de ele se preocupar com a proteção da família, dos profissionais e sua autoproteção – é semelhante à do familiar, desejando que a prática ocorra. Portanto, desvela-se mais uma perspectiva frente a este complexo processo que é a inserção da família no contexto emergencial, a qual deve ser considerada por profissionais durante a ressuscitação e os procedimentos invasivos do paciente. Assim, acredita-se que incluir a percepção de pacientes é uma fortaleza desta revisão, pois há a necessidade de compreender a presença da família e deliberar

sobre ela de forma ampliada e considerando as opiniões e anseios dos pacientes e seus familiares mais próximos, assim como as condições que envolvem a decisão profissional e o contexto sociocultural onde a assistência se concretiza^(25,27-28), possibilitando que a presença da família seja mais qualificada.

Algumas limitações do estudo são: 1) Possibilidade de perda de alguns estudos relevantes em línguas diversas. Entretanto, adotou-se propositalmente um protocolo de busca amplo, incluindo bases de dados de literatura cinzenta, o que resultou na captura inicial de 2.391 textos. 2) Os achados apresentados não se destinam a generalizações e devem ser interpretados e aplicados cuidadosamente, à luz das experiências de cada contexto assistencial. Nesse sentido, apesar da metassíntese de vários estudos qualitativos construir um entendimento cada vez mais robusto e mais provável de ser transferível, é preciso destacar que a pesquisa qualitativa fornece *insights* teóricos e contextuais sobre as experiências de um número limitado de pessoas em ambientes específicos. 3) Possibilidade de polarização dos resultados, pois a ressuscitação cardiopulmonar e os procedimentos invasivos realizados no ambiente pré-hospitalar e hospitalar possuem conotações muito discrepantes, e nesta revisão foram inseridos apenas três estudos realizados no âmbito do atendimento pré-hospitalar, os quais não permitiram concluir acerca das discrepâncias entre a presença da família no espaço hospitalar e extra-hospitalar. Entretanto, a inclusão desses estudos foi útil para expandir o entendimento do fenômeno em investigação, pois os indícios apontaram que neste cenário a família pode, em alguns casos, ganhar outra conotação, a de ajudante dos profissionais.

CONCLUSÃO

A análise e síntese dos resultados dos 24 artigos com dados qualitativos identificou o metatema: “Uma perspectiva pendular: diferentes olhares sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos”, o qual mostra que a percepção de profissionais de saúde, familiares e pacientes oscila entre a identificação de benefícios e de desvantagens e/ou limitadores. Tal percepção é influenciada pelo contexto em que cada ator está inserido, sendo que condicionantes ambientais, socioculturais e assistenciais modificam este entendimento.

A percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos ainda é controversa. Contudo, é necessário que as instituições de saúde e seus profissionais comecem a discutir sobre o CCPF e a considerar a possibilidade de permitir a presença da família durante o atendimento emergencial. Para tanto, indica-se a elaboração de políticas institucionais que considerem as características específicas de cada serviço, de modo a respaldar técnica e legalmente a decisão dos profissionais. Contudo, destaca-se que, mesmo havendo políticas institucionais, a presença familiar não deve se configurar como regra a ser seguida em todas as situações. Em realidade, o adequado é que a unidade possua uma política que estimule e respalde os profissionais, mas que a avaliação do caso e a decisão final fiquem a cargo da equipe, considerando, sempre que possível, a opinião de familiares e pacientes.

Nesse sentido, recomenda-se também que ocorra a avaliação individualizada de cada caso, considerando as preferências de pacientes e seus familiares, a gravidade do quadro clínico, a complexidade dos procedimentos invasivos, a responsividade emocional dos familiares e os mecanismos de defesa da família para vivenciar esta situação, o preparo e a formação das equipes de saúde, as condições estruturais da unidade, entre outros fatores. Ademais, destaca-se que esta avaliação deva ocorrer de forma contínua, ao longo do processo de prestação da assistência.

Finalmente, recomenda-se que é necessário garantir a atuação de um facilitador da presença da família, para o acompanhamento integral – antes, durante e após a experiência – do familiar e a preparação dos profissionais de saúde, tanto no

decurso da formação acadêmica como na formação continuada. Acredita-se que esse grupo de recomendações pode favorecer a criação de uma “cultura de presença da família”, em que a percepção de benefícios e as experiências positivas se sobrepõem às percepções de desvantagens e/ou limitadores.

Diante dos resultados encontrados, parece oportuno o desenvolvimento de novas pesquisas para a) identificar quais estratégias são factíveis, replicáveis e mais satisfatórias em relação à aceitação das famílias nestes ambientes; e b) implementar intervenções que permitam a presença familiar durante o atendimento emergencial em cenários com diferentes características, de modo a avaliar a indicação, a adequabilidade e a adaptabilidade dessa prática, assim como o impacto desencadeado sobre a equipe, o paciente e as famílias.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar as melhores evidências qualitativas atinentes à percepção de familiares, pacientes e profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos. **Método:** Revisão sistemática com metassíntese realizada nas bases: Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycINFO, LILACS, MEDLINE, Embase e BVS, abordando artigos publicados entre 2010 e 2017, os quais foram avaliados com o uso do *Qualitative Data Extraction Instrument*. **Resultados:** Foram encontrados 2.391 artigos, selecionados 26 e analisados 24. Identificou-se o metatema: “uma perspectiva pendular: diferentes olhares sobre a presença da família durante a ressuscitação cardiopulmonar e procedimentos invasivos”, o qual é sustentado pelos temas: Benefícios decorrentes da presença familiar, Desvantagens e/ou limitadores da presença familiar e Contexto: condicionantes ambientais, socioculturais e assistenciais que influenciam a percepção da presença familiar. **Conclusão:** A percepção de familiares, pacientes e profissionais sobre a presença da família ainda é controversa. A sensibilização desses sujeitos pode potencializar a prática, tornando-a mais sistematizada e qualificada.

DESCRITORES

Reanimação Cardiopulmonar; Serviços Médicos de Emergência; Relações Familiares; Relações Profissional-Família; Enfermagem em Emergência; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Sintetizar las mejores evidencias cualitativas concernientes a la percepción de familiares, pacientes y profesionales sanitarios acerca de la presencia de la familia durante la resucitación cardiopulmonar y procedimientos invasivos. **Método:** Revisión sistemática con metasíntesis llevada a cabo en las bases: Web of Science, Scopus, CINAHL, PsycINFO, LILACS, MEDLINE, Embase y BVS, abordando artículos publicados entre 2010 y 2017, los que fueron evaluados con el uso del *Qualitative Data Extraction Instrument*. **Resultados:** Fueron encontrados 2.391 artículos, seleccionados 26 y analizados 24. Se identificó el metatema: “una perspectiva pendular: diferentes miradas hacia la presencia de la familia durante la resucitación cardiopulmonar y procedimientos invasivos”, el que se sostiene por los temas: Beneficios consecuentes de la presencia familiar, Desventajas y/o limitadores de la presencia familiar y Contexto: condiciones del entorno, socioculturales y asistenciales que influyen la percepción de la presencia familiar. **Conclusión:** La percepción de familiares, pacientes y profesionales sanitarios acerca de la presencia de la familia es todavía controvertida. La sensibilización de esos sujetos puede potenciar la práctica, haciéndola más sistematizada y cualificada.

DESCRIPTORES

Reanimación Cardiopulmonar; Servicios Médicos de Urgencia; Relaciones Familiares; Relaciones Profesional-Familia; Enfermería de Urgencia; Revisión.

REFERÊNCIAS

- Ganz FD, Yoffe F. Intensive care nurses' perspectives of family-centered care and their attitudes toward family presence during CPR. *J Cardiovasc Nurs*. 2012;27(3):220-7.
- Masa'Deh R, Saifan A, Timmons S, Nairn S. Families' stressors and needs at time of cardio-pulmonary resuscitation: Jordanian perspective. *Glob J Health Sci [Internet]*. 2013 [cited 2017 Jan 25];6(2):72-85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825218/>
- Doyle CJ, Post H, Burney RE, Maino J, Keefe M, Rhee KJ. Family participation during resuscitation: An option. *Ann Emerg Med*. 1987;16(6):673-5. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644\(87\)80069-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0196-0644(87)80069-0)
- Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One [Internet]*. 2016 [cited 2017 Feb 10];11(6):e0156100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4890739/>
- Dall'Orso MS, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm [Internet]*. 2012 [citado 2017 jan. 03];18(3):83-99. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_09.pdf
- Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the Emergency Department after trauma. *J Trauma Nurs*. 2013;20(2):77-85. DOI: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8
- Twibell RS, Craig S, Siela D, Simmonds S, Thomas C. Being There: Inpatients' perceptions of family presence during resuscitation and invasive cardiac procedures. *Am J Crit Care*. 2015;24(6):108-16. DOI: 10.4037/ajcc2015470.
- Soares JR, Martin AR, Rabelo JF, Barreto MS, Marcon SS. Presença da família durante o atendimento emergencial: percepção do paciente vítima de trauma. *Aquichan [Internet]*. 2016 [citado 2017 fev. 25];16(2):193-204. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aquichan/v16n2/v16n2a07.pdf>

9. Davidson JE, Buenavista R, Hobbs K, Kracht K. Identifying factors inhibiting or enhancing family presence during resuscitation in the Emergency Department. *Adv Emerg Nurs J.* 2011;33(4):336-43. DOI: 10.1097/TME.0b013e318234e6a0
10. Wacht O, Dopelt K, Snir Y, Davidovitch N. Attitudes of Emergency Department staff toward family presence during resuscitation. *Isr Med Assoc J.* 2010;12(6):366-70.
11. Koberich S, Kaltwasser A, Rothaug O, Albarran J. Family witnessed resuscitation – experience and attitudes of German intensive care nurses. *Nurs Crit Care.* 2010;15(5):241-50. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2010.00405.x
12. Lowry E. “It’s just what we do”: a qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol. *J Emerg Nurs.* 2012;38(4):329-34. DOI: 10.1016/j.jen.2010.12.016.
13. Walker WM. Emergency care staff experiences of lay presence during adult cardiopulmonary resuscitation: a phenomenological study. *Emerg Med J.* 2014;31(6):453-8. DOI: 10.1136/emermed-2012-201984.
14. Monks J, Flynn M. Care, compassion and competence in critical care: A qualitative exploration of nurses’ experience of family witnessed resuscitation. *Intensive Crit Care Nurs.* 2014;30(6):353-9. DOI: 10.1016/j.iccn.2014.04.006.
15. Hassankhani H, Zamanzadeh V, Rahmani A, Haririan H, Porter JE. Family presence during resuscitation: a double-edged sword. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(2):127-34. DOI: 10.1111/jnu.12273
16. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Integrative review: nurses’ and physicians’ experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of an adult patient. *J Adv Nurs.* 2014;70(5):957-74. DOI: 10.1111/jan.12276
17. Porter J, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *Int Emerg Nurs.* 2013;21(1):26-34. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.04.002>
18. Flanders SA, Strasen JH. Review of evidence about family presence during resuscitation. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2014;26(4):533-50. DOI: 10.1016/j.ccell.2014.08.010
19. Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C, Fox-Robichaud AE. The offering of family presence during resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *J Intensive Care.* 2015;3:41. DOI: 10.1186/s40560-015-0107-2
20. Rittenmeyer L, Huffman D. How families and health care practitioners experience family presence during resuscitation and invasive procedures. *JB Libr Syst Rev.* 2012;10(31):1785-882.
21. Joanna Briggs Institute. Reviewers’ manual 2015 methodology for JBI scoping reviews. Adelaide, Australia: Royal Adelaide Hospital; 2015.
22. Hung MSY, Pang SMC. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs.* 2011;67(1):56-67. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05441.x
23. Chapman R, Bushby A, Watkins R, Combs S. Australian Emergency Department health professionals’ reasons to invite or not invite family witnessed resuscitation: a qualitative perspective. *Int Emerg Nurs.* 2014;22(1):18-24. DOI: 10.1016/j.ienj.2013.03.008.
24. Giles T, Lacey S, Muir-Cochrane E. Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: a Grounded Theory study. *J Adv Nurs.* 2016;72(11):2706-17. DOI: 10.1111/jan.13046
25. Havugitanga P, Brysiewicz P. Exploring healthcare professionals’ perceptions regarding family-witnessed resuscitation in a hospital in Kigali, Rwanda. *South Afr J Crit Care.* 2014;30(1):18-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.7196/sajcc.174>
26. Bashayreh I, Saifan A, Batiha AM, Timmons S, Nairn S. Health professionals’ perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care settings. *J Clin Nurs.* 2015;24(17-18):2611-9. DOI: 10.1111/jocn.12875
27. James J, Cottle E, Hodge RD. Registered nurse and health care Chaplains experiences of providing the family support person role during family witnessed resuscitation. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011;27(1):19-26. DOI: 10.1016/j.iccn.2010.09.001
28. Bashayreh I, Saif A, Batiha AM, Ruz MEA. Family presence during CPR in Adult Critical Care Settings: Hearing the voice of Jordanian health professionals. *Life Sci J.* 2013;10(4):1738-48.
29. Youngson MJ, Currey J, Considine J. Current practices related to family presence during acute deterioration in adult emergency department patients. *J Clin Nurs.* 2017;26(21-22):3624-35. DOI: 10.1111/jocn.13733
30. Porter JE, Miller N, Giannis A, Coombs N. Family Presence During Resuscitation (FPDR): observational case studies of emergency personnel in Victoria, Australia. *Int Emerg Nurs.* 2017;33:37-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.12.002>
31. Sak-Dankosky N, Andruszkiewicz P, Sherwood PR, Kvist T. Health care professionals’ concerns regarding in-hospital family-witnessed cardiopulmonary resuscitation implementation into clinical practice. *Nurs Crit Care.* 2018;23(3):134-40.
32. Twibell R, Siela D, Riwtis C, Neal A, Waters N. A qualitative study of factors in nurses’ and physicians’ decision-making related to family presence during resuscitation. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):e320-34.
33. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research, methods, appraisal, and utilization.* Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2014.
34. Fernandes AP, Carneiro CS, Geocze L, Santos VB, Guizilini S, Moreira RSL. Experiences and opinions of health professionals in relation to the presence of the family during in-hospital cardiopulmonary resuscitation: an integrative review. *J Nurs Educ Pract.* 2014; 4(5):85-94. DOI: <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n5p85>

Apoio Financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Processo número 99999.003873/2015-03.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.