



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

ENGLISH

Federal Fluminense University

AURORA DE AFONSO COSTA
NURSING SCHOOL



Original Articles



Posibilidad de acompañar la atención de emergencia en la perspectiva de la familia: estudio descriptivo

Jamyle Rúbio Soares¹, Andréa Regina Martin¹, Ana Patrícia Araújo Torquato Lopes², Sonia Silva Marcon³, Mayckel da Silva Barreto¹

1 Fundación Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de Mandaguari

2 Universidad Federal de Mato Grosso do Sul

3 Universidad Estadual de Maringá

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de la familia sobre la posibilidad de acompañar la atención de emergencia ofrecida a su ser querido. **Método:** estudio descriptivo de abordaje cualitativo. Participaron 16 familiares acompañantes de personas que fueron atendidas en las salas de emergencias de tres municipios del Sur de Brasil. Los se colectaron en agosto de 2015, por medio de entrevistas audio-grabadas, posteriormente transcritas y sometidas al análisis de contenido en la modalidad temática. **Resultados:** a los familiares les hubiera gustado haber acompañado la atención de emergencia, pensando que de esa forma podrían apoyar al paciente y comprenderían mejor su cuadro clínico. También, el hecho de no haber acompañado la atención de emergencia reveló sentimientos de tristeza, desespero, impotencia y sensación de haber abandonado al familiar. **Consideraciones finales:** profesionales de la salud de unidades de emergencia necesitan, en la medida de sus posibilidades, permitir que las familias permanezcan próximas de sus seres queridos durante el atendimento.

Descriptor: Familia; Servicios Médicos de Urgencia; Percepción; Enfermería.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, rutinariamente, las unidades de emergencia reciben un elevado número de pacientes con distintos niveles de gravedad. Incluso, acogen aquellos que podrían ser tratados en servicios menos complejos de la red de atención a la salud⁽¹⁾. Eso colabora para que dichas unidades trabajen constantemente sobrecargadas, ya que muchas de ellas no tienen infraestructura, recursos humanos ni materiales en la proporción necesaria para realizarle una atención con calidad a la población⁽²⁻³⁾. De esta forma, el cotidiano de imprevisibilidad, gravedad de los casos atendidos, gran número de pacientes y la limitación de los recursos humanos, materiales y estructurales hacen parte de la actuación de los profesionales de la salud y ciertamente influyen de manera directa en la calidad del cuidado prestado⁽¹⁾. Dichos factores también han sido descritos como interferentes para la aceptación de la presencia de los familiares en el espacio de cuidado del paciente gravemente enfermo⁽⁴⁾. Escenario que se repite en distintos países de América Latina, como Chile⁽⁵⁾ y Colombia⁽⁶⁾.

La familia – primer grupo social en el cual somos inseridos y principal fuente de cuidados de la salud – al vivir un momento crítico, como la enfermedad aguda y grave o el accidente en uno de sus miembros, comparte el sufrimiento, lo que se manifiesta por medio de innúmeros sentimientos negativos, tales como: frustraciones, dudas, miedos y ansiedad. Por tanto, hay que se considerar que una situación de emergencia es algo inesperado en la vida de la familia y por eso, muchas de las decisiones que ella enfrenta no tiene precedentes en su magnitud y envuelven circunstancias en las que no tienen ninguna experiencia⁽⁷⁾.

Durante la atención de emergencia los familiares frecuentemente se quedan estresados y confundidos por la falta de noticias en tiempo

oportuno o por las informaciones que llegan repletas de términos técnicos, complejos y difíciles de ser entendidos. En esta coyuntura, cuando inquiridas, las familias de los pacientes en la emergencia, clasifican la necesidad de información compartida, comunicación en tempo hábil, apoyo y proximidad con sus familiares como las principales prioridades⁽⁷⁻⁸⁾.

Por eso, la presencia de la familia durante el atendimento en las unidades de emergencia viene despertando la atención y ha motivado que los investigadores y los profesionales de la salud realicen debates y estudio, en diversas partes del mundo, como por ejemplo, Trinidad y Tobago⁽⁹⁾, Australia⁽¹⁰⁾, Arabia Saudita⁽¹¹⁾ y Corea del Sur⁽¹²⁾. Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones se limitan a investigar la percepción de los profesionales de salud sobre el tema⁽⁹⁻¹²⁾ o en el caso de entrevistar familiares los datos se originan de situaciones, en la mayoría de las veces, hipotéticas o colectados meses después de la experiencia del fenómeno^(2,5). Hasta donde se sabe, no existen estudios que analicen las percepciones de los familiares tras haber vivido una situación de atendimento de emergencia de un ser querido adulto, siendo que esto ya fue realizado para familiares de pacientes pediátricos⁽¹³⁾.

En Brasil, la presencia de la familia en el ambiente de emergencia es una práctica reciente, todavía mínimamente instituida y poco investigada⁽¹³⁻¹⁴⁾. Entonces, son necesarios estudios que busquen comprender la manera cómo los familiares notan y se posicionan ante la temática. Por todo esto, surge la siguiente cuestión de investigación: ¿Cómo los familiares de pacientes atendidos en unidades de emergencias valoran la posibilidad de estar presentes en la sala de emergencia durante el atendimento? Para responder a esta cuestión se propuso el siguiente objetivo: comprender la percepción de la familia sobre la posibilidad de acompañar la atención de emergencia ofrecida a su ser querido.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, desarrollado con 16 familiares de personas atendidas en las salas de emergencias públicos de tres municipios de pequeño porte del Sur de Brasil. Dichas unidades actuaban de forma ininterrumpida como puerta-abierta y referencia para todos los casos de emergencias y presentaban semejanzas con relación a la estructura física, proceso de trabajo y demanda de usuarios, con media de 150 atendimientos/día. Los pacientes críticos, en su mayoría, poseían gravedades clínicas y/o traumáticas, y ellos fueron encaminados a estas unidades por la defensa civil, ambulancia municipal o por los propios familiares. Se optó por realizar el estudio en estos tres servicios con el fin de obtener mayor número de participantes, y mayor variabilidad de experiencias y opiniones de los familiares acerca del fenómeno investigado. Finalmente, se destaca que las unidades no tenían políticas institucionales que permitieran la presencia de la familia durante la atención de emergencia.

Para seleccionar a los sujetos de la investigación, se les solicitó a los doce enfermeros actuantes en esas unidades que registraran el nombre del familiar acompañante, la dirección residencial y el teléfono para contacto, de todos los pacientes clasificados como urgencia (color rojo), atendidos en la sala de emergencia durante el mes de julio de 2015, de acuerdo con el protocolo de acogimiento clasificado de riesgo, propuesto por el Ministerio de la Salud y adoptado en los servicios. Además, solo se registraron los datos de los familiares que inicialmente aceptaron participar en la investigación, después del enfermero del servicio de salud explicar los objetivos del estudio.

Semanalmente los investigadores se trasladaban hasta las unidades y accedían las

informaciones registradas. Los contactos con los familiares y la realización de las entrevistas ocurrieron, después de unos 30 días del atendimento en el servicio de salud. Esto permitió un tiempo mínimo para que la familia reflexionase sobre la experiencia vivida en el atendimento de emergencia prestado a su ser querido.

Los datos fueron recolectados en el mes de agosto de 2015. Inicialmente los investigadores contactaban, vía teléfono, a los potenciales participantes en el estudio y mediante verificación del atendimento de los criterios de inclusión propuestos – tener 18 años o más y haber acompañado el familiar gravemente enfermo hasta la unidad de salud – y haber aceptado participar en el estudio, se combinaba una visita domiciliaria, en una fecha y en un horario conveniente para los familiares. Del total de 25 familiares registrados, los investigadores entraron en contacto con 20, siendo que dos no atendieron las llamadas y otros dos se negaron a participar, con el fin de aumentar la variabilidad de las informaciones recolectadas, se seleccionaron, en las listas elaboradas por los enfermeros, familiares con diferentes grados de parentesco; y pacientes con variados diagnósticos y resultados clínicos.

El número final de participantes en la investigación fue determinado por el criterio de saturación de datos, siendo que la búsqueda de informaciones ocurrió hasta el momento en que los discursos se volvieron repetitivos, no adicionando nuevas contribuciones para poder entender el fenómeno⁽¹⁵⁾, y hasta que el objetivo de la investigación respondido. Esto sucedió durante la 14ª entrevista. Para confirmar la saturación de los datos otros dos familiares fueron entrevistados.

Las entrevistas duraron en media, 45 minutos, y fueron direccionadas por la siguiente cuestión: *¿A usted le hubiera gustado haber estado en la sala de emergencia con su familiar durante la atención que él recibió? ¿Cuál es su opinión sobre*

ese asunto? Las informaciones fueron grabadas en un aparato digital y enseguida, transcritas en la íntegra, preservándose exactamente lo dicho por los declarantes, para permitir mayor fidelidad en las respuestas. Posteriormente, hubo un proceso de edición de esas declaraciones para poder retirar los vicios del lenguaje y los errores gramaticales, con la finalidad de conferir mayor fluidez a la lectura de los discursos y evitar que el participante se sintiera avergonzado, pero sin alterar el sentido del contenido⁽¹⁵⁾.

Durante el proceso analítico se siguieron las etapas preestablecidas por el referencial metodológico, a saber: pre-análisis; exploración del material; y tratamiento de los datos. En la primera fase ocurrió la organización, transcripción y separación del material empírico, seguida de la lectura fluctuante de los datos para identificar los aspectos emergentes y relevantes que pudieran atender al objetivo del estudio. En la segunda etapa fue realizado un proceso de clasificación y agregación de los datos a partir de una lectura minuciosa, identificándose con colores y recortes, los aspectos comunes y específicos, dando origen a las categorías previas. Y finalmente, en la tercera fase ocurrió la profundización de las categorías mediante la articulación de los datos empíricos con el material teórico⁽¹⁵⁾.

Por medio de este proceso exhaustivo, pautado sobre todo en el ejercicio de la reflexión – donde las ideas preconcebidas por los investigadores acerca de la temática fueron reconocidas y puestas en suspensión –, se imprimió rigor al análisis y a la categorización de los datos. Emergieron dos categorías temáticas: a) “Yo quería haber estado allá”: comprendiendo la posición de la familia; b) Sufrimiento familiar al permanecer fuera de la sala de emergencia.

El estudio fue desarrollado de acuerdo con las directrices disciplinadas por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud (CNS) y el proyecto fue aprobado por el Comité

Permanente de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la Institución signataria (CAAE: 43765315.7.0000.0104). Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido en dos vías y se identificaron por el grado de parentesco, seguido por el nombre ficticio y diagnóstico del familiar atendido en la unidad de emergencia, como, por ejemplo: (madre de Sergio, intoxicación exógena).

RESULTADOS

Caracterización de los participantes

Hicieron parte del estudio 16 familiares con edad entre 23 y 80 años (media de 44 años). La mayoría era del sexo femenino (13 casos). El grado de parentesco de los entrevistados con los pacientes fue de primer grado consanguíneo – cuatro madres, cuatro hijos(as) y dos padres – y primer grado por afinidad – cinco cónyuges y una nuera. Con relación a los diagnósticos que llevaron a los pacientes al servicio de emergencia se constató que seis fueron por problemas cerebro vasculares; tres por causas externas; dos por enfermedades oncológicas; uno por proceso alérgico, uno por intoxicación exógena; uno por crisis convulsiva, uno por deshidratación severa y uno por agravamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. De ellos, seis pacientes resultaron en óbito, cinco fueron transferidos para otras unidades de salud y otros cinco recibieron alta, siendo que, de estas, dos ocurrieron el mismo día de la admisión.

“Yo hubiera querido haber estado allá”: comprendiendo la posición de la familia

Se verificó que a todos los entrevistados les hubiera gustado haber tenido la posibilidad de entrar en la sala de emergencia durante el aten-

dimiento de su familiar pues, entendían como un derecho de la familia presenciar las distintas etapas del cuidado, para acompañar, constatar e incluso, evaluar el cuidado dado a su familiar.

Yo hubiera querido haber estado en la sala de emergencia [...] necesitaba estar dentro de la sala, es mi hijo, yo tengo ese derecho (madre de Jesús, traumatismo craneo encefálico).

Yo sé que ellos están trabajando allá dentro y haciendo lo posible por él, pero yo solo quería haber estado allá, quería que él supiera que yo estaba allá también, viendo que todo fue hecho (padre de Miguel, traumatismo craneo encefálico).

Los familiares veían como positiva su presencia en la sala de emergencia, principalmente porque entendían que podrían representar un apoyo para su ser querido, que se encontraba enfermo y necesitaba su apoyo en aquel momento.

Si yo hubiera podido entrar en la sala de emergencia, le habría dado apoyo a él, agarrándole la mano. Él me necesitaba (esposa de Antonio, accidente vascular encefálico).

Los familiares entendían que darle apoyo al paciente consistía en actitudes simples, como, por ejemplo, agarrar la mano del ser querido y hacerle saber que la familia permanecía preocupada con su seguridad y bienestar, incluso si estaba dentro de la unidad de emergencia. Los familiares no demostraron, en sus declaraciones, que esperaban tener un papel activo en el proceso asistencial del equipo médico ni en las decisiones terapéuticas, especialmente porque reconocían que los profesionales de salud esta-

ban ejecutando su trabajo de manera adecuada. En verdad, lo que ansiaban era estar presente y apoyar, por medio del afecto y cariño, al familiar.

Otro aspecto que hacía que los entrevistados quisieran estar presentes durante la atención de emergencia, era la falta de informaciones. Los discursos reflejaban la experiencia aflictiva y angustiante de la espera por informaciones. En este sentido, revelaron los intentos hechos, para solicitarles atención e informaciones a los profesionales de salud, siendo que, en once casos, llegaron solamente después de transcurridas horas de atención y fueron relatadas de forma rápida, superficial y nada esclarecedora.

Como yo quería estar dentro de la sala para acompañar de cerca lo que se estaba haciendo [...] solo vinieron a hablar conmigo después de dos horas. Eso es horrible, me quedé todo el tiempo angustiada esperando por respuestas, informaciones o algo parecido (hija de María, infarto agudo de miocardio).

Es difícil sentir aquella aflicción, aquella angustia, esperando que alguien venga a contarte lo que está aconteciendo, es lamentable (padre de Pedro, reacción alérgica).

De esta forma, se hizo evidente que uno de los factores preponderantes que permitieron que los familiares manifestaran el deseo de acompañar el atendimento de emergencia fue la necesidad de recibir noticias sobre su familiar. Otros entrevistados destacaron también que esas informaciones deberían ser ofrecidas rápidamente, de manera clara y objetiva.

[...] no entendí nada de lo que él dijo, además de hablar corriendo, lo hizo con palabras difíciles, ni mi marido

que estaba cerca entendió lo que el enfermero dijo. Si nosotros hubiéramos estado juntos en la sala de emergencia, creo que hubiera sido más fácil [...] (nuera de Estevão, cáncer de intestino).

El médico no me dijo casi nada, solo que él estaba vivo y dijo alguna cosa sobre oxígeno, pero no entendí. Para los que no conocemos esas cosas, se nos hace muy complicado entender, solo entendemos viendo, si yo hubiera estado allá cerca, iría entender mejor [...] (esposa de Luiz, infarto agudo de miocardio).

Al todo, trece entrevistados refirieron a la necesidad de ser informados precozmente sobre la situación clínica de su familiar. Cuando esas informaciones tardaban en llegar o eran repletas de términos técnicos, poco comprensibles para entenderlas, se sentía la necesidad de estar con el familiar en la sala de emergencia, pensándose así que sería más fácil comprender su situación.

En síntesis, se puede observar que a los familiares les gustaría estar con sus seres queridos en la sala de emergencia durante el atendimento y declaran que esto es un derecho de la familia. El objetivo de estar con el familiar era poder acompañar el cuidado ofrecido, dar apoyo y obtener mayores y mejores informaciones, lo que facilitaría la comprensión del cuadro clínico.

Sufrimiento familiar al permanecer fuera de la sala de emergencia

Delante de la imposibilidad de entrar en la sala de emergencia y sin cualquier contacto con sus seres queridos que estaban recibiendo atendimento, todos los familiares relataron haber tenido sentimientos negativos, como tristeza, desespero, impotencia y la sensación de haber

abandonado a su familiar en un momento tan delicado de su vida.

Yo quería mucho haber entrado para quedarme al lado de ella. Me quedé muy triste con el hecho de no poder estar con ella en aquel momento de sufrimiento (hija de Julia, accidente vascular encefálico).

Parecía que yo lo había abandonado en ese lugar, fue así que me sentí (hija de José, infarto agudo de miocardio).

Una entrevistada reveló que se sentía impotente por no haber conseguido estar con su hijo durante el atendimento, pues sabía que él necesitaba su presencia. La experiencia de esa situación de exclusión dentro del servicio de salud colaboró para que surgieran, se mantengan y se potencialicen, sentimientos negativos que naturalmente ya estaban siendo experimentados por la familia frente al miedo del resultado desconocido y del tratamiento en una unidad de emergencia.

Siento que fui débil, porque no pude hacer nada para ayudar a mi hijo. ¿Cómo yo puedo quedarme del lado de afuera, mientras él me necesitaba a su lado? Eso me desesperaba y me destruía por dentro (madre de Sergio, intoxicación exógena).

Los entrevistados destacaron, también, que a pesar del posible despertar de una sensación de sufrimiento y dificultades por permanecer en la sala de emergencia durante el atendimento, ellos preferían estar con sus familiares, ya que valoraban que los sentimientos negativos eran maximizados debido a la exclusión de la familia de la sala de emergencia.

Aquel día fue muy sufrido para todos nosotros. Aunque yo no fuese a hacer nada y tuviese que ver todo el atendimento, que sé que debe ser difícil, yo hubiera preferido haber estado allá dentro. Del lado de fuera pasa un millón de cosas en la cabeza, el miedo de la muerte, la inseguridad, el pecho se nos aprieta, todo de ruin que se pueda imaginar (Hija de Manoela, insuficiencia cardíaca congestiva).

Los discursos de diez familiares demostraron la necesidad de estar con su ser querido en el momento del atendimento emergencia, aunque reconozcan que dicha experiencia pueda ser una situación difícil. Al ser imposibilitados de permanecer con sus familiares, los entrevistados revelaron el surgimiento de diferentes sentimientos negativos como, por ejemplo, tristeza, inseguridad, incertidumbres e impotencia.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permitieron identificar que los entrevistados ansiaban estar presentes en la sala de emergencia mientras que su familiar fuese atendido. Diferentes motivos originaron esta necesidad de “estar con”. Por ejemplo, el hecho de entender la práctica como un derecho de la familia fue uno de ellos. Creer que la presencia puede darle apoyo al familiar o que puede mejorar la comprensión del cuadro clínico a partir del acompañamiento del cuidado prestado y/o la adquisición de mayores informaciones, también motivaron al familiar a manifestar el deseo de estar presente en la sala de emergencia.

Actualmente, en Brasil, así como en diferentes partes del mundo, la posibilidad de que la familia acompañe, o no, el atendimento todavía

es una decisión tomada exclusivamente por los profesionales de salud, los que generalmente son contrarios e impiden su presencia. Las justificaciones para la exclusión de los familiares se centralizan fundamentalmente en el miedo de que ellos pierdan el control emocional y que esto interfiera en el cuidado prestado y/o que las familias sufran con memorias psicológicamente estresantes relacionadas al atendimento, especialmente cuando los resultados sean desfavorables (óbito/secuelas)^(14,16).

Sin embargo, es importante considerar que las familias demuestran la necesidad de estar junto a su familiar, cuando este pasa por una enfermedad aguda y grave⁽¹⁷⁾. Un estudio fenomenológico realizado en Hong Kong junto a 18 familiares de pacientes gravemente enfermos, que no acompañaron las intervenciones de manutención de la vida, demostró que la mayoría indicó la preferencia por estar presente si le hubiesen dado esa opción. Según los entrevistados, había una intensa ligación emocional entre los familiares; ellos conocían las necesidades del paciente; y creían que era ventajosa la posibilidad de verificar posibles inadecuaciones en la asistencia ofrecida, si ellos podían acompañar el atendimento⁽¹⁷⁾.

Corroborando con lo expuesto anteriormente, los hallazgos de esta investigación revelan el deseo y la necesidad del familiar estar próximo a su ser querido en el momento del atendimento de emergencia, dándole apoyo y consuelo y observando si el equipo empleó todos los recursos, para garantizar un cuidado de calidad. Cuando el equipo de los profesionales de salud, no los nota, ni los investiga ni los atiende, les causa un estrés y un sufrimiento mayor a los familiares, pues ellos quieren pasar juntos todo el proceso de cuidado, lo que incluye desde el momento en que el paciente es socorrido (atención prehospitalaria), pasando por el atendimento en la unidad de emergencia hasta

el posible desenlace (óbito/internación/alta). En síntesis, a ellos les gustaría sentirse parte integrante del cuidado, manifestando apoyo.

Un estudio realizado en un municipio brasileño, con profesionales de salud que ya habían experimentado la atención de niños en una unidad de emergencia con la familia presente, evidenció que uno de los motivos para consentir esto, era que, de esta manera, la familia observaba todos los esfuerzos del equipo de salud para salvar la vida del niño. También revelaron que, además de ser un derecho de la familia, esta ofrece importantes informaciones sobre el histórico clínico del paciente, lo que auxilia a la hora de prestar el cuidado de emergencia⁽¹⁴⁾.

En la presente investigación, los familiares también enfatizaron la necesidad de noticias claras y objetivas, de que los profesionales de salud ofrezcan informaciones con un lenguaje menos técnico y científico. Es consenso en la literatura que ofrecerle informaciones al familiar es de extrema relevancia, principalmente para esclarecer el diagnóstico médico por el que el familiar está en la unidad de emergencia, la manera como él está siendo tratado por los profesionales y su evolución clínica. De este modo, aumenta la sensación de seguridad de la familia frente a la calidad del cuidado ofrecido a su ser querido. Por otro lado, esto tiene potencial para facilitar la reestructuración familiar después de una enfermedad aguda y grave⁽¹⁸⁾.

Además, vale destacar que en el momento del atendimento de emergencia es común que las familias estén estresadas y confundidas por la falta de noticias⁽⁷⁾. Se sabe que tanto el paciente como el familiar cuando están informados facilitan y auxilian en el tratamiento de la enfermedad⁽¹⁶⁾. Por tanto, los profesionales de salud deben informar sobre la enfermedad, las señales y los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el encaminamiento para otras unidades de salud. El conocimiento previo puede facilitar el proceso

de aceptación de la enfermedad, permitiéndole a la familia que se reorganice para superar la situación estresante y pensar en la rehabilitación del ser querido⁽²⁾.

Para eso, se les debe indicar a los familiares que, al posibilitarles su presencia en las salas de emergencia, sería potencializado el chance de ellos entender mejor y más fácilmente el cuadro clínico de los pacientes. Entonces, los profesionales de salud deben entender el deseo de las familias y darles la oportunidad de que ellas acompañen el atendimento. Para esto, las familias también deben ser asistidas con cuidado y atención. De esta forma, se puede evitar, o al menos disminuir, el sentimiento de impotencia que las familias revelan sentir en una situación de emergencia^(14,16).

En los resultados del presente estudio, se encontró tristeza, impotencia y sensación de haber abandonado el familiar como sentimientos experimentados por los entrevistados al esperar la finalización del atendimento de emergencia, mostrando de esta manera, la importancia de la inclusión de la familia al realizarle el cuidado agudo al paciente gravemente enfermo. Esto, sumado a otros aspectos, garanten una asistencia más atenta, segura, holística y direccionada hacia los deseos del otro, no solo para los pacientes sino también para su familia, lo que disminuye el sufrimiento. Análogamente, un estudio realizado con familiares de pacientes atendidos en una unidad de emergencia del Sur de Brasil identificó que ellos presentaban sentimientos de gratitud relacionados a los profesionales de salud y al cumplimiento de su deber como familia por haber tenido la posibilidad de verificar la mejoría del estado de salud del ser querido y por haber ayudado a aliviar el sufrimiento en el cuidado, especialmente emocional, del familiar⁽²⁾.

Al considerarse la viabilidad real de inserir a las familias en las salas de emergencia, es ne-

cesario destacar que cada persona reacciona de forma diferente cuando vivencia el atendimento de emergencia de un familiar. Algunos pueden estar menos preparados para acompañar a sus familiares. Esto se debe al hecho de que cada individuo posee su singularidad y particularidad. Sin embargo, aquellos que tienen la disposición, emocional, principalmente, deben tener la posibilidad de estar con sus familiares, pues las evidencias^(10,19) sugieren que es benéfico para los pacientes y las familias y además, las familias, no pueden ser ignoradas, ética y humanísticamente o excluidas del proceso terapéutico, independientemente de donde él esté siendo desarrollado.

No obstante, muchos profesionales de salud justifican sus conductas poco receptivas a las familias, por considerar la atención de emergencia como un tratamiento intensivo, invasivo, crítico y únicamente destinado a salvar la vida del paciente⁽¹⁴⁾. En estos casos, el atendimento debe ser rápido, eficaz y con calidad técnica. Entonces, el enfoque del profesional se centraliza en el paciente, lo que es importante y necesario, pero se olvida de la familia, que también comparte y necesita de cuidados^(14,20).

De ese modo, la presencia de la familia en los procedimientos de emergencia puede ser posible y aceptada por los profesionales de salud si existe un programa/entrenamiento para sensibilizar al equipo a permitir el acceso de los familiares en este contexto y concordar sobre los beneficios asumidos que la familia añade al cuidado de emergencia^(8,19). Este entrenamiento puede ser realizado por los gestores y profesionales de las propias unidades de salud, de modo a no crear demandas formativas onerosas y, sobre todo, que los profesionales se sientan parte integrante del proceso de construcción de una identidad institucional que valoriza a las familias.

Limitaciones del estudio

Es importante destacar que este estudio tiene algunas limitaciones. Una de ellas deriva del hecho del registro de los potenciales participantes haber sido realizado por los enfermeros de las unidades no empleándose ningún modelo sistematizado, solo los criterios de inclusión. Esto puede haber interferido en la selección y registro de los familiares, aunque para disminuir tal limitación, antes de iniciar el muestreo de los datos, los investigadores se certificaban si los criterios de inclusión eran atendidos, la historia clínica y el desenlace de los casos de los pacientes para, solo así, incluir a los familiares en la investigación. Otra limitación se relaciona al hecho de las entrevistas haber sido realizadas aproximadamente un mes después de la vivencia del fenómeno, lo que implica que se puedan haber olvidado muchas cosas del momento del atendimento. No obstante, se optó por permitir que las familias reflexionaran sobre la situación que vivieron durante el atendimento de emergencia y así, con más tiempo y mayor entendimiento, significasen y resignificasen el fenómeno, para solo en ese momento él ser investigado. Se observó que, por lo general, las respuestas elaboradas fueron ricas en detalles, constructivas y alentadoras.

CONSIDERACIONES FINALES

Se concluyó que los familiares quieren y sienten la necesidad de estar con su ser querido en el transcurso de la atención en la unidad de emergencia y que actualmente esa demanda no es atendida. De este modo, surgen sentimientos de pesar, tales como tristeza, impresión de abandono del familiar, desespero e impotencia, ocasionados, muchas veces, por la falta de informaciones en tiempo hábil o en lenguaje claro.

Se cree que, para ofrecer una atención más humanizada a los familiares de pacientes atendidos en una unidad de emergencia, los profesionales de salud y más específicamente, los enfermeros, deben considerar la posibilidad de inserirlos en el espacio físico de cuidado al paciente. Sin embargo, intervenciones de enfermería adecuadas solo podrán existir si se sustentan políticas y directrices institucionales dirigidas al atendimento de las necesidades familiares. Por eso, es urgente discutir e implementar la enseñanza de este tema en la formación de los enfermeros y los demás profesionales de salud, así como mantener las discusiones, por medio de actividades de educación permanente, en los servicios de salud. Solamente así, se podrá paulatinamente modificar el actual panorama de exclusión familiar en los servicios de emergencia.

Delante de los resultados de este estudio, que señalan que los familiares presentaron sentimientos de tristeza, inseguridad, incertidumbre e impotencia al permanecer fuera de las salas de emergencia, se sugiere la realización de estudios de intervención que introduzcan a los familiares en la sala para acompañar el atendimento de emergencia y enseguida procuren comprender el nivel de sufrimiento de estos individuos. Esto permitiría ampliar los resultados de la presente investigación y comprender mejor el fenómeno de la vivencia familiar en el atendimento de emergencia.

CITAS

1. Jorge VCJ, Barreto MS, Ferrer ALM, Santos EAQ, Rickli HC, Marcon SS. Equipe de enfermagem e detectores de agravamento em paciente de pronto socorro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012; 16 (4):767-774.
2. Barros LM, Araújo TM, Neri MFS, Soares E, Caetano JA. Internação em uma unidade de emergência hospitalar: vivência. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2):336-343.
3. Martins JT, Bobroff MCC, Ribeiro RP, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Haddad MCFL. Significados de cargas de trabalho para enfermeiros de pronto socorro/emergência. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(1):40-46.
4. Oczkowski SJW, Mazzetti I, Cupido C. Family presence during resuscitation: A Canadian Critical Care Society position paper. *Can Respir J*. 2015; 22(4):201-205.
5. Dall'Orso MS, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm* 2012; 18(3):83-99.
6. Saldaña DMA, Arango ÓJ, Laverde GG, Zerrate NH. Percepciones relacionadas con la presencia de la familia en escenarios avanzados como la reanimación cerebro-cardio-pulmonar. *Inv Enferm Imagen Desarro* 2012; 14(1):77-92.
7. Larsson IM, Wallin E, Rubertsson S, Kristoferzon ML. Relatives' experiences during the next of kin's hospital stay after surviving cardiac arrest and therapeutic hypothermia. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013; 12(4):353-359.
8. Zani AV, Marcon SS, Tonete VLP, Parada CMGL. Communicative process in the emergency department between nursing staff and patients: social representations. *Online braz j nurs [internet]* 2014 Jun [cited Feb 20 2016]; 13 (2):139-49. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4036>
9. Mahabir D, Sammy I. Attitudes of ED staff to the presence of family during CPR: a Trinidad and Tobago perspective. *Emerg Med J*. 2012; 29(10):817-820.
10. Chapman R, Watkins R, Bushby A, Combs S. Family-witnessed resuscitation: perceptions of nurses and doctors working in an Australian Emergency Department. *Inter Schol Res N Emerg Med*. 2012; 1-10.
11. Al-Mutair AS, Plummer V, Copnell B. Family presence during resuscitation: a descriptive study of nurses' attitudes from two Saudi hospitals. *Nurs Crit Care*. 2012; 17(2):90-98.
12. Cho JL, Lee EN, Sim SH, Lee NY. Comparison of physicians and nurses' attitudes toward family presence during cardiopulmonary resuscitation. *Kor J Adult Nurs*. 2012; 25(1):41-52.

13. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto contexto enferm.* 2016; 25(3):1-8.
14. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr.* 2015; 33(4):460-466.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
16. Bashayreh I, Saifan A, Batiha AM, Timmons S, Nairn S. Health professionals' perceptions regarding family witnessed resuscitation in adult critical care setting. *J Clin Nurs.* 2015; 24(17):2611-2619.
17. 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.
18. Schimidt TCG, Arruda ML. Sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem. *Cogitare enferm.* 2012; 17(2):348-354.
19. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care.* 2014; 23(6):88-96.
20. Nishisaki A, Diekema DS. Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation.* 2011; 82(6):655-656.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 09/06/2016
Revisado: 06/05/2017
Aprobado: 05/06/2017