

Acogimiento en urgencia oncológica pediátrica: dificultades y facilidades en la asistencia a la infancia

Acolhimento em emergência oncológica pediátrica: dificuldades e facilidades na assistência à criança

User embracement in pediatric oncological emergency: difficulties and facilitating factors in child care

Alessandra Silva Lopes Pereira^I ; Thiago Privado da Silva^{II} ; Ítalo Rodolfo Silva^{III} ;
Laura Johanson da Silva^{III} ; Sabrina da Costa Machado^{III} ; Jessica Renata Bastos Depianti^{IV} 

^IUniversidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^{II}Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, RJ, Brasil;
^{III}Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; ^{IV}Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMEN

Objetivo: identificar las dificultades y las facilidades que permean el acogimiento realizado por el equipo de enfermería en la urgencia oncológica pediátrica. **Método:** estudio cualitativo, realizado con 12 profesionales de enfermería de la urgencia oncológica pediátrica de un hospital ubicado en Río de Janeiro. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas entre diciembre de 2023 y abril de 2024 y analizados por medio del análisis de contenido de tipo temático a la luz del Interaccionismo Simbólico. Todos los aspectos éticos fueron respetados. **Resultados:** se delinearon dos categorías: Dificultades y facilidades que permean el acogimiento en la urgencia oncológica pediátrica; y Percepción del acogimiento: señalando caminos posibles. **Consideraciones finales:** Fue posible identificar como dificultades, la falta de un lugar adecuado para la realización del acogimiento y la composición reducida del equipo; y como facilidades, la disponibilidad de equipos de calidad, el entendimiento del equipo y la buena comunicación con el familiar.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Enfermería Pediátrica; Atención de Enfermería; Cateterismo Periférico.

RESUMO

Objetivo: identificar as dificuldades e as facilidades que permeiam o acolhimento realizado pela equipe de enfermagem na emergência oncológica pediátrica. **Método:** estudo qualitativo, realizado com 12 profissionais de enfermagem da emergência oncológica pediátrica de um hospital localizado no Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestructuradas, realizadas entre dezembro de 2023 e abril de 2024 e analisadas por meio da análise de conteúdo do tipo temática à luz do Interacionismo Simbólico. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** foram delineadas duas categorias: Dificuldades e facilidades que permeiam o acolhimento na emergência oncológica pediátrica; e Percepção do acolhimento: apontando caminhos possíveis. **Considerações finais:** Foi possível identificar como dificuldades, a falta de um lugar adequado para a realização do acolhimento e a composição reduzida da equipe; e como facilidades, a disponibilidade de equipamentos de qualidade, o entrosamento da equipe e a boa comunicação com o familiar.

Descritores: Enfermagem; Pediatria; Oncologia; Emergências; Acolhimento.

ABSTRACT

Objective: to identify the difficulties and facilitating factors surrounding the user embracement performed by the nursing team in the pediatric oncological emergency. **Method:** qualitative study, conducted with 12 nursing professionals from the pediatric oncological emergency of a hospital located in Rio de Janeiro. Data were collected through semi-structured interviews conducted between December 2023 and April 2024 and analyzed through thematic content analysis in accordance with Symbolic Interactionism. All ethical aspects were respected. **Results:** two categories were identified: Difficulties and facilitating factors surrounding user embracement in the pediatric oncological emergency; and Perception of user embracement: pointing to possible pathways. **Final considerations:** It was possible to identify as difficulties the lack of an adequate space for user embracement and the reduced team composition; and as facilitating factors, the availability of quality equipment, team cohesion, and good communication with family members.

Descriptors: Nursing; Pediatrics; Medical Oncology; Emergencies; User Embracement.

INTRODUCCIÓN

La experiencia del cáncer infantojuvenil genera impactos físicos, emocionales y sociales desde el diagnóstico, no solo en el niño, sino en toda su familia y amigos que acompañan las fases de enfermedad y tratamiento, tornándose imprescindible una relación de confianza con los profesionales de salud¹.

Como consecuencia del tratamiento y de la evolución clínica de la enfermedad, surgen interurrencias y problemas que resultan en urgencias oncológicas, las cuales recibirán apoyo, soporte o resolución en los servicios de Atención Oncológica de Urgencia, que deben ser adecuados y disponer de un equipo capacitado para esta demanda específica, de forma a identificar rápidamente y con calidad, agravios de mayor potencial de riesgo mediante la utilización de

procesos asistenciales de anamnesis, evaluación clínica y triaje, evitando o mitigando daños críticos². En ese contexto, el acogimiento emerge como una etapa fundamental en la promoción de la salud y prevención de agravios³.

La palabra acogimiento tiene múltiples significados. En este estudio, se entiende como una estrategia para ampliar y cualificar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, promoviendo la humanización de la asistencia⁴. En esa coyuntura, la literatura destaca su potencialidad para construir vínculos con los usuarios y resolver demandas en los servicios de salud, independientemente de las especificidades del contexto⁴.

El acogimiento realizado con calidad, seriedad, empatía y *expertise* permite reducir daños físicos y psicológicos, minimizar sufrimientos y salvar vidas. Por tanto, dicha práctica merece una mirada más sensible y científica para evidenciar, mediante la investigación, un sistema complejo, orquestado con múltiples vertientes y posibilidades, en el cual el enfermero participa con un protagonismo singular, gestionando su equipo, conciliando práctica clínica, uso de protocolos y sensibilidad para brindar la mejor asistencia a los niños y a sus familiares en ese momento de vulnerabilidad⁵.

En el contexto de la Atención Pediátrica de Urgencia, el acogimiento es una etapa importante de la atención al niño y su familia. Se desarrolla en la escucha atenta a las principales quejas, atraviesa la evaluación clínica y verificación de los signos vitales, y se completa con la definición de la clasificación de riesgo basada en los datos recolectados, los cuales se orientan mediante protocolo institucional. Esta etapa es esencial para la continuidad de la atención de manera eficiente y organizada⁴. En la urgencia oncológica pediátrica, se torna necesario, pues favorece la identificación precoz de signos y síntomas alarmantes, siendo fundamental el reconocimiento, la gestión y el tratamiento inmediato de las urgencias oncológicas, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad en este grupo de individuos⁶.

Por tanto, el acogimiento como estrategia para la promoción de la salud y prevención de los agravios en los servicios de salud es una importante herramienta tecnológica de cuidado, que solicita de los profesionales de salud un entramado de acciones que involucra la escucha cualificada, la valorización de las particularidades de los individuos, así como la comprensión y resolución de sus demandas de salud⁵. Así, dada la relevancia de los datos epidemiológicos relacionados con la incidencia del cáncer infantojuvenil⁷, así como por la complejidad de la asistencia oncológica pediátrica y los desafíos de la práctica del acogimiento en el contexto de la urgencia, surgió la necesidad de este estudio.

Además, en un escenario donde la vulnerabilidad del niño se encuentra exacerbada por la gravedad de la condición oncológica, el acogimiento eficaz puede atenuar el impacto psicológico del tratamiento, promoviendo una experiencia menos traumática. La escasez de investigaciones en esta área señala una brecha crítica en el conocimiento, perjudicando la estandarización de prácticas y la formación de profesionales especializados^{8,9}. Este hecho exige de los profesionales, además de actualización permanente y profundización de los conocimientos técnico-científicos, una perspicacia y reflexión sobre su quehacer para lidiar con el amplio universo de la pediatría, con el fin de evitar los casos de morbilidad y mortalidad^{9,10}.

Los estudios que exploren los matices del acogimiento, incluyendo sus factores condicionantes, son indispensables para optimizar el cuidado y para asegurar que cada niño y familia reciba el apoyo integral necesario durante las urgencias oncológicas pediátricas.

En ese ínterin, este estudio avanza al posibilitar una discusión de los factores dificultadores y facilitadores del acogimiento realizado por el equipo de enfermería en la Urgencia Oncológica Pediátrica, más allá del triaje desarrollado en el encuentro con el niño y su familia. Es, por tanto, una posibilidad de comprender el acogimiento como una importante estrategia de humanización de la asistencia en el contexto de la urgencia oncológica.

Al reflexionar sobre el tema, surgió el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los factores que facilitan o dificultan el acogimiento en la Urgencia Oncológica Pediátrica?

Considerando lo expuesto, el objetivo de este estudio fue identificar las dificultades y las facilidades que permean el acogimiento realizado por el equipo de enfermería en la Urgencia Oncológica Pediátrica.

Marco teórico

La industrialización y la urbanización de comienzos del siglo XX generaron problemas sociales que sirvieron de estímulo para los estudiosos de la Psicología Social. Ellos sintieron la necesidad de elaborar una nueva perspectiva teórica que ayudara en la comprensión y análisis del estudio sistemático del comportamiento social humano. Así emergió la teoría denominada Interaccionismo Simbólico¹¹.

Históricamente, el Interaccionismo Simbólico fue inspirado por las ideas de Georg Herbert Mead, profesor de filosofía, y está directamente vinculado a la implantación de la Universidad de Chicago, en 1890, en un contexto de expansión y consolidación de la sociología. Mead entendía que la conciencia de las personas se forma a partir de las interacciones y procesos sociales¹¹.

La producción escrita de Mead durante su vida fue relativamente pequeña, concentrándose en artículos y notas. Sin embargo, su verdadera influencia se manifestó después de su muerte, a través de la publicación de notas y lecturas de sus clases, compiladas por sus alumnos. Además, la interpretación y el desarrollo de sus ideas por sociólogos como Herbert Blumer fueron fundamentales para la difusión de su pensamiento. La obra más conocida de Mead, "*Mind, Self and Society*", publicada en 1934, es una compilación de sus ideas y representa un hito en la sociología¹¹.

La acción humana es un proceso dividido en cuatro fases: impulso (la necesidad que impulsa la acción), percepción (la búsqueda de medios para satisfacer el impulso), manipulación (la utilización de medios para alcanzar el objetivo) y consumación (la satisfacción del impulso). La decisión individual, tomada activamente en cada etapa, es lo que define la acción. Las normas sociales, a su vez, influyen en estas decisiones a través de mecanismos como negociaciones, sanciones y jerarquías, moldeando el comportamiento humano¹¹.

El nombre de Mead está vinculado a la fundación de la teoría, pero fue Herbert Blumer el gran difusor de esta perspectiva teórica, incluso designando el nombre por el cual se hizo conocida: Interaccionismo Simbólico. Blumer creía que el ser humano conoce las cosas por sus significados y estos son elaborados y modificados por la interacción social¹¹.

La naturaleza del interaccionismo simbólico se basa en el análisis de tres premisas¹¹: la primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él; la segunda es que el significado de esas cosas surge como consecuencia de la interacción social que cada cual mantiene con su prójimo; la tercera es que los significados se manipulan y se modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va encontrando en su camino.

Estas premisas se vuelven más palpables al comprender que el Interaccionismo Simbólico valoriza el significado que las cosas tienen para el comportamiento humano. Y ese significado surge de la interacción entre las personas, siendo construido y pulido en dos etapas de interpretación. En la primera etapa, la interacción del individuo es con él mismo. Conociendo, construyendo, familiarizándose con ese significado. En la segunda, el individuo pasa a moldear el significado que ya conoce. Recreando, seleccionando, reevaluando y transformando los sentidos a partir de las situaciones vivenciadas en el momento y así definiendo la dirección de su acción¹¹.

Desde esta perspectiva, identificar las facilidades y dificultades que permean el acogimiento realizado por el equipo de enfermería en la Urgencia Oncológica Pediátrica, implica reconocer que la práctica del acogimiento resulta en un proceso interpretativo continuo, en el cual cada interacción con el niño, la familia y la enfermería resignifica el acto de acoger. Por lo tanto, el acogimiento se entiende como una acción simbólica mediada por experiencias, valores y normas institucionales, cuya interpretación orienta el modo en que el equipo de enfermería percibe y ejecuta su asistencia.

MÉTODO

El diseño metodológico de este estudio fue construido mediante una investigación de campo de tipo exploratoria, con abordaje cualitativo. El escenario fue el sector de Urgencia Oncológica Pediátrica de un hospital de referencia en Oncología en el municipio de Río de Janeiro. Cabe destacar que esta institución es auxiliar del Ministerio de Salud, compone el SUS y ofrece servicios de atención médico-hospitalaria prestada directa y gratuitamente a pacientes con cáncer, además de actuar en áreas estratégicas como prevención y detección precoz, formación de profesionales especializados, desarrollo de la investigación y generación de información epidemiológica¹².

Fueron invitados a participar del estudio profesionales de enfermería escalados en ese sector a partir del inicio del año 2023, utilizando como criterio de inclusión: ser profesional de enfermería de la institución y actuar en el Complejo Pediátrico. Se entiende por Complejo Pediátrico el conjunto de los siguientes sectores: Consultorios Externos de Pediatría, Enfermería Pediátrica, Centro de Tratamiento Intensivo Pediátrico y Urgencia Pediátrica. Como criterio de exclusión se definió: profesionales de enfermería que, aunque formando parte del Complejo Pediátrico, no trabajen en la Urgencia Pediátrica.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, realizada con 12 profesionales de enfermería asignados al sector de urgencia, y una profesional de enfermería perteneciente al cuadro de la enfermería, pero que actuó en la urgencia pediátrica durante el período del estudio. Así, todos los profesionales de enfermería con actuación en la urgencia pediátrica fueron entrevistados.

Las entrevistas se realizaron en las dependencias del hospital en estudio, en local reservado y privativo para favorecer la interacción entre el investigador y el entrevistado. Se realizaron entre los meses de diciembre de 2023 y abril de 2024 y tuvieron una duración de entre 7 y 30 minutos, aproximadamente. Los participantes fueron inicialmente consultados sobre las facilidades y las dificultades encontradas en el acogimiento del niño y su familia en la Urgencia Oncológica Pediátrica. A continuación, se realizaron nuevas preguntas vinculadas al objeto de estudio. Los datos fueron

sometidos al análisis de contenido de Bardin de tipo temático/categorial, en consonancia con sus respectivas etapas: preanálisis, exploración del material, tratamiento de los resultados obtenidos e interpretación¹³.

En el preanálisis se realizó la preparación del material para el análisis propiamente dicho. Inicialmente, las entrevistas grabadas fueron transcritas y organizadas, diferenciando preguntas y respuestas en colores distintos para facilitar la comprensión. Con las entrevistas transcritas, se realizó una primera aproximación al contenido mediante una lectura “flotante” de los datos brutos obtenidos en la recolección, aprovechando para corregir y mejorar puntuación y ortografía. Se consideraron *priori* todos los elementos presentes en los relatos de los participantes¹³.

En la siguiente etapa se realizó la exploración del material. Los datos brutos (transcripciones) fueron examinados minuciosamente línea por línea. Cada fragmento significativo fue identificado y codificado, resultando en unidades de registro (UR). Para organizar esos códigos, se atribuyó un número a la entrevista, otro al orden del código dentro de la entrevista y un tercero a la página de la transcripción. Esa estructura numérica facilitó la localización y la referencia a fragmentos específicos. Por ejemplo, el código 9.2.1 indica el segundo código de la novena entrevista, encontrado en la primera página de la transcripción. Cada participante fue identificado con un color para mejor visualización en el momento del análisis de los datos.

La tercera y última etapa de análisis consistió en el tratamiento de los resultados e interpretación. Esta etapa se dividió en dos partes: en la primera, las unidades de registro fueron sometidas al análisis comparativo y agrupadas en ejes temáticos, teniendo en cuenta sus similitudes. En el segundo momento, los ejes temáticos también fueron aproximados, dando origen a las categorías en las que la investigación se basó para realizar la evaluación y la interpretación final de los resultados¹³.

La asociación de los ejes temáticos y la consecuente creación de categorías representaron un paso crucial en el análisis de contenido. Esta etapa permitió organizar y estructurar los datos de forma más eficiente, facilitando la identificación de patrones y tendencias. Al agrupar elementos similares bajo categorías específicas, fue posible obtener una visión más clara y abarcadora del material analizado, lo que contribuyó a la construcción de una interpretación más sólida y fundamentada.

Se refuerza que los resultados fueron discutidos a la luz del Interaccionismo Simbólico, perspectiva teórica que trabaja la idea de que las personas construyen su mundo con base en los significados que atribuyen a las cosas, hecho que posibilita comprender el modo como los individuos interpretan los objetos y las otras personas con las que interactúan y cómo el proceso de interpretación conduce el comportamiento individual en situaciones específicas¹¹.

En observancia a los preceptos éticos, este estudio siguió estrictamente las directrices establecidas por las Resoluciones nº 466/12 y nº 510/16. Por ello, fue sometido a la apreciación y aprobación de los Comités de Ética en Investigación (CEP) tanto de la institución proponente como de la institución coparticipante, bajo el dictamen nº 6.582.056. Para asegurar el anonimato de los participantes, se adoptó codificación alfanumérica, identificándolos como T1, T2 para los técnicos de enfermería y E1, E2 para los enfermeros.

Además, todos los participantes recibieron información detallada sobre los objetivos y la metodología de la investigación, y su participación fue formalizada mediante CI (Consentimiento Informado) debidamente firmado.

RESULTADOS

Participaron de la investigación 12 profesionales de enfermería. La caracterización de estos participantes revela un perfil predominantemente femenino, con apenas un participante del sexo masculino. La muestra incluyó 8 técnicas de enfermería y 4 enfermeros, con tiempos de formación que varían de 14 a 29 años para los técnicos de enfermería y de 17 a 21 años para los enfermeros. El tiempo de actuación en la institución varió entre 8 y 22 años, mientras que el tiempo de experiencia en la Urgencia Pediátrica Oncológica presentó dos rangos distintos: dos participantes con 8 a 9 meses y las demás, con 8 a 15 años de experiencia en el sector. En cuanto a la escala y turno de trabajo, la mayoría de los participantes (11) actuaba como plantonista en servicios de 12 horas, siendo 6 en el período diurno y 5 en el nocturno. Solo un participante ejercía la función de diarista.

Del análisis emergieron dos categorías, a saber: Dificultades y facilidades que permean el acogimiento en la urgencia oncológica pediátrica; y Percepción del acogimiento: señalando caminos posibles.

Dificultades y facilidades que permean el acogimiento en la urgencia oncológica pediátrica

Esta categoría está compuesta por los siguientes ejes temáticos: describiendo el contexto de la urgencia oncológica pediátrica; factores dificultadores y facilitadores para la realización del proceso de acogimiento.

Este primer eje temático presenta el contexto de trabajo del sector en estudio en sus diversos aspectos, a saber: características físicas del ambiente, perfil del equipo de trabajo, particularidades sobre el flujo de atención, especificidades del tipo de servicio prestado, así como las quejas más frecuentes identificadas en las relaciones de cuidado.

Los participantes describieron la insuficiencia del espacio físico destinado a la atención de niños y sus familias en la urgencia oncológica pediátrica. El ambiente es descrito como pequeño, restringido e improvisado, como ejemplo la adaptación del consultorio como extensión del lecho. Los relatos a continuación ilustran tales definiciones:

Nuestra urgencia es muy pequeña. Disponemos de cuatro camas. Son cuatro boxes, una camilla de atención, una cama que compartimos con una camilla y una cama, y tenemos dos sillas para la atención. (T2)

Como es un sector pequeño, es difícil cuando el paciente llega y el sector ya está lleno. Muchas veces, no tenemos más camas para él [...] el consultorio, ¿en qué se convirtió? En una extensión de la cama, ¿no? Se convirtió en una extensión de la urgencia pediátrica, tenemos cuatro camas allí adentro y en el consultorio colocamos dos camillas. Entonces, son seis camas, se convirtió en una extensión. (T3)

Si el sector está muy lleno, muy lleno, no hay espacio allí adentro, que es un espacio pequeño, entonces hay unas sillas aquí afuera. (T8)

Los datos empíricos evidencian que la composición reducida del equipo representa una dificultad para un acogimiento más efectivo. La presencia de apenas un enfermero, un técnico de enfermería y un médico por turno es percibida por los participantes como insuficiente para atender a la complejidad de la demanda asistencial y para ofrecer un cuidado humanizado, continuo e individualizado. En ese escenario, relatan además que el acogimiento tiende a ser condicionado por la dinámica del servicio y en el mismo espacio donde los pacientes son atendidos, comprometiendo de forma negativa la escucha y el diálogo, elementos esenciales de ese proceso.

Mi equipo soy yo y una técnica. El equipo de aquí es así. (E2)

Nuestro equipo es reducido aquí. (T6)

Aquí en la urgencia somos un sector muy pequeño: es un técnico, un enfermero solo. [...] El equipo muy reducido también dificulta nuestra vida, no podemos turnarnos en determinadas situaciones [...] También entendemos nuestras limitaciones que son la cuestión del espacio, la reducción del equipo, las limitaciones, lamentablemente, somos un hospital grande, un hospital general que no tiene los espacios específicos propios para el niño. (T2)

A veces, cuando un niño llega para ser atendido, para ser acogido, esos profesionales del equipo, que ya es reducido, están prestando cuidados a los otros pacientes que están internados o en atención en la urgencia. [...] Entonces todo se hace dentro de ese mismo ambiente. Eso para mí es algo que influye negativamente en ese proceso de acogimiento, porque muchas veces el familiar, el niño o el adolescente deja de relatar alguna cuestión, justamente por sentirse cohibido, porque hay otras personas alrededor. (E3)

Eso realmente hace falta, que llegue en medio del caos, la urgencia llena, sin tener dónde triar a ese paciente, triarlo allí en medio de todos, y muchas veces el médico está hablando con el padre, la madre pide otra cosa, otra madre que no tiene nada que ver con esa situación, y el niño: ¡Tía pon un dibujo! Se convierte en algo confuso. (T3)

Creo que lo que dificulta es no tener un lugar adecuado para eso. Ocurre en medio de la urgencia donde, eventualmente, tenemos la demanda de un paciente mayor y tenemos que hacer las dos cosas al mismo tiempo. Eso es malo. (E1)

A pesar de que los participantes relataron las dificultades en cuanto al espacio físico y el número reducido de profesionales, explicaron que, por ser una urgencia oncológica pediátrica cerrada, es decir, que solo atiende a los niños matriculados en la institución, la demanda de atención tiende a ser baja.

Nuestra urgencia es una urgencia cerrada, una urgencia interna. (T3)

En general, nuestro volumen de atención no es muy grande porque solo atendemos pacientes matriculados [...] Nuestra demanda en general es baja, comparada con los servicios de afuera, porque solo atendemos un número restringido de pacientes, solo los que tienen matrícula en la institución. (E1)

También fueron mencionadas las quejas más prevalentes en el servicio, a saber: el dolor y la fiebre.

Lamentablemente, el dolor es una de las quejas que bate récord aquí. (T3)

Está con fiebre, tiene catéter, que es nuestra demanda principal, generalmente. (T8)

Al ser consultados sobre los factores que facilitan el acogimiento, los participantes destacaron, de forma recurrente, la disponibilidad y la calidad de los equipos utilizados en la atención. Los datos empíricos evidencian que los recursos tecnológicos, especialmente los monitores multiparamétricos y los carritos de signos vitales, son percibidos como elementos que agilizan la evaluación clínica, favoreciendo una intervención con mayor seguridad.

Tenemos monitores multiparamétricos, carrito de signos vitales, eso ayuda bastante en la evaluación de los pacientes cuando llegan, podemos hacer el triaje de esos pacientes con más facilidad, más tranquilidad. (T2)

En la cuestión clínica, nuestro material es nuestro facilitador. Realmente el monitor multiparamétrico que tenemos ayuda mucho [...] Agiliza, nos da seguridad, mientras vemos clínicamente o hacemos una auscultación, o ponemos un termómetro, ya tenemos allí un monitor dándonos en tiempo real los parámetros, entonces es el facilitador del acogimiento [...] Buena calidad, está a mano y todos lo usan. Él es el facilitador. (T6)

Tenemos un monitor multiparamétrico aquí, móvil, que facilita mucho nuestro trabajo en ese sentido. (E1)

Entonces tenemos aquí un aparato portátil, un monitor portátil y podemos rápidamente medir los signos vitales de ese niño y eso facilita enormemente nuestra intervención. (E2)

También fueron recordados como facilitadores el boletín de atención confeccionado en la recepción, destacado como un instrumento que favorece la organización del flujo asistencial y la continuidad del cuidado, al concentrar informaciones iniciales relevantes sobre el niño. Además, destacan el entendimiento del equipo y la buena comunicación con el familiar.

En la recepción hacen un boletín de atención, eso nos ayuda bastante. Porque ya viene con los datos principales del paciente como matrícula, nombre, y ahí recibimos ese boletín. [...] Entonces eso facilita bastante nuestra atención, que al llegar ese boletín hasta nosotros, vamos a completar exactamente con los datos relacionados a lo que el niño presenta clínicamente en ese momento. (T7)

Lo que facilita, creo que ese flujo de organización ayuda mucho a que el niño llegue con la ficha ya preestablecida con nombre, con horario, creo que eso facilita mucho para nosotros colocarlo en el sistema, en la planilla. (T8)

Es importante para nosotros porque en ese boletín ya viene la localización del historial clínico, el propio profesional que hace el boletín en la recepción solicita el historial para nosotros, eso ayuda para tener otras informaciones del paciente. (E1)

Lo que facilita creo que es el entendimiento del equipo, tanto de los médicos como del enfermero, como del técnico que están allí en ese momento. (T4)

De forma interesante, parte del equipo destacó que los mismos factores considerados dificultadores para el acogimiento también pueden ser percibidos como facilitadores, dependiendo de la perspectiva adoptada. El espacio físico reducido y el equipo pequeño fueron señalados como elementos que, aunque limitan la estructura, favorecen la visualización integral del sector y la continuidad de las acciones de cuidado al niño, optimizando el flujo de informaciones y la toma de decisiones.

Somos un equipo pequeño, el espacio siendo menor, hace que tengamos una mejor visualización del sector y cuando el paciente entra por la puerta, ya podemos tener una visión de todo lo que está ocurriendo [...] Entonces, es una situación de gran dualidad. (T2)

Creo que tanto para la información, para el flujo de información, como para la seguridad que el paciente tiene en nosotros, como nuestra seguridad al ejecutar esa acción, es mejor porque ya tomaste al paciente, tú mismo acogiste las quejas, entonces ya estás atento a todo lo que la persona te relató [...] Y tú mismo viste los signos vitales, tú mismo diste esa primera atención al niño y estás dando continuidad [...] Entonces facilita mucho, facilita la toma de decisiones. (T6)

Entonces lo mismo que dificulta, facilita. Porque si, por ejemplo, el mismo equipo que está allí atendiendo las interurrencias, atendiendo la urgencia de los pacientes que están en observación o internados en el sector, tuviesen que separarse hacia otro ambiente, una sala segregada, dejarían de prestar esa asistencia. (E3)

Con base en lo expuesto, en factores dificultadores y facilitadores para la realización del acogimiento, fue posible identificar las condiciones intervinientes que influyen en el acogimiento realizado por el equipo de enfermería en la urgencia oncológica pediátrica.

Percepción del acogimiento: señalando caminos posibles

Esta última categoría foi construída com o auxílio de dois eixos temáticos, a saber: percepção do processo de acolhimento desenvolvido pelos próprios participantes da pesquisa; e propostas de melhoria.

Al reflexionar sobre el acogimiento, los participantes expresaron la percepción de que, incluso ante las dificultades estructurales y organizacionales del sector, el servicio prestado se realiza con calidad, de la mejor manera posible. Los relatos evidencian una evaluación positiva del cuidado ofrecido, proporcionando confort y escucha activa a los niños y sus familiares.

Nuestro paciente es muy bien atendido, esto se refleja incluso en las palabras de las madres, de nuestros pacientes aquí [...] Dicen que aquí es tranquilo, es un sector donde se sienten acogidos, se sienten bien vistos aquí abajo, entonces sabemos que promovemos un buen servicio. (T2)

Miro tanto lo mío como el del otro equipo, un compromiso muy grande, unas ganas muy grandes de que salga bien, pero la cuestión de si es adecuado, lo que siento, lo que me parece que falta, es el flujo y el lugar. Entonces todo lo que le he dicho hace que no me parezca cien por ciento adecuado. La intención es buena. Los profesionales son buenos. Falta un guion y falta un lugar. (T6)

Creo que las personas intentan hacer lo máximo, como dije, para dar confort al niño, para tener la escucha activa, sin juzgamientos. (T8)

Como propuesta de mejora, los participantes señalaron la necesidad de un espacio físico adecuado y reservado para la realización del acogimiento, así como la presencia de un equipo específico para ese proceso, siendo estos aspectos considerados fundamentales para mejorar la calidad de la atención prestada al niño y a su familia.

Entonces, debería haber una sala reservada propiamente para eso, para que podamos triar al niño. (T1)

Si hubiera un lugar privado sería mucho mejor. Siempre que también hubiera un equipo para atender adecuadamente. (T2)

Sería genial tener una salita de acogimiento. (T3)

Creo que en el acogimiento lo primero es que sea un lugar privado y que ofrezca confort para ese niño. (E2)

DISCUSIÓN

Para describir el contexto en el cual se inserta el acogimiento, los participantes de la investigación versaron sobre las características físicas del ambiente: espacio pequeño, carente de lugar apropiado para el acogimiento, sobre la composición reducida del equipo, sobre las quejas más prevalentes en el servicio (dolor y fiebre) y sobre la baja demanda asociada a la exclusividad de atención para niños matriculados en la institución.

Se identificaron como factores dificultadores de la práctica del acogimiento la ausencia de un lugar apropiado para su realización, respetando la privacidad del niño y de su familiar, como también el número reducido de profesionales que actúan en la urgencia.

A este respecto, se destaca la RDC nº50 que trata del reglamento técnico para planificación, programación, elaboración y evaluación de proyectos físicos de establecimientos de salud. Aunque nodefique un capítulo exclusivo a las urgencias pediátricas, establece directrices generales que influyen significativamente en la atención de niños en esos establecimientos¹⁴. La norma aborda aspectos como infraestructura, organización hospitalaria y estructuración del área de urgencia y emergencia, impactando directamente en la calidad de la atención pediátrica.

Conforme a RDC nº50, las instalaciones destinadas a la atención pediátrica en urgencias deben ser proyectadas y equipadas específicamente para atender las necesidades de los niños, incluyendo mobiliario adecuado para acompañantes y medidas de seguridad que garanticen la privacidad de los pacientes.

En ese ínterin, se destaca que la privacidad del niño y de su familiar se constituye en una obligación ético-legal que debe ser respetada no solo en las interacciones entre el paciente y el equipo de enfermería, sino también en las comunicaciones verbales o escritas con los demás trabajadores que participan del cuidado, así como con sus familiares. Es deber de todo profesional del equipo de enfermería defender al paciente en todas las circunstancias durante la realización de los cuidados, garantizando su privacidad y resguardando su autonomía.

Al utilizar la lente del Interaccionismo Simbólico¹¹, es posible comprender cómo el contexto físico, las normas profesionales y las interacciones sociales condicionan de manera dinámica los significados del acogimiento, la confianza y la calidad de la atención. Esos significados no son estáticos, sino que son negociados continuamente, influenciados por las condiciones físicas, las relaciones interpersonales y las normas sociales y éticas que permean el ambiente hospitalario.

El dolor y la fiebre se encuentran entre los síntomas más comunes vivenciados por la niño com câncer^{15,16}. A literatura presenta que las urgencias oncológicas más comunes en el contexto pediátrico están asociadas a alteraciones metabólicas, hematológicas, cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, infecciones, así como al trasplante de células hematopoyéticas. En ese contexto, el reconocimiento precoz y el tratamiento inmediato de esas urgencias oncológicas pueden reducir las posibilidades de potenciales complicaciones y mejorar los resultados clínicos¹⁷.

En cuanto al número reducido de profesionales que actúan en la urgencia oncológica pediátrica, la literatura¹⁸ destaca que la oferta de cuidado integral y con impactos positivos requiere una fuerza de trabajo disponible, accesible y capacitada para responder a las complejas demandas del escenario. Por lo tanto, las estrategias de desarrollo de capacidades se revelan fundamentales para la actuación en escenarios con recursos limitados, teniendo en cuenta que el desempeño de los enfermeros en la oncología pediátrica es influenciado por factores subjetivos, educacionais e organizacionais^{19,20}.

Bajo la perspectiva del Interaccionismo Simbólico¹¹, el número reducido de profesionales se configura como un elemento simbólico que moldea el significado del acogimiento para el equipo de enfermería. Al vivenciar cotidianamente tal situación, construye sentidos sobre el acogimiento como un proceso dificultado, fragmentado y permeado por tensiones entre el ideal de cuidado humanizado y la realidad institucional.

Los participantes señalaron como elementos facilitadores para el acogimiento la disponibilidad de equipos de calidad, el entendimiento del equipo y la buena comunicación con el familiar, al tiempo que este último favorece o establecimiento de vínculos de confianza e segurança.

La disponibilidad de materiales adecuados se configura como una herramienta facilitadora no solo para el proceso de trabajo, sino también para las relaciones interpersonales entre el usuario y el equipo. La literatura²¹ destaca que la falta o el déficit de recursos humanos y materiales pueden generar obstáculos que prolongan el tiempo necesario para la implementación de cuidados imprescindibles en el contexto de la oncología pediátrica.

La comunicación en el contexto oncológico pediátrico tiene un papel importante en las relaciones de cuidado y es desafiadora para los profesionales de salud, sobre todo cuando se refiere a la condición clínica de niños en alto riesgo, pues requiere una adecuación del lenguaje tanto para el niño como para su familia²². La buena comunicación con los familiares es necesaria, a fin de no solo prepararlos para los potenciales efectos tardíos que involucran el tratamiento oncológico y que generan riesgos para el niño²³, sino también para obtener el auxilio del familiar en la relación de cuidado con el niño.

La buena y eficiente comunicación entre equipos, y entre equipos y usuarios, señalada por los participantes en este estudio. Sin embargo, existen instituciones en las que se afirma que, en ambientes de trabajo, es frecuente la presencia de equipos con baja integración, comunicación ineficaz y falta de colaboración entre sus miembros y que, para optimizar el desempeño de esos equipos, el gestor necesita dirigir su atención tanto a los profesionales individualmente como a la dinámica de las relaciones interpersonales. Después de todo, el concepto de "equipo" está intrínsecamente ligado a la realización de tareas conjuntas, donde diferentes individuos comparten actividades y conocimientos para alcanzar un objetivo en común²⁴.

En contrapartida, la falta de integración y comunicación entre equipos, desafío común hoy en día en las interacciones en los ambientes de trabajo²⁴, analizadas bajo la concepción del Interaccionismo Simbólico¹¹, sugieren que la falta de colaboración puede ser el resultado de interpretaciones y significados conflictivos que los miembros del equipo atribuyen a sus funciones y a su papel en la dinámica del cuidado. La falta de una comunicación eficaz puede generar barreras simbólicas entre los profesionales, dificultando la formación de un equipo cohesivo y el cumplimiento del objetivo común de proporcionar cuidados de calidad.

A pesar de los desafíos expuestos, los profesionales de enfermería evalúan su asistencia prestada al niño y al familiar durante el acogimiento como adecuada y señalaron como posibilidad de mejora la disponibilidad de una sala en la urgencia oncológica pediátrica para la realización del acogimiento, a fin de ofrecer confort y privacidad para el niño y su familiar.

La disponibilidad de una estructura física adecuada, materiales y equipos de calidad, unida a la presencia de profesionales cualificados y motivados, son elementos esenciales para la promoción de la salud y para la optimización del trabajo e impactan directamente en la calidad de la atención prestada a los pacientes. Así, al disponer de condiciones de trabajo favorables, los profesionales son capaces de transformar los recursos disponibles en resultados positivos, proporcionando una atención de excelencia y, consecuentemente, una mejor calidad de vida para los pacientes²⁴.

Se reconoce que los resultados encontrados respecto a la percepción de los participantes acerca del acogimiento mostraron una conciencia de que, a pesar de la condición física limitante para la realización del acogimiento, el equipo demuestra capacidad y compromiso en ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes y familiares.

Los presupuestos del Interaccionismo Simbólico¹¹ nos ayudan a entender que la percepción crítica del profesional respecto a su propia actividad es oriunda de los significados construidos en la relación completa con el ambiente de trabajo, en la interacción con los pacientes y con los otros colegas de trabajo. Ao significar seu trabalho como algo positivo, o profissional realiza sus acciones de la mejor manera posible. Munido de su *expertise* técnica e sensibilidade humana, é chamado a ir além do protocolo, a desvendar as nuances de cada caso, a interpretar os sinais e os silêncios, e a construir puentes de confianza que possibilitem un cuidado integral y personalizado.

En relación con la incomodidad profesional respecto a la falta de un espacio adecuado con privacidad para el paciente, las ideas del Interaccionismo Simbólico¹¹ demonstram que a vivência desse contexto construiu esse significado em praticamente todos os profissionais participantes da pesquisa. E isso os provoca a agir de modo a preservar ao máximo a intimidade e privacidade da criança e seu familiar, promovendo um ambiente de conforto, respeito e empatia

Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio está asociada al hecho de su desarrollo haber ocurrido en una única institución, lo que no favorece la generalización de los resultados, ni tampoco la capacidad de prever comportamientos y acciones. Sin embargo, los resultados de este estudio pueden aproximarse a contextos similares, tornándose valiosos para el acogimiento en la urgencia oncológica pediátrica.

CONSIDERACIONES FINALES

Fue posible identificar los factores que permean el proceso de acogimiento en el contexto de la Urgencia Oncológica Pediátrica, destacando como dificultadores la falta de un lugar adecuado para la realización de la actividad investigada y la composición reducida del equipo; y como facilitadores, la disponibilidad de equipos de calidad, el entendimiento del equipo y la buena comunicación con el familiar.

Los resultados innovan al presentar que en el complejo escenario de la salud, donde la ciencia se encuentra con la humanidad, el acogimiento emerge como un pilar fundamental, no reduciéndose al mero triaje, sino como una importante herramienta de humanización de la asistencia oncológica pediátrica. Más que una simple estrategia o proceso de trabajo, se revela como un acto de profunda interacción, permeado de significados que se construyen y transforman en el fluir de la relación profesional-paciente.

La realización de estudios futuros, con subsidios teóricos capaces de fomentar la importancia del acogimiento ideal, se muestra imprescindible, dada la escasez de investigaciones que se profundicen en el tema del acogimiento en el contexto de las urgencias oncológicas pediátricas, ambiente marcado por la imprevisibilidad, en el cual las actividades asistenciales necesitan de agilidad y sapiencia.

REFERÊNCIAS

1. Barros MBSC, Lima TMR, Silva IMF, Santana JB, Moraes VLL, Bushatsky M. Pediatric cancer: characterization from the International Classification of Primary Care. *Revista de APS*. 2020 [cited 2024 Dec 23]; 23(1):16318. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.16318>.
2. Souza GRM, Anjos TH, de Souza JC. Emergency care nurse in oncology urgency and emergency: an integrative review. *Braz. J. Develop*. 2021 [cited 2024 Dec 22]; 7(12):112049-5. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-137>.
3. Salvati CO, Gomes CA, Haefner LSB, Marchiori MRCT, Silveira RS, Backes DS. Humanization of the hospital: participatory construction of knowledge and practices on care and ambience. *Rev Esc Enferm USP*. 2021 [cited 2024 Dec 22]; 55:e20200058. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0058>.
4. Barros LOL, Diniz GTN, Silva FB, Oliveira SRA. Evaluating the implementation of user embracement in the healthcare system of Jaboatão dos Guararapes city, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2022 [cited 2024 Dec 22]; 37(1):187-203. DOI: <https://doi.org/10.1002/hpm.3572>.
5. Lopes JRS, Silva SC, Fidalgo CL, Simão LA, Ferreira MS, Castelar M, Salles C. Acolhimento como tecnologia em saúde: Revisão sistemática. *RSPP*. 2021 [cited 2024 Dec 22]; 4(2):172-83. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n2p172>.
6. Stephanos K, Dubbs SB. Pediatric hematologic and oncologic emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2021 [cited 2024 Dec 22]; 39(3):555-71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.emc.2021.04.007>.
7. Santos MO, Lima FCS, Martins LFL, Oliveira JFP, Almeida LM, Cancela MC. Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. *Rev. Bras. Cancerol*. 2023 [cited 2025 Oct 31]; 69(1):e-213700. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>.
8. Teixeira JP, Gabatz Rib, Teixeira Kp, Hirshmann R, Milbrathvm, Moura Ack. Work of the nursing team in the pediatric urgency and emergency service: integrative review. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2023 [cited 2025 Oct 31]; 12(2):e202391. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i2.5395>.
9. Handa A, Nozaki T, Makidono A, Okabe T, Morita Y, Fujita K, et al. Pediatric oncologic emergencies: clinical and imaging review for pediatricians. *Pediatrics Int*. 2019 [cited 2025 Oct 31]; 61(2):122-39. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.13755>.
10. Sampaio RA, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV. Challenges in the reception with risk classification from the perspective of nurses. *Cogitare Enferm*. 2022 [cited 2024 Nov 02]; 27:e80194. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194>.
11. Mead GT. Mente, self e sociedade. Petrópolis (RJ): Vozes, 2021.
12. Instituto Nacional de Câncer. Institucional (br). Institucional [Site Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Nacional de Câncer; 2024 [cited 2024 Nov 02]. Available from: <https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>.
13. Bardin L. Análise de Conteúdo São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Br). Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2002 [cited 2024 Nov 02]. Available from: https://anvisa.gov.br/legis/datalegis.net/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&num_ato=00000050&sgl_tipo=RDC&sgl_orgao=RDC/DC/ANVISA/MS&vlr_ano=2002&seq_ato=002&cod_modulo=134&cod_menu=1696.
15. Pulcini CD, Lentz S, Saladino RA, Bounds R, Herrington R, Michaels MG, et al. Emergency management of fever and neutropenia in children with cancer: a review. *Am J Emerg Med*. 2021 [cited 2025 Nov 02]; 50:693-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.09.055>.

16. Raman R, Ramakrishna S, Muthukrishnan L. Management and immediate outcome of common pediatric oncological emergencies: a single-center prospective study. *Asian Pac J Cancer Care*. 2023 [cited 2025 Nov 02]; 8(4):783-86. DOI: <https://doi.org/10.31557/apjcc.2023.8.4.783-786>.
17. Leung KKY, Hon KL, Hui WF, Leung AKC, Li CK. Therapeutics for paediatric oncological emergencies. *Drugs in Context*. 2021 [cited 2025 Nov 02]; 10:2020-11-5. DOI: <https://doi.org/10.7573/dic.2020-11-5>.
18. Trapani D, Murthy SS, Hammad N, Blay Y, Curigliano G, Ilbawi AM, et al. Policy strategies for capacity building and scale up of the workforce for comprehensive cancer care: a systematic review. *ESMO Open* 2024 [cited 2025 Nov 02]; 9(4):102946. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.102946>.
19. Wang L, Pang Q, Yang J, Wang T. Relationship between empathy and quality of work life in oncology nurses: the mediating role of resilience. *BMC Psychol*. 2025 [cited 2025 Nov 02]; 13:1180. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03252-4>.
20. Pouy S, Taheri_Ezbarami Z, Rassouli M, Darbandi B, Javadi-Pashaki N. Factors improving oncology nurse role performance in providing pediatric palliative care: a SWOT analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2023 [cited 2025 Nov 02]; 24(10):3501-8. DOI: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.10.3501>.
21. Abutineh F, Graetz DE, Muniz-Talavera H, Ferrara G, Puerto-Torres M, Chen Y, et al. Impact of hospital characteristics on implementation of a Pediatric Early Warning System in resource-limited cancer hospitals. *Front. Oncol*. 2023 [cited 2025 Nov 02]; 13:1122355. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1122355>.
22. Boeriu E, Borda A, Miclea E, Boeriu AI, Vulcanescu DD, Bagiu I C, et al. prognosis communication in pediatric oncology: a systematic review. *Children*. 2023 [cited 2025 Nov 02]; 10(6):972. DOI: <https://doi.org/10.3390/children10060972>.
23. Carpenter K, Revette AC, Scavotto M, Mack JW, Greenzang KA. "A very difficult conversation": challenges and opportunities for improvement in pediatric oncology clinician communication about late effects. *Ped Blood Canc*. 2024 [cited 2025 Nov 02]; 71(8):31093. DOI: <https://doi.org/10.1002/pbc.31093>.
24. Carvalho EMP, Brito CLM e, Villas MBP, Muniz GC, Göttems LBD, Baixinho CRSL. Challenges related to the organizational climate of the nursing team in a public hospital - nurses' perception. *Ciênc saúde coletiva*. 2024 [cited 2025 Feb 10]; 29(8):e05042024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05042024>.

Contribuciones de los autores

Concepción, A.S.L.P. y T.P.S.; metodología, A.S.L.P. y T.P.S.; validación, A.S.L.P., T.P.S., I.R.S., L.J.S., S.C.M. y J.R.B.D.; análisis formal: A.S.L.P., T.P.S., I.R.S., L.J.S., S.C.M. y J.R.B.D.; investigación, A.S.L.P. y T.P.S.; recursos, A.S.L.P. y T.P.S.; curaduría de datos, A.S.L.P. y T.P.S.; redacción, A.S.L.P. y T.P.S.; revisión y edición, A.S.L.P., T.P.S., I.R.S., L.J.S., S.C.M. y J.R.B.D.; visualización, A.S.L.P., T.P.S., I.R.S., L.J.S., S.C.M. y J.R.B.D.; supervisión, A.S.L.P. y T.P.S.; administración del proyecto, A.S.L.P. y T.P.S. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito "*Acogimiento en urgencia oncológica pediátrica: dificultades y facilidades en la asistencia a la infancia*".