



1. DELINEAMENTO DO OBJETO DE ESTUDO



1.1 As ações programáticas na atenção à saúde da criança

Os esforços para diminuir o número de óbitos em nível mundial, nas últimas três décadas do século passado, levaram as instituições internacionais responsáveis pelas diretrizes no campo da saúde da criança a estabelecerem diferentes estratégias e programas para controlar ou diminuir as mortes nesse grupo populacional. Assim, em setembro de 1990, em Nova Iorque, na Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância, da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, o Brasil, juntamente com representantes de mais de 150 países, assumiu o compromisso governamental de 26 metas, em que 19 são referentes ao setor saúde, para o desenvolvimento em favor desse grupo etário. Dez anos depois da implementação dessas metas, os resultados de uma avaliação a médio prazo revelaram a redução da mortalidade infantil e o declínio da morbidade por diarreias, infecções respiratórias e imunopreveníveis, erradicação da poliomielite e o declínio da desnutrição protéico-calórica na infância (Brasil, 2001b).

Dentre os indicadores de saúde, o coeficiente de mortalidade infantil é tido como um dos mais sensíveis às condições de vida, pelo fato de que as crianças menores de um ano são mais susceptíveis aos fatores relacionados à alimentação, moradia e saneamento. Entretanto, alguns indicadores apontam para ações prioritárias, quando são referidas às altas taxas de mortalidade por afecções perinatais e prevalência de baixo peso ao nascer, a disparidade entre as situações de saúde e nutrição das zonas urbanas e rurais e o aumento da gravidez na adolescência. Frente a esse panorama, o Ministério da Saúde no ano 2000, apresentou as metas, no setor da saúde, para o controle da mortalidade nestes grupos etários, agrupadas em três grandes temas: sobrevivência infantil, condições nutricionais infantis e promoção da saúde da criança (Brasil, 2001b).

Quanto à sobrevivência infantil, deve-se destacar a mortalidade infantil, pois mesmo que esteja ocorrendo um declínio em todas as regiões brasileiras verifica-se que o ritmo de intensidade da queda é diferente nas diversas regiões do país, como demonstram os dados sobre mortalidade infantil, que para o ano de 1998 foi de 53,5/1,000 nascidos vivos na região Nordeste; de 34,6/1,000 nascidos vivos na região Norte; de 25,4/1,000 nascidos vivos na região Centro-Oeste e de 22,1/1,000 nascidos

vivos na região Sudeste (Brasil, 2002b). As ações que mais repercutiram sobre esses indicadores foram a ampliação da oferta dos serviços de saneamento básico e de saúde, a estratégia de atenção às doenças prevalentes na infância, como as campanhas de vacinação, a terapia de reidratação oral, o controle das infecções respiratórias agudas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e mais recentemente, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, estratégias utilizadas com o objetivo de diminuir os índices de mortalidade infantil (Brasil, 2001b).

No que se refere às condições nutricionais infantis, a desnutrição infantil tem apresentado tendências expressivas de declínio nas duas últimas décadas. Considerando o indicador peso para a idade, observa-se uma redução de 20,8% do número de crianças desnutridas, no Brasil como um todo, no período de 1989 a 1996. Mas é preciso assinalar que a evolução dos índices antropométricos das crianças brasileiras indicam que a desnutrição infantil tende a se constituir um problema eminentemente rural. Assim, desde 1998 o Ministério da Saúde vem implementando o incentivo ao combate das carências nutricionais, hipovitaminosis A, deficiência de iodo e anemia carencial (Brasil, 2001b).

As ações voltadas para a promoção à saúde da criança, desenvolvidas a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança desde 1984, repercutiram na queda da taxa de mortalidade infantil e diminuição da desnutrição em todas as regiões brasileiras, a partir das duas últimas décadas. Tal modelo de assistência, na concepção de Rocha (1990), procurou reforçar as ações preventivas, sendo a enfermeira elemento importante no processo, atuando na imunização, na educação em saúde e, sobretudo no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de casos de desnutrição, terapia de reidratação oral e doenças respiratórias. Ainda, as causas de melhoria recente de indicadores de saúde relacionados à pobreza no Brasil são atribuídas, em maior grau, ao acesso da população aos serviços de saúde e ao aumento da escolaridade das mães e, em menor grau, à ampliação da rede pública de abastecimento de água e à diminuição da proporção de gestações de alto risco (Brasil, 2001b).

Dados de 1997 revelam que, cerca de um milhão e seiscentas mil crianças, menores de cinco anos, foram hospitalizadas pelo SUS, com custo de mais de

quatrocentos milhões de reais, sendo que as causas que levaram à hospitalização foram decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2001b).

Em setembro de 1997, foi realizada em Santo Domingo, República Dominicana, a Primeira Reunião Global de Avaliação e a Coordenação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Autoridades de saúde de 26 países em desenvolvimento se reuniram para avaliar os progressos e fazer as recomendações para a implementação, desenvolvimento e pesquisa, relacionados à estratégia AIDPI (WHO, 2001b). Segundo a OMS, essa estratégia vem ao encontro da melhoria da atenção às doenças prevalentes da infância, priorizando ações voltadas para a nutrição, vacinação e outras ações importantes que influenciam na saúde infantil, inclusive na saúde materna. Se corretamente executada, a estratégia tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade da atenção à saúde infantil, pois promove o diagnóstico correto das doenças da infância em consultas ambulatoriais; garante o tratamento combinado e apropriado às doenças principais; fortalece as orientações das pessoas que são responsáveis pelo cuidado à criança e acelera o encaminhamento de crianças gravemente doentes, reduzindo hospitalizações desnecessárias e a mortalidade infantil. A AIDPI tem o potencial de contribuir para reforma do setor saúde como parte de um programa básico, com elevado benefício nos serviços, dentre outras propostas, a atenção integrada às doenças prevalentes na infância prevê a reforma do sistema de saúde nos países em desenvolvimento, a partir da descentralização administrativa que inclui a capacitação do pessoal de saúde, o abastecimento de medicamentos e o fortalecimento da capacidade da unidade de saúde local (WHO, 2001b).

Segundo as normas ditadas pela OMS sobre a AIDPI, as metas governamentais, voltadas à população infantil nos diferentes Estados, compreendem ações destinadas à promoção do crescimento e desenvolvimento, promoção do aleitamento materno, assistência ao recém-nascido e campanha nacional de registro civil (Brasil, 2000).

O Ministério da Saúde do Brasil, dentro do reordenamento de suas atividades, propõe intensificar ações que promovam a qualidade de vida da população. De acordo com sua nova estrutura organizacional, a Secretaria de Políticas de Saúde por

meio do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas coordena as áreas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Trabalhador e Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS). Com respeito à Saúde da Criança, as ações do Ministério da Saúde dão ênfase à Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), visando a reduzir a morbi-mortalidade de crianças menores de cinco anos:

“ esta ação visa capacitar os profissionais de saúde a fim de integrar as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais frequentes na infância, melhorando a qualidade da assistência prestada pelos serviços básicos de saúde e conseqüentemente reduzindo a morbi-mortalidade entre crianças menores de cinco anos” (Brasil, 2000, p. 23).

A estratégia AIDPI é executada por meio das ações Programáticas da Saúde da Criança, as quais delimitam dois grupos de risco frente às doenças, a da faixa etária de 1 semana a 2 meses e a de 2 meses a 5 anos. Essas ações têm como foco principal a criança em cada uma dessas faixas etárias, permitindo, assim, a intervenção efetiva da equipe de saúde, evitando, dessa maneira, a duplicação de esforços (WHO, 2002).

As diretrizes que definem essa estratégia abrangem as afecções potencialmente letais e mais comuns, a partir da avaliação de sintomas principais: tosse e respiração difícil, diarreia, febre e afecções do ouvido, estado de nutrição e estado de imunização. Elas permitem que o pessoal da saúde classifique a doença e determine se a criança necessita de encaminhamento urgente para uma instituição de saúde apropriada, de tratamento e cuidados médicos específicos ou do tratamento em casa (WHO, 2002).

Apesar dos esforços que o Brasil vem empreendendo na organização das estratégias para o atendimento às doenças prevalentes na infância, a criança faz parte também das estatísticas de atendimento em unidades de emergência, como resultado de agravos internos, como infecções e traumatismos, onde acidentes, intoxicações, envenenamentos, estados convulsivos e outras causas merecem a atenção e intervenção das unidades de saúde e de equipes especializadas. A assistência médico-

hospitalar na área de urgência e emergência carece ainda de uma melhor organização em seus aspectos físicos, e de recursos humanos de tal forma que possam contribuir na diminuição dos índices de morbi-mortalidade que todavia são preocupantes em nossa população infantil. O trabalho da enfermagem cumpre um papel mediador na assistência ao paciente crítico, podendo contribuir para uma melhor qualidade de atenção nas unidades de emergência.

1.2 O desenvolvimento dos serviços de emergência

Muitas regiões no mundo são susceptíveis aos desastres ambientais, produzidos por fenômenos naturais como as enchentes, os terremotos, os maremotos, colocando em risco a vida da população. Essas são situações de emergência que desencadeiam danos físicos e materiais e, conseqüentemente, interrupção das atividades econômicas, sendo a saúde da população a mais comprometida, em razão da grande demanda aos serviços hospitalares. Organizações internacionais, especialmente a Cruz Vermelha, atuam nessas situações para o atendimento imediato, através de instituições de defesa civil e unidades provisórias de emergência.

Para Morales N. (2001b), as situações de emergência podem ser compreendidas como os danos abruptos e extensivos à vida e à propriedade, que podem ser atendidas com recursos locais. Essas situações produzem perdas públicas e privadas que são acumuladas e prejudicam a economia, a qualidade de vida e as possibilidades de resposta a eventos adversos de maior magnitude. Quando tais fenômenos acontecem, as pessoas são atingidas, não só fisicamente, mas psicológica e socialmente, sendo maior a exigência para o setor saúde que deverá atender a uma grande demanda nos hospitais e serviços de emergência que respondam às necessidades dos indivíduos e, em especial, às crianças. O aumento da demanda limita a disponibilidade dos equipamentos materiais e indica a necessidade de redimensionar o gerenciamento dessas situações, assim como de hospitais que possam atender a essa população, com especialistas formados para a gerência dos processos assistenciais e administrativos, em tais casos, e para o enfrentamento de

situações de contingência que vão desde a atenção integral da urgência individual até o planejamento e operações de assistência em grandes desastres.

Outras formas de emergência são os acidentes e violências que provocam grandes mudanças sociais com conseqüências na saúde das pessoas, mas que, segundo Morales apud Morales N. (2001a), podem desencadear a implantação de programas de promoção, prevenção e educação sanitária. Outras medidas de impacto são a reorganização social, a redistribuição dos orçamentos, a capacitação comunitária e a persistência de novos enfoques baseados numa perspectiva social do problema.

Em todas essas situações emergenciais, a criança é quase sempre a principal vítima, necessitando de uma atenção especial, dadas as peculiaridades biológicas e psicológicas, às quais já nos referimos anteriormente. Cabe ressaltar as características desse grupo populacional no país, sujeito aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, e que ainda algumas cidades carecem de uma assistência especializada, necessitando dos recursos humanos e materiais para o atendimento emergencial.

A emergência médica é definida por Morales N. (2001a) como aquela situação que afeta ou põe em perigo a saúde e a vida de uma ou de muitas pessoas. As emergências são passíveis de tratamento, sendo que a intervenção e a tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo considerado normalmente de até 24 horas após seu início (Martinez & Nitschke, 2001).

As urgências médicas, de acordo com Martinez & Nitschke (2001), podem ser conceituadas como um evento vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade e apresentam uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. O grau de urgência é uma combinação multifatorial complexa, onde não se trata apenas do conhecimento médico ou de patologias. A quantificação do grau de urgência associa dois grupos de fatores, sendo um deles médico e técnico e o outro social. O fator médico é analisado a partir da conjunção da gravidade e do tratamento, uma vez que uma urgência tem habitualmente diferentes níveis de gravidade, e subentende que os cuidados sejam prioritários, de graus de complexidade freqüentemente “intensivos” e “invasivos”. A urgência apressa e não

pode esperar. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo, que é inversamente proporcional à urgência, pois quanto menor o tempo, maior a urgência. O tempo é importante para a definição do diagnóstico e para se colocarem em prática os tratamentos e a precisão de cuidados, uma vez que na medicina não há ainda uma taxonomia precisa para definir a gravidade e o tratamento. Assim, a urgência médica é prioritária em relação a certos pacientes, porque sua patologia evolui muito rapidamente para estados graves, sendo essa uma das razões que delimitam a organização dos cuidados de urgência.

Ainda na concepção de Martinez & Nitschke (2001), um outro aspecto a considerar é a definição sociológica de urgência, puramente operacional ou particular, quando diante da noção de prioridade, de conflitos de *status* social de uma urgência em relação a outras. O fator de ponderação social da urgência é freqüentemente ocultado e refutado pelos médicos, mas é muito poderoso e por vezes decisivo. Assim,

o “fator social numa situação de urgência pode ser influenciado pela conjunção de múltiplos subfatores, como idade, sexo, aparência, número de implicados, incerteza, angústia e, enfim, o grau desta valorização é dado por aquele que decide de sua emergência. A intervenção médica não é mais que um tratamento “social” que se apressa para evitar uma crise social” (Martinez & Nitschke, 2001, p. 24)”.

Nesse caso, podemos relacionar o “fator social”, acima referido, à assistência à criança numa situação de urgência, sendo o mesmo atribuível a fatores importantes como a idade, a família ou os acompanhantes e a angústia dos familiares e da equipe frente a uma provável perda do paciente.

No francês e em várias línguas latinas, a palavra *Urgences* exprime uma urgência em geral. Nas línguas anglo-saxônicas a palavra inglesa *Emergency* compreende uma urgência médica, muito grave e que necessita de um tratamento rápido e intensivo e o tempo para intervenção e tentativa de resolução é extremamente curto. No campo coletivo, o peso social de um evento sanitário pode ser tão grande que leva à categorização de catástrofe ou desastre sanitário e a crise social que acompanha esse tipo de emergência necessita de medidas para acalmar a

sociedade em efervescência, sendo o tratamento inicial, a conjunção de todos os meios para ajudar e tentar acalmar a população (Martinez & Nitschke, 2001).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1451/85, define urgência como a “*ocorrência imprevista de um agravo à saúde com ou sem risco potencial da vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata*”; já a emergência “*é considerada a partir da constatação médica de condições de agravos à saúde que impliquem em risco eminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato*” (CFM, 2002).

O aumento da incidência de agravos que motivam atenções médicas de emergência, sobretudo decorrentes dos traumas e tentativas de homicídios, os custos elevados e as seqüelas incapacitantes que as envolvem impulsionaram a evolução da infra-estrutura, do atendimento, da gerência, dos recursos humanos e materiais dos serviços nos hospitais de emergências na América Latina e Caribe. Nos grandes centros urbanos e nas cidades que são de risco para catástrofes ou que a demanda é maior, registram-se esforços significativos nos sistemas de serviços para atenção das emergências médicas que assegurem uma operação integrada de centrais de regulação com as redes hospitalares, as redes de serviços pré-hospitalares e os serviços comunitários (Oficina Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde apud Morales N., 2001a).

Na Europa, as sociedades científicas têm realizado estudos e recomendado propostas dando ênfase à organização física e funcional dos Serviços de Emergência Hospitalar e, sobretudo na Espanha, esses serviços constituíram-se em marco para o desenvolvimento da medicina de urgência, nos finais do século passado. São elementos importantes nesse processo: a coleta e análise de informações, o desenvolvimento de processos assistenciais, a análise de custos com base nas evidências e eficiência dos recursos, o estudo das patologias com grande impacto econômico e social e o treinamento de todos os profissionais que trabalham nesses locais (Morales N., 2001a).

Segundo Morales N. (2001a), o principal objetivo dos serviços de emergência é diminuir a morbi-mortalidade e as seqüelas incapacitantes causadas pelas lesões ou pelas doenças atribuíveis àquelas situações, além de garantir os elementos necessários para um sistema de atenção de emergência que são os recursos humanos,

a infra-estrutura e os equipamentos e materiais que dão suporte a esse atendimento, de modo a assegurar uma assistência integral, com qualidade aceitável e permanente.

Os serviços que prestam assistência às situações de emergência devem garantir aos usuários: **oportunidade**, pois a atenção deve ocorrer no momento e no lugar onde aconteceu a tragédia, com a versatilidade aconselhável para afrontar as necessidades de cada vítima, tendo em conta a individualidade, sendo que a criança é colocada como prioridade no total da demanda; **qualidade**, a atenção deve ocorrer com eficácia, eficiência, segurança, acolhimento e conforto; **integralidade**, consiste em que a assistência deve ocorrer observando-se medidas concomitantes de prevenção, promoção e educação; **sustentabilidade**, todos os serviços devem ter viabilidade técnica, social, política e econômica. Assim, uma sensível diferença entre a unidade de emergência e os demais serviços do hospital é o fato de que em seu ambiente concentra-se grande parte de todas as atividades do hospital, com a finalidade de salvar vidas em poucos minutos, nos casos que pareciam irremediavelmente perdidos (Morales N., 2001a).

Garcia-Castrillo & Del Busto (2001) assinalam que na assistência e na avaliação do paciente em situação de emergência, a coordenação do trabalho da equipe e o tempo empregado no processo são elementos essenciais, configurando-se a emergência como a porta de entrada ao sistema assistencial, gerando a mobilização e utilização enorme dos recursos, sendo essencial uma dependência funcional entre a atenção pré-hospitalar e hospitalar, coadjuvando os esforços a fim de alcançar o êxito no atendimento.

De um modo geral, Gomes (1994) enfoca que o atendimento de situações de emergência no Brasil se organizou conforme padrões criados pelo Ministério da Saúde em 1985:

– **Pronto atendimento:** *unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.*

– **Pronto-socorro:** *estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.*

– **Emergência:** unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

As unidades de emergência são consideradas locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, com um trabalho de equipe especializado. Na sua planta física deve contar com salas que permitam à atenção de pacientes para avaliação, tratamento, diagnóstico entre outras. Uma das salas é a de atendimento de emergência, esta sala deve ser de fácil e rápido acesso, com portas amplas e provida de recursos para o atendimento a pacientes com agravos à saúde, que implicam risco de vida como a PCR, traumatismo craniano, politraumatismos, etc. (Gomes, 1994).

Para Andrade et al. (2000), o serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita. Na organização desses serviços, são imprescindíveis o diretor e o coordenador do serviço de trauma, sendo o primeiro, geralmente um médico e o coordenador deve ser um enfermeiro dotado de conhecimentos sobre o cuidado do paciente com trauma.

É preciso assinalar que a Central Única de Regulação Médica (CURM) cumpre papel importante na organização do atendimento de emergência. Briñas et al. (1998) referem-se à organização funcional da CURM, na Espanha, como um verdadeiro centro de regulação médica que dispõe de recursos para receber, analisar, avaliar, priorizar e confirmar a demanda urgente e emergente, distribuindo, coordenando, e integrando recursos de saúde públicos e privados.

O funcionamento da sala de emergência depende de aspectos básicos e imprescindíveis, sendo especificadas algumas de suas características:

- a área específica da sala de emergência deve ser de fácil localização, acesso externo garantido e independente para ambulâncias e pacientes, próxima a serviços como Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Centro Cirúrgico, Banco de Sangue, Laboratórios Clínicos e Radiodiagnósticos estrategicamente providenciados;
- o acesso deve ser por meio de corredores amplos e desimpedidos; a porta de acesso à sala deve ter largura mínima de 1.50 m² e a área física da sala deve ter no mínimo

24 m² para hospitais de 150 leitos, ou no mínimo 12 m² para hospitais de até 50 leitos;

- o teto, paredes e piso devem ser de fácil limpeza, resistentes à água e a soluções germicidas, isentos de ranhuras e frestas que possam abrigar partículas de sujeira;
- a instalação elétrica deverá incluir iluminação geral e especial, tomadas identificadas para circuito de 110V e 220V, sinalização e telefones, fonte de energia alternativa como o gerador; iluminação e ventilação preferentemente naturais (Granitoff et al., 1994; Soares et al., 1996)

Na Espanha, segundo vários autores, os Serviços de Emergências Hospitalares (SEH) constam de duas áreas bem definidas: a de consultas onde se atendem aos pacientes, buscando sua classificação baseada na ordem de prioridades da triagem; a área de observação (AO) onde, habitualmente, são ingressados os pacientes que precisam de uma primeira avaliação diagnóstica ou evolutiva. Esses serviços se diferenciam dos demais serviços hospitalares devido à sua dinâmica assistencial e à permanência do paciente, levando a um duplo benefício: para o paciente, evitando uma hospitalização mais prolongada e do ponto de vista econômico, com a redução de custos (Sinclair & Green, 1998).

A área de observação permite uma continuidade assistencial que não é possível ser realizada na área de consultas, sendo este momento primordial para a reavaliação dos pacientes com processos agudos e que podem vir a desenvolver um potencial de complicação, mas que não têm critérios para o ingresso hospitalar, reservando a hospitalização para pacientes que requerem um estudo exaustivo e, habitualmente, uma permanência mais prolongada. Além da possibilidade de seguimento contínuo, permite incrementar o diagnóstico, fazendo da área de observação uma prolongação da área de consultas de emergências, melhorando a qualidade assistencial do SEH e a utilização racional dos recursos, favorecendo maior fluxo assistencial e diminuindo o trauma da hospitalização e o risco de infecção nosocomial (Montero et al., 2000d; Muiño, 2002).

Para Venturelli (1994), a área de reanimação pediátrica deve ser reservada ao atendimento da criança com problemas críticos ou potencialmente críticos, causados pelos estados agudos de alguma doença e sobretudo pelos distúrbios relacionados ao choque, à desidratação, às convulsões, ou aos problemas derivados de algum trauma,

que requeiram o monitoramento das condições vitais da criança ou potencialmente uma terapia intensiva. Os serviços de emergências pediátricas, além das características que o diferenciam de outros serviços assistenciais, devem contar com equipamentos especiais com qualidade de atenção às crianças e pessoal de saúde capacitado para esse atendimento, tendo em vista as necessidades físicas, psicológicas e sociais que envolvem a criança e sua família, numa situação de emergência.

No Brasil, em 1990, foi criado o Programa de Enfrentamento às Urgências e Traumas que tinha como objetivo a redução da incidência e da morbi-mortalidade por agravos externos. Em 1992, ele foi transformado em Programa de Enfrentamento de Desastres, com o mesmo objetivo, acrescido dos trabalhos específicos relacionados aos desastres. No período de 1993 a 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Emergência e Trauma, atua na prevenção e no desenvolvimento do Atendimento Pré-Hospitalar e Hospitalar de Emergência, com poucos recursos e tímidos investimentos em decorrência da crise da economia nacional. Sendo assim que, em 1998, a Coordenação de Emergência e Trauma teve suas atividades desmembradas, ficando a parte política, de estudos e educação, centralizada na Secretaria de Políticas de Saúde e a parte operacional, relacionada aos recursos financeiros destinados à assistência direta à população, na Secretaria de Assistência à Saúde, vinculando os custeios e os investimentos aos serviços de emergência ao Sistema Único de Saúde (Brasil, 1999a).

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1451/95, considerando as condições de funcionamento dos serviços prestados à população e a necessidade de estabelecer normas mínimas para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde, determina que as unidades de emergência devem contar com equipe médica, em regime de plantão, constituída por profissionais das áreas de anestesiologia, clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, recursos técnicos como radiologia, laboratórios, centro cirúrgico, UTI, unidade transfusional, farmácia, unidades de transporte eficazmente equipadas e sala de emergência obrigatoriamente equipada para procedimentos de urgência (CFM, 2002).

A Portaria nº 3.564/987 GM/MS (Brasil, 1998) do Ministério de Saúde, de setembro de 1998, cria a Área Técnica para Acidentes e Violências, subordinada ao Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas, da Secretaria de Políticas de Saúde. Essa portaria enfoca especialmente o desenvolvimento dos serviços e a melhoria da atuação junto à população, priorizando agravos externos e com maior ênfase nos acidentes e na violência.

Com o processo de municipalização em desenvolvimento, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde buscam melhorar a qualidade de vida da população por meio de campanhas educativas, envolvimento com órgãos governamentais e não-governamentais, que atuam na prevenção e redução de acidentes e violências, na criação de banco de dados informatizados, e de estatísticas mais aproximadas da realidade, contando com a criação de grupos de estudos e atuação junto à comunidade. As internações por agravos externos (inclusos acidentes diversos e violências) e todos os tipos de causas em emergências cirúrgicas no período de 1993 a 1998 foram consideradas alarmantes e embora observando-se uma redução na frequência das ocorrências, as estatísticas mostravam um aumento nas taxas de óbitos por causas externas. Como exemplo desses indicadores, no município de Ribeirão Preto, São Paulo, as lesões, envenenamentos e outras causas externas no ano de 2000 representaram 678 casos, que correspondem a 8,82% do total da morbidade, sendo que 56% desses agravos ocorreram em crianças acima de 5 anos (Brasil, 1999b; Brasil, 2002b).

As taxas de morbi-mortalidade dos incidentes no trânsito, acidentes diversos, violência e os altos custos da assistência financiada pelo SUS levam à necessidade de se discutirem as possibilidades de intervenção do setor saúde nesses processos, pois os serviços emergenciais dão resposta apenas para atenção, sendo necessário estratégias que atuem na prevenção, permitindo diminuir a mortalidade, sobretudo a do grupo infantil (Brasil, 1999a).

As situações de emergências são graves, geralmente acontecem na rua ou em casa onde se inicia a cadeia dos serviços da assistência. A atenção médica é somente uma ligação dentro dessa cadeia e requer ser articulada com outros serviços prestados pelas diversas organizações que também têm sua própria peculiaridade.

Conseqüentemente, o planejamento e as operações devem ser assumidos como processos obrigatórios e mult institucionais para que a criança seja atendida no momento certo pelo serviço de atenção pré-hospitalar ou hospitalar.

Um programa de emergência pediátrica deve capacitar pediatras e enfermeiras para os cuidados críticos da criança, além de desenvolver pesquisas relacionadas à realidade local e regional. Para Venturelli (1994), esse programa deve fazer parte de um programa geral de emergência na região, garantindo sistema de coordenação entre hospitais e postos de saúde, de modo a possibilitar a reanimação, a estabilização e o atendimento adequado desses pacientes críticos.

De acordo com o exposto, os serviços emergenciais vêm-se desenvolvendo quanto a sua estrutura, equipamentos e materiais, bem como quanto à capacitação permanente do seu pessoal. A portaria ministerial nº 2048/GM, de 05 de Novembro de 2002, atendendo às necessidades da organização desses serviços determina dentre outras estratégias o estabelecimento de Núcleos de Educação em Urgências, a qual define as grades mínimas de capacitação para os profissionais que atuam em unidades de atendimento de urgências pré-hospitalar e hospitalar, buscando garantir a qualificação do pessoal que trabalha nessas instituições (Brasil, 2002a).

Após as considerações sobre os serviços de emergência focalizadas a partir do levantamento bibliográfico sobre o tema em questão, abordaremos na seqüência deste estudo a assistência à criança nos serviços de emergência, com ênfase na PCR.

1.3 Enfermagem e a assistência à criança admitida nos serviços de emergência

O enfermeiro durante sua prática assistencial está em interação com indivíduos saudáveis ou doentes, desempenhando um papel importante na integração física e psicossocial daqueles que necessitam de sua assistência. A diversidade de conhecimentos e capacidades que caracterizam a sua formação profissional, orientada para um trabalho com sensibilidade e afetividade humana, leva a um particular reconhecimento da comunidade, em virtude do caráter social, compreensivo e socioafetivo que qualifica suas ações. Dessa forma, diante de uma criança doente que se encontra entre a vida e a morte, ocorre nestes profissionais uma diversidade de respostas físicas e psicológicas subjetivas, produto da reação intensa a

essas experiências e das relações que se estabelecem com esses pacientes, como consequência da sensibilidade característica dos seres humanos e, em especial, dos profissionais que atuam no serviço pediátrico.

Segundo Wong (1999a), a enfermeira, na unidade pediátrica, deve ter em sua formação princípios básicos de saúde mental e ciências sociais, capacidade para desenvolver atitudes construtivas consigo mesma e com aqueles com os quais trabalha. Deve ser capaz de avaliar as reações dos pais para lhes dar assistência no momento de que mais necessitam, coordenar a atuação da equipe para manter a qualidade de vida da criança hospitalizada, colaborar com outras atividades profissionais observando os interesses da criança e de sua família, mediante um enfoque interdisciplinar e unificado, acompanhar os avanços para o cuidado do paciente e o planejamento da assistência. Nesse sentido, a informática tornou-se uma tendência inevitável, na qual a enfermagem ainda encontra desafios na atualidade.

As alternativas colocadas para a enfermagem, no contexto da década de 90 do século passado, segundo Geovanini et al. (1995), indicam duas tendências: a busca pela especialização, no sentido de corresponder às expectativas do setor médico hospitalar e o resgate da saúde pública no país, para que a enfermagem busque desenvolver uma postura de inter e multidisciplinaridade e supere a abordagem exclusivamente biológica e tecnicista.

Elsen & Patricio (1989) apresentam o marco teórico para as diferentes abordagens assistenciais à criança hospitalizada bem como a metodologia a ser empregada e os critérios a serem selecionados para avaliação dessa assistência. O referencial teórico para assistência de enfermagem deve contemplar pelo menos quatro conceitos básicos: cliente e família, saúde, meio e enfermagem, todos inter-relacionados. Assim, quando a enfermagem aborda o cuidado à criança hospitalizada centrado na patologia, o marco teórico da assistência é bastante restrito e, nesse caso a criança é vista como um ser portador de uma patologia que afeta suas capacidades físicas, necessitando de cuidados profissionais para a recuperação de sua saúde. A assistência de enfermagem, nesse enfoque, busca levantar os problemas físicos, planejar, executar e avaliar as ações que visam à cura, prevenindo as intercorrências clínicas. A fundamentação desse marco de assistência é decorrente da biologia e da

terapêutica médica, esquecendo muitas vezes o desenvolvimento psicossocial das crianças (Freitas, 1991).

Numa outra perspectiva de abordagem, a enfermagem assume a assistência centrada na criança que está em crescimento e desenvolvimento, com características biopsicoespirituais próprias e sua história pregressa. A assistência de enfermagem passa a ser mais abrangente, além de colaborar no plano terapêutico, preocupa-se com a satisfação das necessidades da criança, evitando maior sofrimento psíquico, através de cuidados diretos, delegados e compartilhados com a equipe e o acompanhante.

A abordagem de assistência centrada na criança e sua família amplia as dimensões socioeconômicas, culturais e ecológicas e a visão de saúde e doença. A criança é considerada como um ser cujas condições de saúde física, mental e social estão diretamente relacionadas com as características da família e da comunidade onde vive; portanto, a família é, nesse marco, vista em suas relações com seu contexto físico, socioeconômico, cultural e espiritual. Além de executar procedimentos e técnicas que colaboram para a recuperação da criança, a assistência inclui assessoramento às famílias em suas dúvidas, apoio às suas iniciativas e constante estímulo na sua prática (Elsen & Patrício 1989; Freitas, 1991).

Em algumas situações, o ingresso da criança nas unidades críticas se faz de forma inesperada e com frequência se constitui em emergências. Nesses casos, os pacientes precisam de uma assistência especializada baseada no conhecimento das necessidades da criança e das condições de estresse provocadas pela atuação vivenciada no ambiente hospitalar.

As emergências são experiências traumáticas para criança, pais e família. Muitas vezes, a descoberta repentina de uma doença aguda ou uma lesão traumática leva à admissão na unidade de emergência, onde esta é submetida à rápida intervenção da equipe médica e de enfermagem, sendo que a atuação dessa equipe repercute na interação com a família, nas situações que geram ansiedade e nas possibilidades de prevenir outras complicações.

Os serviços de emergências, sobretudo nos grandes centros urbanos, recebem alta demanda de pacientes e a tendência da equipe é trabalhar com rapidez, para minimizar as situações de risco de vida. Entretanto, poucos minutos são necessários

para permitir a participação da criança, quando ela mostra resistência, não cooperando com os sucessivos procedimentos, como chamá-la pelo nome, determinar sua idade, avaliar o nível de consciência, informar os pais sobre suas condições, conhecer o estado geral de saúde e os problemas que podem interferir nas medidas terapêuticas. Outras medidas visam a assegurar esta proximidade com a criança e sua família, aceitar as reações emocionais como o temor, a dor e preservar o contato pais e filho (Wong, 1999d).

Reconhecendo a necessidade de uma organização que representasse os interesses dos enfermeiros que trabalhavam nos departamentos de emergência, foi fundada, nos Estados Unidos em 1970 por Anita Dorr e Judith Kelleher, a Associação de Enfermeiras em Emergência. O objetivo dessa associação foi o de fornecer programas de instrução e proporcionar uma linguagem comum às enfermeiras envolvidas no cuidado de emergência, determinando padrões para melhora dessa prática. Em 1985, o nome daquela entidade foi mudado para Associação das Enfermeiras da Emergência, com a finalidade de ressaltar o papel específico da enfermeira na prática do cuidado na emergência. Atualmente, essa associação fornece cursos em cuidados avançados sobre o trauma, triagem e um programa de orientação com publicações, atividades de pesquisa e de instrução continuada, oferecidos aos mais de 22.000 membros e a 4.000 voluntários que atuam na prevenção de acidentes (Emergency Nurses Association (ENA), 2001).

A Associação Americana de Enfermagem de Emergência criada em 1983, tendo como referência padrões definidos, classifica os enfermeiros para atuarem em emergência em três níveis de competência: o primeiro requer competência mínima para prestar atendimento ao paciente traumatizado; no segundo nível o profissional necessita de formação específica em enfermagem de emergência e no último nível o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar (Wehbe & Galvão, 2001).

Com relação ao pessoal de enfermagem que atua nos serviços de emergências, em nível internacional e, sobretudo na Espanha, Montero et al. (2000c) relatam que a proporção de enfermeiros por pacientes, nas áreas de observação de cuidados críticos, ainda é baixa, sendo de seis a oito pacientes para um enfermeiro,

destacando também o baixo número de profissionais da equipe de enfermagem atuando nessas importantes áreas dos Serviços de Emergência Hospitalar.

As estratégias para garantir a continuidade dos cuidados nessas unidades devem contemplar o planejamento da assistência sistematizada como método habitual de prestação de cuidados, assim como formas de facilitar sua aplicação, como o plano de cuidados, o suporte de informação, os programas de garantia de qualidade, uma distribuição apropriada de enfermeiro por paciente e coordenação com vários serviços como o serviço social, o serviço de proteção do menor e com a rede de atenção básica para controle de usuários e identificação de pacientes crônicos. Alguns problemas estruturais que dificultam a continuidade desses serviços são: a elevada rotatividade do pessoal; a não-utilização de políticas de garantia de qualidade; unidades planejadas sem critérios de conforto; falta de respeito à privacidade dos pacientes; a proibição do acompanhamento do familiar e a rigidez na direção dos recursos humanos, com dificuldade para adaptação aos fluxos dos horários de maior demanda dos pacientes (Morales J., 2001).

A classificação de pacientes por ordem de prioridade denominada como triagem é um procedimento eficaz e eficiente, realizado habitualmente por uma enfermeira experiente que permite detectar aqueles pacientes potencialmente ou realmente instáveis, frente àqueles outros, que podem receber atenção médica no ambulatório geral (Adams & Fontanarosa, 1996). Uma questão muito debatida a esse respeito é sobre quem deve fazer a triagem. O estudo realizado por Derlet et al. (1995), na Europa, mostra que os auxiliares e as enfermeiras são mais freqüentemente indicados para esse atendimento e, na opinião de Monteiro, o pessoal de enfermagem está capacitado para fazer essa importante função que depende, em boa parte, da dinâmica dos serviços de emergências. A triagem realizada pelo profissional médico só estaria justificada se implicasse na decisão sobre a necessidade ou não de assistência no Serviço de Emergência Hospitalar.

No que diz respeito à participação da enfermeira na atenção às situações de emergência, no Brasil em 1985 foi criada a Sociedade Brasileira dos Enfermeiros do Trauma (SOBET) que consistiu na primeira associação de enfermagem especializada em trauma no país. Entretanto, o número de enfermeiras preparadas para atuar na área emergencial é restrito e a escassez de estudos sobre enfermagem em

emergências, na literatura nacional, determina a necessidade de investigações nessa área (Wehbe & Galvão, 2001).

Dentre as atividades assistenciais exercidas pela enfermeira na Unidade de Emergência, Gomes (1994) destaca aquelas voltadas para a obtenção do histórico do paciente, o exame físico, a execução do tratamento, a orientação para a manutenção da saúde e continuidade do tratamento e a realização de medidas vitais como a reanimação cardiopulmonar, monitorização de sinais vitais de tal forma a prevenir complicações próprias das emergências. A autora acrescenta que a enfermeira, como responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, deve possuir uma sólida fundamentação teórica, que lhe permita lidar com diferentes patologias ou causas externas que produzem nas crianças o risco de perder a vida, ter capacidade de liderança, discernimento, iniciativa, maturidade e estabilidade emocional. É necessária uma constante atualização desses profissionais, pois são requeridas habilidades que lhes permitem atuar em situações inesperadas e de forma objetiva e sincronizada com a equipe médica e de enfermagem.

As unidades de emergência têm características especiais e, portanto, o trabalho em equipe torna-se imperioso, onde o enfermeiro:

“deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente, aquele profissional preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e muita experiência” (Andrade et al., 2000, p. 93).

A Portaria 737/GM, de 16 de Maio de 2001, que determinou a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências definiu o enfermeiro como o profissional, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem, habilitado para ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, devendo, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar (Brasil, 2001a). Com referência ao perfil e competências do profissional para atuar na Atenção Pré-hospitalar (APH), essa portaria assinalou algumas características, como a disposição pessoal para atuar na área de emergência, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade, experiência profissional prévia em

serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências. Além desse perfil, são características fundamentais destacadas por vários autores, a iniciativa e facilidade de comunicação, capacidade para trabalhar em equipe, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, conhecimentos científicos adequados que levem à tomada de decisões imediatas, realização do controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes ao serviço de enfermagem e ao cumprimento da Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem (Soares et al., 1996; Wehbe & Galvão, 2001).

Na opinião de Wehbe & Galvão (2001), para prestar assistência de qualidade, atendendo às necessidades apresentadas pelos pacientes nos serviços de emergência, é necessário repensar essa prática profissional, pois, para assumir a função de coordenador da assistência de enfermagem nesses serviços, a enfermeira deve realizar um planejamento que garanta o desenvolvimento de atividades administrativa, assistencial e de ensino, promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, em busca de um objetivo comum.

No atendimento inicial na sala de emergência, Soares et al. (1996) assinalam as seguintes etapas:

• **Planejamento:** envolve a aquisição e a manutenção de materiais e equipamentos indispensáveis para o atendimento a vítimas de trauma ou na fase aguda de uma doença e a formação de uma equipe treinada e sintonizada para que esses atendimentos sejam bem sucedidos.

Com relação ao planejamento dos materiais e equipamentos, se considera:

- provisão de material suficiente para permitir um atendimento rápido e seguro, sem que a insuficiência dos mesmos venha prejudicá-lo;
- discriminação e quantificação do material de consumo, facilitando o trabalho da pessoa encarregada de sua revisão;
- *check list* dos itens a serem revisados no início de cada plantão e após cada atendimento, discriminando o funcionamento dos diversos aparelhos como ventiladores mecânicos, monitores/desfibriladores, aspiradores, rede de O₂ laringoscópios, ressuscitador manual e demais equipamentos;
- guarda e disposição do material de forma organizada, com fácil acesso, com exceção da guarda de psicotrópicos;

- critérios de racionalização na identificação dos materiais tais como: ordem alfabética, ordem numérica crescente, padronização por cores, etc.;
- disposição do material organizado em bandejas ou *Kits*, dispostos e próximos à maca, ou em carros ou mesinhas móveis, de modo a facilitar a utilização desses materiais e
- prever o suprimento de medicamentos, tomando-se como base a casuística do serviço e mediante consulta à equipe médica, mantendo com identificação em destaque.

• **Triagem:** é o processo de distribuição ou classificação de pacientes de acordo com a necessidade para o tratamento de emergência e potencial de danos adicionais, evitando transferências inadequadas. A triagem dos pacientes tem como objetivos:

- avaliar o paciente logo na sua chegada, anteriormente ao registro;
- obter um breve relato da queixa atual e dados objetivos, como os sinais vitais;
- realizar uma rápida avaliação primária;
- priorizar o atendimento aos pacientes críticos que serão atendidos em primeiro lugar na sala de emergência e iniciar intervenções terapêuticas e diagnósticas rapidamente e
- determinar a área de atendimento em nível primário, isto é, área clínica, cirúrgica, ginecológica ou pediátrica.

• **Avaliação primária:** consiste na identificação e tratamento imediatos dos problemas que coloquem o paciente em risco iminente de vida, seguindo uma ordem de prioridades que podem ser determinadas pelo:

A (*Airway maintenance with cervical control*) Vias aéreas, com controle da coluna cervical nas vítimas de trauma.

B (*Breathing and ventilation*) Respiração e ventilação.

C (*Circulation with hemorrhage control*) Circulação e controle de hemorragias.

D (*Disability: Neurologic status*) Rápido exame neurológico.

E (*Exposure*) Exposição completa do paciente.

Durante o restabelecimento dos sinais vitais, deve ser realizada, simultaneamente, a avaliação primária, que consiste em manobras de desobstrução de vias aéreas, manutenção da ventilação adequada e manutenção de padrões circulatórios adequados, assegurando dessa forma a manutenção da vida da criança.

- **Avaliação secundária:** não deve ser iniciada antes que a avaliação primária e a fase de restabelecimento dos sinais vitais estejam completas. Trata-se de uma exame do corpo no sentido cefalocaudal, que objetiva a detecção de lesões. Nessa avaliação se terá o cuidado de proteger o paciente contra a hipotermia, se fará o exame completo e detalhado da cabeça aos pés, verificação e monitorização dos sinais vitais, a aplicação da Escala de Coma de Glasgow, a pesquisa da história clínica com os familiares ou testemunhas.
- **Reavaliação:** o paciente deve ser reavaliado continuamente até que se estabeleça o tratamento definitivo, para que fatos novos não passem despercebidos e se possa identificar imediatamente o agravamento de sintomas previamente detectados, por meio de monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial, frequência e qualidade respiratória, padrão neurológico e débito urinário.
- **Tratamento definitivo:** Após a estabilização do paciente, este será encaminhado à clínica de especialidades, UTI, centro cirúrgico ou para outro hospital.

Dentre os principais equipamentos para a avaliação do paciente são incluídos os de suporte básico como: prancha longa, talas para imobilização, colar cervical, cânula de guedel, ressuscitador manual para ventilação e os de suporte avançado de vida como: material para pequenas cirurgias, a medicação utilizada na emergência, cateteres, sondas, aspirador de parede e cirúrgico, oxímetro de pulso, aparelhos para ventilação mecânica, aparelhos de monitorização e desfibrilação cardíaca, bomba de infusão e todo o material necessário para a reanimação e estabilização do paciente (Soares et al., 1996).

Andrade et al. (2000) assinalam que as enfermeiras que trabalham nesses serviços de emergência não apenas precisam saber realizar manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), mas também, conhecer e saber lidar com os variados tipos de casuística que podem aparecer nessa unidade. O trabalho de enfermagem nas urgências tem que ser abrangente, preventivo e imediato, nos momentos precisos, após um acidente, ou mal súbito, no local e durante o atendimento avançado. A essas intervenções, associam-se cuidados básicos que devem ser conhecidos por toda a equipe, de forma que haja uma verdadeira interação no atendimento, evitando-se, assim, perda desnecessária de tempo, tempo esse, tão essencial para a manutenção de uma vida.

É assim que Gomes (1994) afirma que o trabalho na sala de emergência é tanto especializado quanto generalizado, exigindo a composição de um grupo de enfermeiros com capacidade altamente desenvolvida, a partir dos conhecimentos de diversas áreas clínicas e cirúrgicas, habilidades para avaliação, julgamento, priorização e flexibilidade, rapidez e agilidade e sobretudo desejo expresso de trabalhar nessa área.

Uma das conclusões, apresentadas por Andrade et al. (2000), em seu estudo voltado para a percepção da enfermeira sobre a Unidade de Emergência, é a de que os profissionais que trabalham nesses serviços não possuem, na maioria das vezes, formação com nível de especialização nessa área, embora estejam conscientes das exigências impostas pelos serviços, como também das dificuldades financeiras e de ordem institucional, que muitas vezes impedem o seu aprimoramento.

Dadas as características de especificidade da atenção na área de emergência, Mateos (2000) assinala que é imprescindível uma maior valoração do recurso humano que tem o conhecimento e constitui os recursos principais das instituições que atuam nessa área de assistência. A formação dos profissionais para os serviços de emergência supõe a organização de programas específicos, diferentes da abordagem da Atenção Primária, pela característica dos procedimentos de sua atividade habitual. A organização de serviços de emergência na Espanha, segundo García-Castrillo & Del Busto (2001), apóia-se no modelo de Atenção Integral das Urgências para formação e a participação dos recursos humanos nessa área de assistência. No Brasil, a organização dos serviços na sua estrutura e gestão está se concretizando com a política de atenção às urgências e emergências.

Considerando ainda a formação de recursos humanos para os serviços de emergência, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) enfatiza que a responsabilidade do hospital não é somente pela organização dos serviços necessários para o atendimento, mas também pelos atos individuais de seus funcionários e por isso tem que saber manter uma equipe devidamente treinada em manobras de RCP, providenciar equipamento adequado para RCP pediátrica, implementar um sistema de alerta para emergências no hospital e monitorar o desempenho da RCP (AAP, 1997).

Gomes (1994) e Pavelqueires (1997a) assinalam que os profissionais que atuam na unidade de emergência devem receber treinamento específico, sistematizado e capacitação por meio de educação continuada voltada para o autoconhecimento, pois situações de emergências exigem domínio de suas próprias emoções, conhecimento de seus limites e de suas possibilidades. Na opinião de Pavelqueires (1997a), o reconhecimento dessa última abordagem, talvez, seja responsável pelo alto índice de absenteísmo e demissões dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em unidades de emergência.

Do ponto de vista dos usuários da unidade de emergência na Espanha, referindo-se à satisfação na assistência recebida, Morales J. (2001) enfatiza que a angústia provocada nos familiares, pela separação do ser querido e a ausência de informações são fontes de insatisfação permanentes no ambiente da unidade de emergência. O paciente se sente mais protegido com a presença do familiar no processo de cuidado, diminui a angústia, proporcionando sensação de proteção, ajudando-o no enfrentamento de problemas, como o sofrimento proveniente de dor e da utilização de técnicas invasivas, fatos que se deve considerar na atenção das emergências especialmente com crianças.

As considerações sobre o cuidado a ser desenvolvido numa situação de emergência se resumem na determinação em incorporar o enfoque integral à assistência e ao ambiente. Na concepção de Morales J. (2001), a fragmentação da pessoa faz com que seja o paciente quem se adapte às diferentes estruturas e processos da unidade, numa situação em que o mesmo sai intempestivamente do lar para um ambiente hostil, com mínimas possibilidades de tomar decisões por si mesmo. É reconhecido nessas situações que o nível de dependência do paciente aumenta, até mesmo para satisfazer suas necessidades básicas, quando subitamente se encontra fora de seu ambiente habitual, sendo este a família, o contato afetivo, o hábito de vida diário, a rotina. O modelo positivista, centrado nas manifestações patológicas, que divide a pessoa em enzimas, órgãos, diagnósticos, provas e intervenções, faz com que os *“profissionais adquiram uma excelente agudeza visual para analisar a parcialidade, mas uma gravíssima miopia para integrar a totalidade da pessoa”* (Morales J., 2001).

Para Navalpotro & Navalpotro (2001), a área de atuação em urgência e emergência tem evoluído rapidamente, ganhando novos espaços, definidos pelo desenvolvimento científico atual. A enfermagem, como categoria profissional inerente ao processo de criação dos serviços de urgência e emergência, com apoio técnico-assistencial reconhecido, deve iniciar uma nova etapa para definir seu papel profissional nesta área por meio da pesquisa.

Ainda refletem a necessidade de uma abordagem qualitativa na pesquisa em enfermagem, voltada para a área de emergências, com a finalidade de lidar com os problemas de forma coerente e gerar mudanças nas situações emergenciais. Talvez mais que em outros espaços, na unidade de emergência são encontrados problemas sociais e psicológicos que requerem um toque especial, que podem ser favorecidos pela análise qualitativa. A pesquisa qualitativa se converte num desafio para a enfermagem nessa área, contribuindo para novos conhecimentos e diferentes abordagens assistenciais, enfatizando o caráter psico-sócio-antropológico do cuidado nas unidades de emergência (Navalpotro & Navalpotro, 2001).

Assim, a enfermeira que atua nos serviços emergenciais deve estar preparada para prestar a assistência às crianças nas diferentes etapas do crescimento e desenvolvimento e às suas famílias, conhecer as diferentes patologias que, em sua forma aguda levam os pacientes a estes serviços. O próximo tópico deste estudo focaliza as diferentes situações de risco por causas extrínsecas ou intrínsecas que podem levar a criança à unidade de emergência.

1.4 A criança em situações de emergência

Diversos fatores colocam a criança em situação de risco e, segundo as estatísticas, entre as causas que demandam assistência nas unidades de emergência estão as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas provocando muitas vezes, a parada cardiorrespiratória que constitui a urgência médica de maior importância nos centros de atendimento em emergência pediátrica. Assim, Alvis (1999) assinala que para as crianças o perigo que pode levar ao serviço de emergência são os processos infecciosos, parasitários e traumáticos.

Segundo Schvartsman & Krynski (1999), o acidente com a criança é a resultante da conjunção de numerosos fatores ligados ao hóspede suscetível, ao agente lesivo e ao ambiente inseguro ao qual o grupo pediátrico está exposto. Sendo a criança um ser que está modificando suas relações com o meio ambiente e o seu comportamento, a incidência e a distribuição dos acidentes variam consideravelmente neste hóspede susceptível, como também medidas terapêuticas e preventivas variam com a idade.

De acordo com o desenvolvimento infantil, o recém-nascido depende do adulto que o protege e, portanto, o acidente nesta fase depende do adulto, quando este procede incorretamente ou cria ambiente inseguro. Os acidentes mais freqüentes são as sufocações, as queimaduras e as intoxicações.

Durante o primeiro ano de vida, a criança já no terceiro mês consegue rolar no berço, permanece sentada por volta do sexto mês, mantém-se de pé no nono mês, dá os primeiros passos no fim do primeiro ano e está na fase oral do seu desenvolvimento emocional e todas essas características explicam os problemas mais comuns nesse período como as quedas, intoxicações, acidentes obstrutivos de vias aéreas e queimaduras.

Do segundo ao quinto ano, os acidentes assumem aspectos mais importantes, quer por sua maior freqüência, quer pela diversificação do agente lesivo. Nessa fase do desenvolvimento, a criança corre, pula, sobe e desce escadas, começa a usar triciclo, é muito curiosa e seu campo social amplia bastante, passando a ser uma coletividade, embora ainda restrita. Nesse grupo, o acidente mais grave é por queimaduras, devendo-se ressaltar que a criança, nessa idade, é totalmente incapaz de se defender do agente térmico ou de tomar as providências adequadas para aliviar seus efeitos. A partir do segundo ano, com o desenvolvimento motor, observa-se a alta seqüência das quedas e das colisões.

Na fase escolar, a criança tem novas formas de influência e seus interesses e motivações se modificam. Os acidentes de trânsito têm importância considerável, embora continuem as quedas e colisões em número expressivo.

A personalidade aventureira do adolescente e a influência do grupo explicam os acidentes, tais como: afogamentos, agressões, acidentes esportivos, abuso de drogas e também os acidentes com armas são de maior freqüência.

Fredd & Matsumoto (1999) referem que as causas de parada cardiorrespiratória na infância estão relacionadas com problemas respiratórios de origem primária ou não, sendo as principais causas respiratórias as broncopneumonias, o mal asmático, a bronquiolite, a aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, a laringite-epiglote, a apnéia. A PCR na criança pode ser a partir de outras causas cardiovasculares e do sistema nervoso central, como o choque, a cardiopatia, a insuficiência cardíaca congestiva, desidratação, meningite, convulsões e hemorragias. Outras causas externas podem ser: distúrbios metabólicos, politraumatismos, afogamento, intoxicações exógenas, eletrocussão, sufocação por corpo estranho e morte súbita na infância.

Dentre as doenças respiratórias, as pneumonias assumem destaque na emergência pediátrica em função da gravidade e da mortalidade em crianças de 0 a 5 anos. Tanto é assim, que no município de Ribeirão Preto a morbidade hospitalar do SUS durante o ano 2000 foi de 1.941 casos de doenças do aparelho respiratório para os menores de 10 anos, observando-se que 883 casos são pneumonias correspondendo aos menores de 5 anos, com 402 casos (Brasil, 2002b).

A pneumonia caracteriza-se por processos inflamatórios, geralmente agudos, comprometendo alvéolos, tecido intersticial, bronquíolos e eventualmente, brônquios e adquirem características diferentes, conforme o agente etiológico causal, o grupo etário e as condições imunitárias do paciente. A importância dessas afecções como causa de morte na infância se revela através das estatísticas atuais. As complicações da pneumonia, especialmente na forma aguda, levam à insuficiência respiratória com manifestações clínicas como a dispnéia e a alterações bioquímicas como a hipóxia, a hipercapnia e a acidose, caracterizando o risco de choque iminente (Marcondes, 1999).

A asma brônquica é uma complicação grave que coloca em perigo a vida da criança, requerendo hospitalização e tratamento intensivo na maioria das vezes. Caracteriza-se pela presença da sintomatologia bronquial obstrutiva progressiva e resistente ao tratamento habitual. No ano de 2000, no município de Ribeirão Preto, registraram-se 146 casos, em crianças menores de 10 anos (Brasil, 2002b).

O paciente pediátrico, durante o quadro de asma brônquica, requer da enfermeira cuidados especiais com relação ao repouso, à oxigenação mediante

cateter nasal ou máscara facial, ao balanço hidroeletrólítico, à manutenção de uma via endovenosa segura e administração de medicamentos.

Dentre as doenças do sistema nervoso, o estado convulsivo decorrente, na maioria das vezes, de lesões por trauma obstétrico, caracterizado por movimentos tônico-clônicos que podem durar 30 minutos ou mais e que levam à perda da consciência, constitui uma emergência neurológica. Quando o quadro não é definido, produzirá dano cerebral e morte. Tanto a forma tônica-clônica como as formas focais, com manifestações sutis (movimentos ciliares, de sucção e tração diafragmática), têm significado quanto à letalidade e seqüelas nas crianças. Alvis (1999) assinala que existem quatro tipos de crises epiléticas: convulsão dentro do contexto febril, convulsão devida a uma doença epilética, convulsão acompanhando outra afecção e estado de mal epilético. A atenção da enfermeira está orientada a manter a permeabilidade das vias aéreas, aspiração de secreções, posição adequada da cabeça, intubação necessária, administração de oxigênio, controle dos sinais vitais, permeabilidade de via endovenosa e administração de anticonvulsivantes. Os problemas convulsivos, no município de Ribeirão Preto em 2000, corresponderam a 267 casos (Brasil, 2002b).

As intoxicações ocorrem, sobretudo, em crianças de forma acidental, identificando 85 casos em menores de 10 anos, na região de Ribeirão Preto (Brasil, 2002b). Em tais acidentes a via mais importante de entrada é a oral, no entanto a terapia deve estar dirigida a evitar a ação do tóxico ingerido. O enfermeiro avaliará o estado de consciência, hipersalivação, queimaduras a nível de orofaringe, tosse e obstrução. Iniciará a seqüência do tratamento evitando absorção do tóxico, facilitando sua eliminação e antagonizando o agente.

Nos acidentes e traumas, Pavelqueires (1997b) considera que a assistência ao paciente traumatizado tem como objetivo inicial a recuperação e estabilização das funções respiratórias, de ventilação e hemodinâmica, evitando a morbi-mortalidade por condutas indevidas durante a fase de estabilização e ocorrência de uma parada cardiorrespiratória.

As condições essenciais para que esses objetivos sejam alcançados são:

- pessoal qualificado e devidamente treinado para o atendimento da vítima na cena do acidente e durante o transporte;

- meio de transporte rápido, eficaz e equipado para salvamento, estabilização e manutenção das condições vitais do paciente, além de manter comunicação direta com o centro de atenção que receberá o paciente;
- hospitais de referência para uma eficiente abordagem do traumatizado;
- estabelecimento de protocolos para o atendimento.

Para Pavelqueires & Rosa (1997), a morte por trauma em crianças menores de um ano está relacionada sobretudo a maus-tratos, isto é, a agressões impostas pelos pais, familiares ou responsáveis. Na adolescência, há um aumento considerável de lesões penetrantes, causadas por arma de fogo ou armas brancas. As lesões por causas externas, no município de Ribeirão Preto, durante o ano 2000, corresponderam a 593 casos em crianças menores de 10 anos (Brasil, 2002b).

O atendimento de emergência deve seguir uma sistemática, assinalam as autoras Pavelqueires & Rosa (1997), sendo que a equipe de assistência deve conhecer as peculiaridades do organismo infantil e as particularidades da criança: o tamanho do corpo, podendo se destacar a menor quantidade de tecido gorduroso, menos tecido conjuntivo, maior proximidade dos órgãos; a massa corporal assume maior quantidade de força por unidade corporal e, conseqüentemente, há maior incidência de lesões em múltiplos órgãos; aparelho esquelético, onde os ossos da criança não estão totalmente calcificados, são providos de vários centros de crescimento, possuem maior elasticidade, sendo comum as lesões intratorácicas (contusões pulmonares, lesões cardíacas e de mediastino) sem fraturas de arcos costais; a área e o volume corporal, onde a relação entre a área e superfície corporal na criança é máxima no nascimento e diminui à medida que o crescimento se processa, por isso a perda de energia térmica é um fator que deve despertar atenção na equipe do trauma, uma vez que a hipotermia é um fator de complicação para o tratamento da criança traumatizada.

A idade da vítima é freqüentemente a característica primária que orienta a decisão para aplicação das técnicas e seqüências de ressuscitação. Entretanto a discriminação com base apenas na idade é inadequada, pois podem ser considerados outros fatores anatômicos e fisiológicos, por exemplo: o lactente cronicamente doente pode ser suficientemente pequeno a ponto de necessitar de técnica de compressão com duas mãos ao redor do tórax e uma criança de 6 ou 7 anos pode ser

muito grande para a técnica de compressão efetiva do tórax de uma criança (Nadkarni et al., 1998).

Ainda levando em consideração as especificidades da criança, o estado emocional leva a uma capacidade limitada para se relacionar, em situações que fogem do habitual, e contar com as pessoas que não fazem parte de seu convívio, representando, assim, um desafio para a equipe de assistência. Nas particularidades psicológicas da criança traumatizada, diferentemente do adulto, além de se recuperar das lesões, as crianças têm que continuar seu processo de crescimento e maturação. Os efeitos fisiopsicológicos não devem ser subestimados, principalmente nos casos em que as alterações envolvem prolongadas ou permanentes deformidades.

Estudos revelam que cerca de 60% das crianças que sofrem traumatismos graves desenvolvem distúrbios de personalidade até um ano após a alta hospitalar e 50% apresentam deficiências físicas, cognitivas e afetivas (Pavelqueires & Rosa, 1997). Importante lembrar também que a qualidade de vida da criança traumatizada nos anos futuros depende da qualidade do atendimento inicial.

Os estados críticos mais freqüentes nos serviços pediátricos, provenientes dos agravos acima referidos, levam muitas vezes ao choque circulatório e à parada cardiorrespiratória.

Choque é uma síndrome manifestada por insuficiência circulatória, caracterizada por uma alteração na passagem de nutrientes e oxigênio aos tecidos e falha na remoção de substâncias tóxicas, disfunção do metabolismo intermediário, com liberação de substâncias e enzimas proteolíticas capazes de produzir danos multissistêmicos. Ao progredir o quadro de choque, qualquer que seja a causa inicial, esta se converte em uma condição clínica que afeta outros sistemas, agravando o prognóstico, levando à necessidade de atenção especializada. Caracteriza-se, portanto, numa situação de emergência que caminha para uma parada cardiorrespiratória (AAP, 1997; Marcondes, 1999).

O atendimento inicial é manter via aérea permeável, prover a oxigenação, estabelecer monitoramento cardiorrespiratória e avaliação de sinais vitais. O enfermeiro deve estar alerta a esse quadro, para providenciar uma ventilação adequada, mantendo temperatura corporal com monitorização contínua, buscando a estabilidade hemodinâmica e administração de drogas.

As causas anteriormente mencionadas são as que se apresentam comumente, e é assim que as crianças chegam aos serviços de emergências, seja em PCR ou em risco de apresentá-la. Uma vez que a criança entra na sala de Atendimento Pediátrico (AP) e é avaliada, a enfermeira junto à equipe deve prover o monitoramento respectivo e providenciar todos os recursos necessários para atenção dessa criança.

- Parada cardiorrespiratória como emergência pediátrica

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma das situações mais graves, na qual a criança corre o risco de perder a vida. É definida como a interrupção da atividade mecânica pulmonar e cardíaca, confirmada pela ausência do pulso detectável, inconsciência e apnéia. Esse quadro provoca em poucos minutos a morte, caso não seja revertido (Rumbo et al., 1999).

Em geral, a PCR é a cessação súbita e inesperada da circulação e/ou da ventilação efetivas (Carvalho, 1998).

Do ponto de vista fisiopatológico, a PCR pediátrica raramente é um evento inesperado, sendo tipicamente conseqüência de uma profunda e prolongada hipoxemia e acidose provocadas por determinadas causas que levam à parada respiratória ou à parada circulatória, levando à insuficiência cardiopulmonar com hipoxemia e acidose, culminando em parada cardíaca. A parada cardíaca constitui em uma atividade elétrica sem pulso ou assistolia (Concheiro et al. 1999; Reis & Vasconcellos, 1999).

A PCR na idade infantil é o resultado final de um progressivo deterioramento das funções respiratórias e circulatórias, derivado, principalmente, de uma falha respiratória causada por obstrução das vias aéreas, pneumonias, acidentes ou traumas, depressões respiratórias por tóxicos, convulsões, afogamento, hipertensão intracraniana, doenças neurológicas entre outras, já mencionadas anteriormente. Em menor freqüência, é secundária a uma falha circulatória, entre elas a septicemia, a desidratação e a hemorragia. Uma parada cardíaca primária é predominantemente decorrente do pós-operatório de cardiopatia congênita ou da morte súbita do lactente (Perez, 1999).

Segundo os autores, a morte é considerada como inevitável, entretanto a morte inesperada e, especialmente, de uma criança, dificilmente é aceita pela família e pelos próprios trabalhadores da saúde (Concheiro et al., 1999).

Na maioria das vezes, a morte (80-90%) é um evento súbito, inesperado de origem cardíaca (fibrilação ventricular), de melhor prognóstico quando prontamente atendido, principalmente quando um desfibrilador está disponível nos primeiros cinco minutos pós-parada.

A suspeita diagnóstica da PCR é feita ao se visualizar a criança. Apnéia ou respiração agônica e a ausência de pulsos em grandes artérias configuram a parada respiratória. Outros sinais acessórios também devem ser considerados: respiração irregular, frequência dos batimentos cardíacos muito baixa, cianose e palidez cutânea. A assistolia é o ritmo de colapso mais freqüente em crianças, responsável por aproximadamente 90% dos casos (Reis & Vasconcellos, 1999).

Dados epidemiológicos têm demonstrado que, fora do hospital, a PCR mais comumente ocorre próximo de casa, onde as crianças deveriam estar sob supervisão de adultos. Incide mais em crianças abaixo de um ano de idade e em adolescentes. Durante a infância, as causas mais comuns de PCR incluem a síndrome da morte súbita, doenças respiratórias, obstrução de vias aéreas, submersão, sepse e doença neurológica. Muitas delas são evitáveis, podendo ser prevenidas. Após o primeiro ano, as injúrias físicas são as principais responsáveis pela PCR, provavelmente todas evitáveis e preveníveis. Crianças pequenas devem ser constantemente supervisionadas e mantidas longe de ambientes de risco (cozinha, garagem, sótão), de medicamentos e de produtos tóxicos domésticos. Orientações pediátricas sobre normas de segurança em veículos (cinto de segurança, banco traseiro para menores de 10 anos, etc.), cercas de proteção em lagos, piscinas e barrancos, fixação de tanques de roupa, proteção de terminais elétricos, entre outras, pode reduzir substancialmente as injúrias físicas em crianças pequenas no nosso meio. Orientações aos pais sobre acesso a armas de fogo, combustíveis, veículos motorizados e bebidas alcoólicas são úteis na redução de PCR em crianças maiores e adolescentes. A RCP surgiu em decorrência desse processo de não-aceitação da PCR prematura como evento final (Carvalho, 1998).

- Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica

Nos anos sessenta do século passado, desenvolveram-se procedimentos estandardizados com a finalidade de substituir, inicialmente, e depois reinstaurar, a ventilação e a circulação espontâneas. Esse conjunto de manobras foi denominado de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (Arraiza apud Rumbo et al., 1999).

Em 1966, uma conferência sobre PCR da *National Academy of Sciences – National Research Council*, dos EUA, recomendou o treinamento de pessoal médico e de outros profissionais de saúde em técnicas de compressão torácica externa de acordo com os padrões da *American Heart Association (AHA)*. Em 1973, ocorreu uma segunda conferência que recomendou estender os treinamentos para o público em geral, dividindo os treinamentos em dois programas distintos, denominados básico e avançado, os quais certificavam a competência do pessoal treinado em vários níveis (AAP, 1997).

A terceira conferência, em 1979, desenvolveu os *Standards and Guidelines* em RCP e os cuidados cardíacos de emergência que se transmitem até hoje para toda a comunidade médica mundial. Nessa conferência, pela primeira vez, foram aventadas atitudes médicas padronizadas para a RCP de crianças através da busca de definições de responsabilidades no suporte de vida de lactentes e crianças, assim coordenando a definição de princípios, técnicas e padrões para a realização do Suporte Básico de Vida (SBV)-Basic Life Support (BLS) em lactentes e crianças e a definição de princípios, técnicas e recomendações para a realização do Suporte Avançado de Vida (SAV)-Advance Life Support (ALS) em recém-nascidos. Em 1983, a *AHA* promoveu a Primeira Conferência Nacional de Reanimação Pediátrica com representantes de inúmeras organizações responsáveis pelos cuidados de saúde de lactentes e crianças, que concluiu pelas recomendações específicas para *BLS* e *ALS* pediátricos, com distinção para *ALS* neonatal e por cursos de treinamento para *BLS* pediátrico, *ALS* pediátrico e reanimação neonatal. Esses cursos começaram a acontecer em 1988 através de parceria entre a *AHA* e *AAP* (AAP, 1997).

A quarta e quinta conferências realizadas em 1985 e 1992, respectivamente, revisaram inúmeros aspectos relacionados às recomendações anteriores, além de estimular a discussão de normas de prevenção da PCR, da eficácia dos programas de

treinamento anteriormente propostos e dos aspectos éticos da reanimação (Carvalho, 1998).

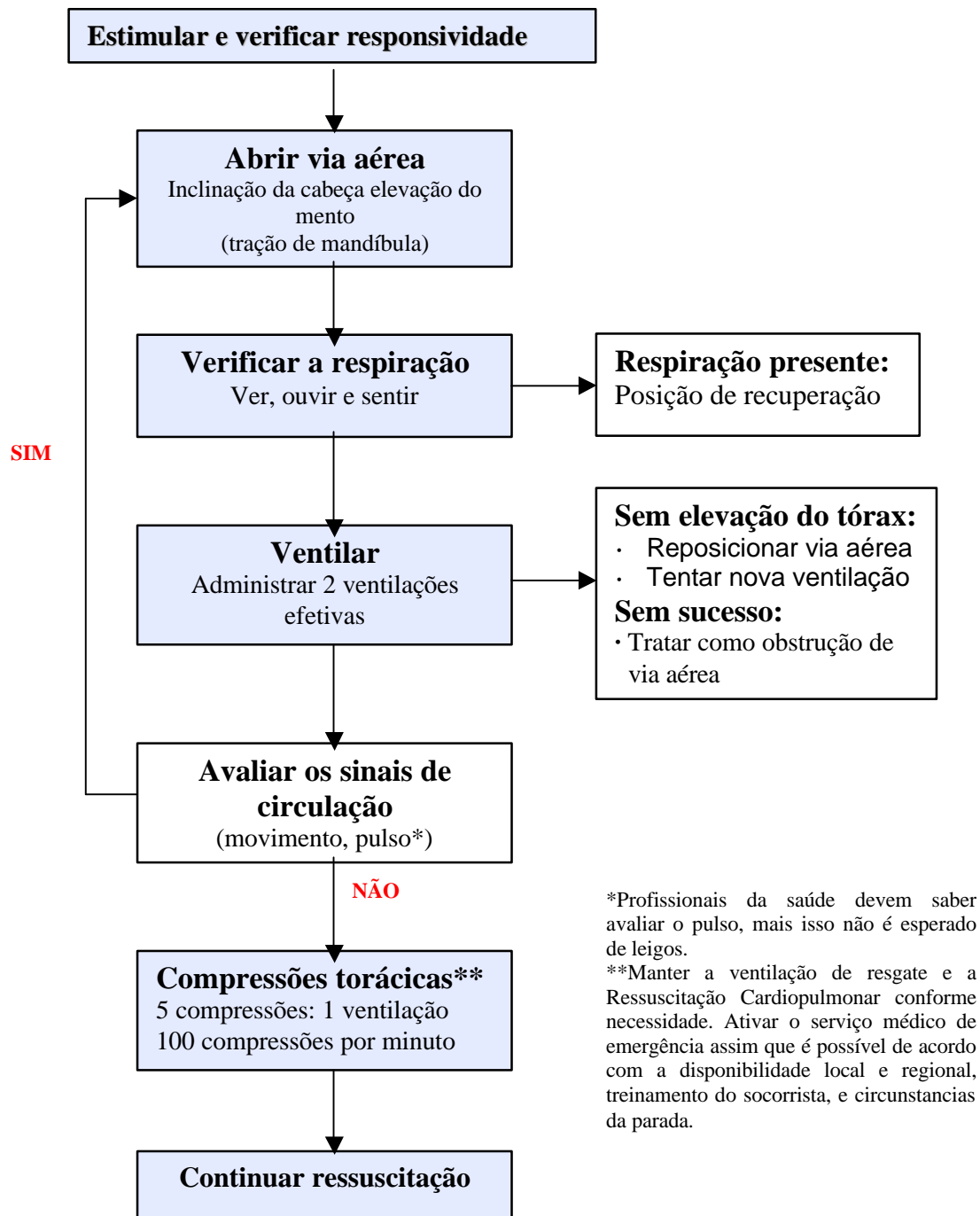
No Brasil no ano de 1998, iniciou-se o Programa de Reanimação Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria, em convênio com a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Fundação do Coração que detém os direitos de divulgação dos cursos de ressuscitação da AHA. Esse programa previa a implantação de um projeto ousado de formação de oito pólos de treinamento para capacitar a todos os médicos pediatras e enfermeiras, do Curso *Pediatrics Advance Life Support* (PALS)-Suporte Avançado de Vida em Pediatria (SAVP), sendo esses pólos na Bahia, Ceará, Brasília, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo (SBP, 2002).

Independentemente da causa que provoque a PCR, a ventilação inadequada pode causar uma hipóxia tissular, que desencadeia bradicardia, diminuição do débito cardíaco e assistolia. É essencial a ventilação, o mais rápido possível, pois as possibilidades de reanimação com êxito aproximam-se de 50%, no caso de parada respiratória isolada, e menos de 10%, quando desenvolvida a parada cardíaca (Arraiza apud Rumbo et al., 1999).

A RCP é um conjunto de medidas mecânicas e farmacológicas, com vistas à preservação da função celular dos órgãos vitais e ao retorno da circulação espontânea, e tem como objetivo evitar ou reverter a morte prematura de pacientes com as funções respiratória e circulatória ausentes ou gravemente comprometidas. Está indicada em crianças na PCR e na bradicardia com hipoperfusão, expressada em frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto com sinais de choque, sem melhora e com oxigenação adequada (Reis & Vasconcellos, 1999).

Com a Ressuscitação Cardiopulmonar Básica (RCP-B) tenta-se deter a PCR e substituir a respiração e a circulação espontâneas. O objetivo é a oxigenação de emergência que garanta o mínimo de aporte de oxigênio aos órgãos vitais para prevenir a anóxia tissular. Sua aplicação não exige nenhum tipo de equipamento e qualquer pessoa pode realizá-la sempre e quando estiver capacitado para detectar o problema e intervir em qualquer local e em condições adversas. Para isso, a equipe de saúde que trabalha nas unidades de emergência pediátrica deve conhecer as técnicas de Suporte Básico de Vida em Pediatria (SBVP), definido como o conjunto

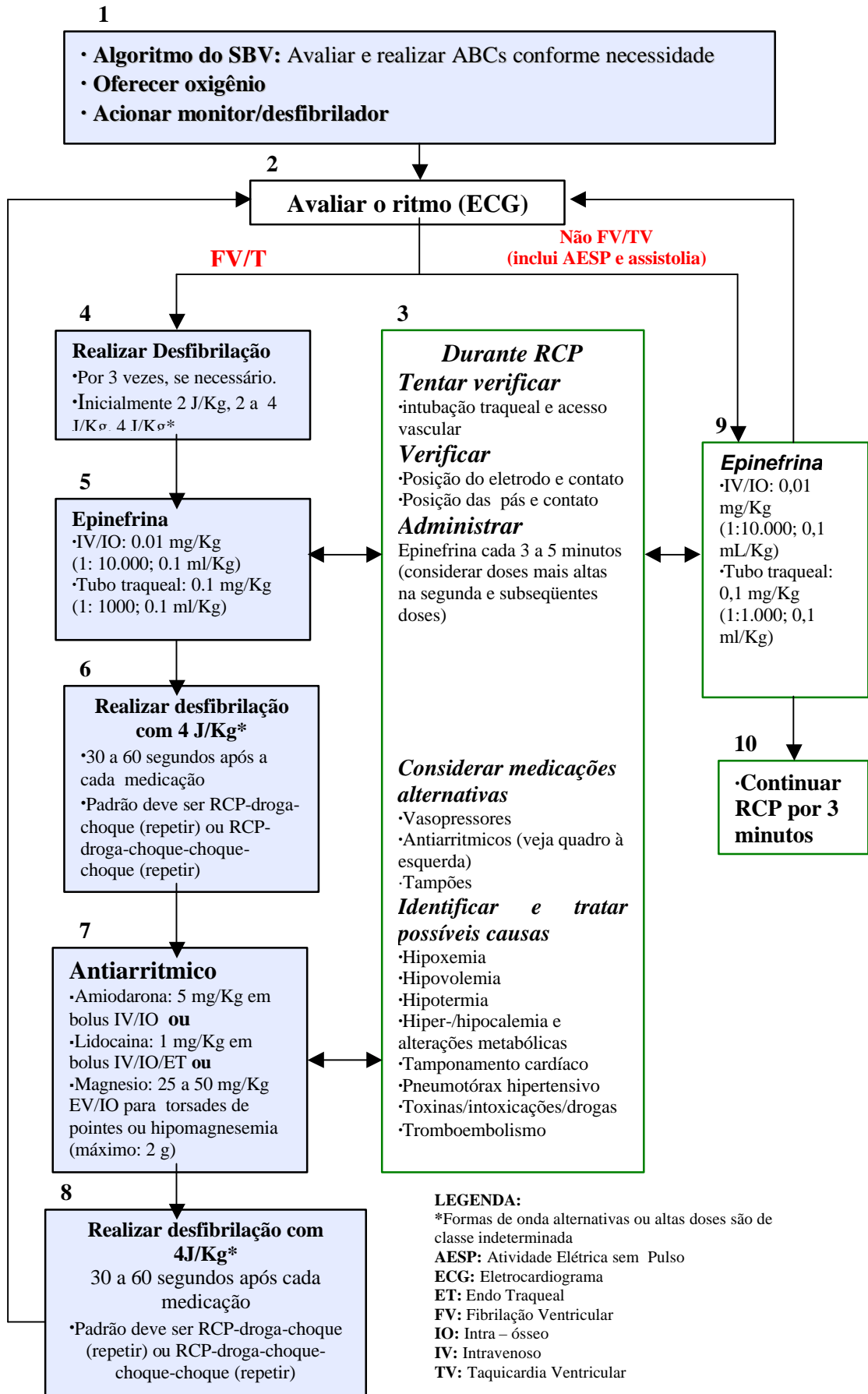
de manobras essenciais dirigidas a evitar a PCR. As etapas desse procedimento são identificadas na Figura 1 (American Academy of Pediatrics, 1997; Nieman, 1992; Reece, 1996).



Fonte: American Academy of Pediatrics, 2002

FIGURA 1–Algoritmo do Suporte Básico de Vida Pediátrica

Após realizar a avaliação da criança, as manobras para o Suporte Básico de Vida (SBV) são iniciadas, com passos sequenciais e habilidades motoras específicas para manter ou restaurar a ventilação e circulação eficaz da criança em PCR. Se a parada respiratória progride para parada cardíaca sem pulso, o prognóstico é ruim. Portanto, o reconhecimento precoce e o controle efetivo dos problemas respiratórios são fundamentais no Suporte Avançado de Vida em Pediatria (SAVP) e consiste no suporte básico associado a equipamentos auxiliares para ventilação, instalação de vias venosas, monitorização cardíaca, uso de drogas e desfibrilação e manutenção da estabilização do paciente pós-parada. Esses procedimentos necessitam de recursos humanos treinados, atuando coordenadamente, procedendo à entubação, acesso vascular para administração de drogas e reavaliação continuada do paciente, conforme assinalado na Figura 2 (AAP, 1997; Reece, 1996).



Fonte: American Academy of Pediatric, 2002

FIGURA 2–Algoritmo do Suporte Avançado de Vida Pediátrica

Cintra (1996) assinala que a enfermeira, como parte da equipe de emergência pediátrica, é responsável pela monitorização das crianças que chegam em estado crítico e é quem facilita toda a assistência, através do preparo, da organização do sistema de monitorização e do conhecimento dos materiais utilizados no sistema de irrigação e no sistema elétrico. A monitorização da criança proporciona informações qualitativas e quantitativas como saturação de oxigênio, débito cardíaco, pressões intravasculares, fluxo sanguíneo e volume intravascular. Esses dados são analisados de acordo com o quadro clínico da criança.

Segundo García & Sánchez (1998), a seqüência da ressuscitação pediátrica tem algumas características especiais e próprias, determinadas pelo peso da criança, tamanho, diferenças anatômicas e elasticidade dos tecidos, que fazem com que as manobras de RCP básica nesses pacientes sejam particularmente complicadas, pela diversidade das situações que as provocam, e pelo estresse derivado da gravidade do caso.

A reanimação pediátrica inclui diferentes considerações, que vão do planejamento do ambiente seguro para crianças e adolescentes, passando pela identificação precoce das situações de risco, pela qualidade dos cuidados pré-hospitalares e hospitalares, até a disponibilização de serviços de recuperação e reabilitação diferenciados, para a criança nas suas várias faixas etárias e de acordo com as suas necessidades (SBP, 2002).

Para Carvalho (1998), a RCP como um simples rito de passagem para a morte não tem sentido, pois uma reanimação inadequada determina um resultado desfavorável. Para que um profissional tenha êxito na sua tarefa de reanimação, é preciso que ele treine ou reanime regularmente. A competência na realização de uma habilidade motora multiprocessual específica, como a RCP, depende da freqüência com que é praticada. Assim, os cursos de reanimação recomendados pela AHA e AAP, procurados por instituições, em vários países do mundo, estão aí para serem freqüentados periodicamente por profissionais conscientes que, mais regularmente ou não, se deparam com situações de PCR na criança e no recém-nascido.

A sobrevida na ressuscitação após PCR na infância é muito ruim (7 a 11 %) e, parte destas, com seqüelas neurológicas graves. Quando ocorre a parada respiratória sem assistolia, a sobrevida após a ressuscitação alcança 75 a 90% dos casos, se o

atendimento é rápido e bem executado e na maior parte das vezes, não há danos neurológicos (Reis & Vasconcellos, 1999).

Segundo Concheiro et al. (1999), em levantamento realizado na Espanha, foi registrado um fracasso na reanimação cardiopulmonar pediátrico em 76% dos casos de PCR atendida fora do hospital, com nenhum desses casos sobrevivendo após a internação.

Com a revisão de literatura, procuramos evidenciar as estratégias propostas de atenção à saúde da criança pelas organizações internacionais e nacionais visando a diminuir os índices de morbi-mortalidade nas crianças menores de 5 anos, focalizando os acidentes e violências como situações de emergência que vêm influenciando nos indicadores de saúde desse grupo populacional. Focalizamos as ações do Ministério da Saúde na organização dos serviços de emergência em seus aspectos estrutural e de recursos humanos e o papel da enfermagem no desenvolvimento da assistência à criança em situações de PCR.

A decisão de tomar como objeto de estudo a vivência da enfermeira na assistência à criança numa situação de emergência–parada cardiorrespiratória, deve-se à verificação de que, no âmbito da enfermagem, poucos estudos têm privilegiado o referido tema, conforme a literatura revisada. Nesse sentido, a proposta deste trabalho, de certa forma, configura-se como um espaço pouco explorado.

OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo geral:

- caracterizar a vivência da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência–parada cardiorrespiratória.

Objetivos específicos:

- caracterizar os profissionais que trabalham na unidade de atendimento pediátrico da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, quanto a algumas variáveis demográficas e formação profissional;
- Analisar como as enfermeiras vivenciam a atenção à criança em situação de parada cardiorrespiratória.



2. METODOLOGIA



Para responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, de caráter descritivo e exploratório, utilizaremos a abordagem qualitativa que, na concepção de Minayo (1996), trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Esse método aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Gualda et al. (1995), discutindo a pesquisa qualitativa, afirmam que esta procura centrar a ação na especificidade, na individualidade e que produz dados descritivos: palavras, tanto escritas como faladas, assim como comportamentos observáveis das pessoas. A pesquisa qualitativa nos dá subsídios para a compreensão da atuação das enfermeiras nos serviços emergenciais, da sua relação com a equipe e a criança doente e sua família.

Na abordagem qualitativa, segundo Triviños (1987), o pesquisador se apóia numa fundamentação teórica geral, o que demanda uma revisão aprofundada da literatura sobre o tópico em estudo. A maior parte do trabalho se realiza durante o processo de investigação e a necessidade da teoria surge com as interrogações que se apresentam. Orientado pelo enfoque qualitativo, o pesquisador tem ampla liberdade teórica e metodológica para realizar seu estudo e os limites de sua iniciativa particular estão exclusivamente fixados pela exigência de um trabalho científico.

A abordagem metodológica utilizada neste estudo requer como matéria-prima a fala dos enfermeiros, posicionando-se para descrever com suas palavras as situações e sentimentos vivenciados, para a qual se aplicou a técnica da entrevista semi-estruturada. Para Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador, oferece as expectativas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias e possa manifestar suas vivências no ambiente de trabalho, enriquecendo assim a investigação. Permite, ainda, ao pesquisador orientar seus questionamentos, sem a necessidade de uma seqüência rígida das questões, pois a direção é tomada a partir do conteúdo que emerge da fala do entrevistado, ao discutir o assunto em foco. Essas características favorecem a compreensão da totalidade, aspecto considerado fundamental na leitura dos conteúdos, a partir de uma visão holística do ser humano. As perguntas fundamentais

que constituem, em parte, a entrevista semi-estruturada, no enfoque qualitativo, não nascem *a priori*, são resultados não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação recolhida sobre o fenômeno social, inclusive, da escolha das pessoas que são entrevistadas.

Na enfermagem, Gualda et al. (1995) consideram que a pesquisa qualitativa, por sua característica própria, aponta muitas perspectivas no sentido de veicular novas idéias e novos planos, para construção sistemática de um corpo de conhecimentos de enfermagem e promover impacto na sua prática profissional.

Entendendo que a produção de conhecimentos em enfermagem, no que diz respeito à criança, carece avançar sob enfoques que busquem a transformação da prática acerca do ser criança e diante do enfoque tradicionalmente positivista que vigora, tanto na formação como na prática profissional da enfermeira, buscamos avançar neste campo de investigação por meio da pesquisa qualitativa. Ao enveredarmos por esse enfoque metodológico, poderemos alcançar novas contribuições que permitam o debate sobre as vivências das enfermeiras que atuam na unidade de atendimento pediátrico, na parada cardiorrespiratória.

2.1 Descrição do campo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade de Emergência (UE), do HCFMRP-USP, que de acordo com as leis n.º 1.467, de 26 de dezembro de 1951, e n.º 3.274, de 23 de dezembro de 1955, é entidade autárquica, com personalidade jurídica e patrimônio próprio, sede e foro na cidade de Ribeirão Preto, com autonomia administrativa e financeira dentro dos limites traçados pelo Decreto-Lei Complementar n.º 7, de 6 de novembro de 1969. O HCFMRP-USP para fins administrativos é vinculado à secretaria de governo, Decreto n.º 26.920, de 18 de março de 1987, e para fins de ensino, pesquisa e assistência associa-se à Universidade de São Paulo, caracterizando-se pela prestação de serviços médico-hospitalares à comunidade (Universidade de São Paulo (USP), 2001).

Para desempenho de suas atividades institucionais, o HCFMRP-USP dispõe de três prédios: um situado na área central da cidade, onde funciona a Unidade de

Emergência (UE) e outros dois situados no *campus* universitário: Hospital das Clínicas - *Campus* e o Hemocentro do Hospital das Clínicas.

2.1.1 A Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

A Unidade de Emergência do HCFMRP-USP está localizada no município de Ribeirão Preto, o qual se situa no nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital. A população, no ano 2001, residente no município era de 514.160 habitantes, sendo que a população menor de 14 anos corresponde a 24,56% (126.318) do total da população (Brasil, 2002b).

Essa unidade é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento emergencial no município e região de Ribeirão Preto. Faz parte de um grupo de hospitais públicos e privados que mediante contrato provêem serviços do SUS à população na assistência ao paciente crítico em situação de emergência (Patelli, 2001).

O Informativo da Superintendência descreve que desde 1995 a administração do Hospital tem reforçado a atenção dispensada à Unidade de Emergência devido às condições existentes, até então, que comprometiam a qualidade do atendimento nesta área assistencial, com ênfase na deteriorização da estrutura física da unidade e sucateamento de seus equipamentos. Assim também sobre esse aspecto a carência de recursos físicos e humanos, levando à desmotivação no trabalho; a forma inadequada de encaminhamentos dos pacientes, gerando um atendimento caótico e não suprimindo as demandas de pacientes; os conflitos gerados entre grupos da área da saúde, pacientes e familiares (Central..., 2002; Editorial, 2002; USP, 2002).

Respondendo às novas estratégias de fortalecimento do SUS que deram suporte à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, a UE é transformada em 1997 em centro de referência para atenção de casos de média e alta complexidade médica e traumática da região de Ribeirão Preto, constituindo-se também em hospital de retaguarda para o cuidado de alta complexidade para a

macroárea que abrange as regiões de Araraquara, São Carlos, Franca, Barretos e São João da Boa Vista (Unidade..., 2002).

Com a implantação do Projeto Reforsus do MS, em 1996, que consistiu em reforçar a rede de saúde, por meio de financiamento de projetos que visavam à recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das Unidades de Saúde ampliando o acesso da população brasileira aos serviços, a UE obteve financiamento em 1999, iniciando seu projeto de reformas das áreas físicas e modernização gerencial (USP, 2002).

Nesse processo de reestruturação quanto à infra-estrutura física, administrativa e de recursos humanos, a UE conta com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e sua Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), os Governos do Estado e da Federação, e os Conselhos Municipais de Saúde e de Gestores de Saúde da Região, redefinindo sua missão junto ao Sistema Único de Saúde. Essas mudanças têm sido apoiadas pela revisão das práticas gerenciais, assistenciais e educacionais (Unidade..., 2002). Assim, a restauração e a modernização do ambiente físico, associado à atualização tecnológica, estão transformando o trabalho assistencial na UE, priorizando as seguintes ações:

- reformas das áreas internas e externas para adequação aos padrões sanitários e assistenciais;
- organização do acesso aos usuários por meio da Central Única de Regulação Médica;
- aquisição e modernização dos equipamentos para garantir a atenção à alta complexidade;
- implantação da gestão colegiada com enfoque multiprofissional e participação ampla dos funcionários na escolha dos gestores e na administração do cotidiano;
- capacitação dos profissionais para a competência técnica e para as relações humanizadas no trabalho;
- ampliação do controle social por meio da ouvidoria, do acesso aos acompanhantes e da ampliação do horário de visitas (Unidade..., 2002).

A Unidade de Emergência pode abrigar até 211 pacientes, distribuídos nas áreas de observação, nas enfermarias, nas UTIs e no centro de recuperação pós-

anestésica; recebe uma média mensal de 3 mil pacientes nas suas diversidades clínicas, realiza cerca de 360 cirurgias por mês e mil internações. É o hospital de referência de alta complexidade para uma região que abrange cerca de 30 cidades, com uma população ao redor de 1 milhão de habitantes, destes, cerca de 500 mil são da zona urbana (Santos, 2001).

A abordagem inicial do atendimento na UE passou por uma grande transformação. O acolhimento aos pacientes e familiares foi organizado com a participação dos serviços de segurança, recepção, psicologia e assistência social. A ação conjunta desses profissionais define a necessidade dos usuários e o atendimento integral é garantido por meio da mediação com a CURM e com as equipes médica e de enfermagem (O compromisso..., 2002).

Central Única de Regulação Médica (CURM)

De acordo com orientações do Sistema Único de Saúde, decorrentes da Portaria do Ministério da Saúde 824/99, depois reeditada (814/01), a Secretaria de Estado da Saúde, o Corpo de Bombeiros e o HCFMRP-USP fundiram os seus recursos e suas práticas junto à CURM. Para atingir a plenitude funcional desse sistema de atendimento, as Universidades, a Polícia Militar, o Conselho Regional de Medicina, o Centro de Medicina Legal e os hospitais filantrópicos foram convidados a participar do processo de Gestão da CURM. A partir dessas parcerias, o Sistema de Urgência no município e região ganha um instrumento de comunicação e assistência e, principalmente, de gestão dos recursos. Assim, mediante a avaliação da gravidade e da disponibilidade de recursos, o fluxo de pacientes para os hospitais que fazem parte do sistema de emergência é organizado com apoio operacional do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e do Corpo de Bombeiros. A CURM é fortalecida pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Divisão Regional de Saúde (DIR) XVIII. A atuação dessa central permitiu organizar o fluxo de pacientes, de modo a reduzir as taxas de ocupação de leitos a níveis eticamente aceitáveis, com redução significativa das taxas de infecção hospitalar (Central..., 2002; Editorial..., 2002; Santos, 2001; USP, 2002).

A Central Única de Regulação Médica tem como função controlar a demanda pelos leitos hospitalares, por meio da racionalização e utilização dos recursos hospitalares, preservando o atendimento de alta complexidade, e dessa forma, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente.

Tendo em conta os dados apresentados para o município de Ribeirão Preto, a demanda de pacientes durante o ano 2000 para essa Central de Regulação foi de 27.995 (100%), sendo que a UE do Hospital das Clínicas recebeu 14.429 (51.54%) do total dos pacientes atendidos. É necessário assinalar que o total de atendimentos realizados na área pediátrica pela CURM em 2000 foi de 4.249, destes, 2.830 (66.6%) foram atendidos no serviço de pediatria da UE (HC..., 2002).

Segundo os dados de morbidade hospitalar para o município de Ribeirão Preto, em 2000, de acordo com o local de internação de crianças menores de 10 anos, ocorreram 7.774 internações. As três primeiras causas dessas hospitalizações foram as doenças do aparelho respiratório, as afecções perinatais e doenças infecciosas e parasitárias, sendo as crianças menores de cinco anos as mais desfavorecidas (Brasil, 2002b).

Com a implantação da CURM, a redução do número de encaminhamentos para UE foi da ordem de 38,3%, em 2000, quando comparado com o ano anterior. O maior impacto dessas ações ocorreu com o fluxo de crianças, devido à organização do SUS e à capacitação dos médicos pediatras na rede básica de assistência para o cuidado integral, com ações de promoção, prevenção e tratamento curativo em todos os níveis de atenção. A taxa de internação de pacientes que chegavam à Unidade de Emergência era de 17%, em 1990, passando para 33% em 2000, o que demonstra que a unidade está recebendo um número menor de pacientes, porém estão ocorrendo mais internações, uma vez que recebe casos mais complexos, atuando com uma taxa de ocupação elevada em algumas áreas, sobretudo cirúrgicas e traumatológicas. A redução da mortalidade na unidade de AP coincidiu com o início dos trabalhos da CURM e outros ajustes realizados no âmbito da própria unidade (Mudanças..., 2002).

Unidade de Atendimento Pediátrico da UE-HCFMRP-USP

Optamos por executar a presente pesquisa na unidade de Atendimento Pediátrico da UE que atende a crianças em situações de emergência, em decorrência da patologia ou da situação de risco iminente.

A Unidade de Atendimento Pediátrico encontra-se no segundo andar e sua estrutura física está passando por reestruturação. O fluxograma de atendimento à clientela pediátrica é realizado pela Central de Regulação de pacientes, através da Ficha de Referência preenchida pelo serviço de saúde de origem, quer sejam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), outros hospitais ou serviços de outras regiões. Ao ingressarem na Unidade de Pronto Atendimento Pediátrico da UE, de acordo com a avaliação e a necessidade de um período superior a 12 horas de permanência em observação, as crianças são encaminhadas, com a Ficha de Contra-Referência a outros serviços internos, outros hospitais, ou ainda recebem alta hospitalar.

A unidade possui 14 leitos, dos quais 13 são para o atendimento clínico e um para estabilização clínica. Conta com atuação de 10 enfermeiras, as quais assumem também o Serviço de Enfermagem Pediátrica, 11 auxiliares e um técnico de enfermagem, estes últimos só no AP, todos cumprindo jornada de 30 horas, e com uma equipe médica especializada e permanente. Durante o plantão diurno, a equipe é composta por uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, o médico contratado, três residentes e dois estudantes de medicina; no plantão noturno atuam uma enfermeira e dois auxiliares. Além desses profissionais, a unidade conta com assistentes sociais, um psicólogo e uma escriturária.

Quanto à estrutura física, a unidade possui ambiente destinado à atenção direta dos pacientes que estão em observação, salas de avaliação médica, sala de isolamento e a sala de emergência para atenção ao paciente grave, a qual conta com monitor cardíaco, oxímetro, um carrinho com materiais para punção, cânulas, ambus, medicamentos de urgência e diversas soluções glicosadas e eletrolíticas. Possui ainda posto de enfermagem e uma sala de espera. Quando a criança é admitida, é permitido um familiar permanecer com ela. Quando é indicada a sua hospitalização, ela é encaminhada a um dos demais setores de pediatria da UE, sendo a Enfermagem

Pediátrica, o Serviço de Moléstias Infecciosas Pediátrica e o Centro de Terapia Intensiva Pediátrica.

A **Unidade de Enfermaria Pediátrica** conta com 28 leitos, dois dos quais são de retaguarda do Centro de Terapia Intensiva. Os leitos são distribuídos de acordo com as patologias, predominando os quadros respiratórios e gastrintestinais. A equipe de enfermagem nesse setor é composta pelas mesmas enfermeiras que trabalham no Pronto Atendimento Pediátrico, 26 auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem e um atendente de enfermagem. Em cada plantão, conta com uma enfermeira e cinco auxiliares de enfermagem, distribuídos para cada ambiente da enfermaria, além do pessoal de apoio responsável pelos materiais necessários. Os familiares que acompanham a criança durante as 24 horas nessa unidade contam com um ambiente especial para descanso, assim como para alimentação. O ingresso de pacientes a esse serviço depende da disponibilidade diária dos leitos os quais têm uma rotatividade média diária de três a quatro leitos, dependendo do plano de altas médicas.

O **Serviço de Moléstias Infecciosas Pediátricas** conta com nove leitos, distribuídos em quatro enfermarias. A equipe de enfermagem é constituída por sete enfermeiras e nove auxiliares de enfermagem. As patologias mais frequentes nesse setor são as pneumonias, a infecção pelo vírus HIV, e meningites. O familiar pode permanecer por todo o período de internação da criança, com direito à alimentação e a local de repouso.

O **Centro de Terapia Intensiva Pediátrica** conta com seis leitos para as diferentes patologias, dos quais um deles é designado para pacientes que necessitam de isolamento. A equipe de enfermagem está constituída por seis enfermeiras, quatro técnicos e seis auxiliares de enfermagem. Em cada plantão há uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. Nesse serviço o familiar permanece junto à criança por período menor de tempo, isto é, desde que não esteja sendo executado algum procedimento médico ou de enfermagem.

Como parte das atividades de inserção do pesquisador ao campo de pesquisa, foi realizado um estágio de observação nos demais setores de atendimento pediátrico da UE, onde o conhecimento prévio do local e a convivência com profissionais que trabalham nessa instituição facilitaram a execução da pesquisa.

2.2 A população do estudo

A população do estudo foi constituída pela totalidade das enfermeiras que trabalham na Unidade de Emergência–HCFMRP-USP, na Unidade de Atendimento Pediátrico, uma vez que nesse espaço se realiza o atendimento de emergência e se inicia o primeiro contato com as crianças, famílias ou acompanhantes. A população deste estudo constitui-se, portanto, das 10 enfermeiras que atuam na unidade. Foram definidos como critério para inclusão na pesquisa as enfermeiras que atuavam na unidade por um período maior de um ano.

A utilização desse critério de inclusão busca atender às especificidades da pesquisa qualitativa, pois para Minayo (2000), ao se definir a população a ser estudada, a preocupação não é com generalizações e sim com o aprofundamento e a abrangência da compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos. Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo de pesquisa (Triviños, 1987).

No caso, a população estudada foram as enfermeiras que atuam na Unidade de Atendimento Pediátrico as quais vivenciam e têm compreensão da realidade presente no cotidiano da assistência à criança em situação de emergência. A entrevista foi agendada previamente, durante o expediente de trabalho, utilizando um local reservado que garantisse a privacidade.

2.3 Instrumentos de coleta de dados

Objetivando conhecer a vivência das enfermeiras na atenção à criança numa situação de parada cardiorrespiratória, optamos por utilizar a técnica da entrevista semi-estruturada para a coleta de dados com auxílio de um gravador, na qual

consideraram-se duas partes (Anexo A): a primeira, buscando informações acerca dos aspectos sociodemográficos, da formação profissional e de trabalho dessas enfermeiras, visando a delinear o perfil desses profissionais, sendo o instrumento construído a partir de questões fechadas, abertas e combinadas; a segunda constou de questões abertas, formuladas a partir de perguntas norteadoras, sobre a vivência do enfermeiro na atenção à criança em PCR na unidade de Pronto Atendimento Pediátrico, sendo estas:

- ? como é o atendimento da criança numa situação de parada cardiorrespiratória? Fale um pouco sobre isso;
- ? atender à criança numa situação de parada cardiorrespiratória, como é essa vivência para você?
- ? como é a sua relação com os pais ou familiares nessa situação?
- ? O que significa para você a morte de uma criança?

Foi realizado um pré-teste, com duas enfermeiras, sendo uma da área assistencial e outra da docência em enfermagem pediátrica. O pré-teste possibilitou a apreciação dos instrumentos com vistas à verificação da capacidade de obtenção das informações necessárias e à detecção de falhas, bem como à realização de um exercício prévio de coleta das informações, oportunizando à pesquisadora uma maior familiaridade com sua aplicação.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP para a revisão dos aspectos éticos da pesquisa e conseqüente autorização para a realização deste estudo naquela instituição, segundo a regulamentação de pesquisas em seres humanos (Brasil, 1996). Após a aprovação do Comitê de Ética (Anexo B), iniciamos a coleta de dados com o agendamento das entrevistas, durante o horário de trabalho das enfermeiras. As entrevistas foram gravadas individualmente, após o consentimento das enfermeiras em participar da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Anexos C e D).

De acordo com as características do serviço e a demanda do atendimento, uma entrevista foi remarcada em até três vezes. O período de coleta de dados se desenvolveu nos meses de maio e junho de 2002.

Tivemos à disposição uma sala para as entrevistas, sendo este espaço propício para a relação entre pesquisador e os sujeitos da pesquisa, lugar onde se esperava desde as primeiras horas do plantão, informando previamente que estávamos à disposição e em qualquer momento podia ser efetivada a entrevista.

Nesse período, estavam atuando na unidade dez enfermeiras, que constituíram, portanto, a população a ser estudada. Uma enfermeira foi excluída da pesquisa, porque não atendia ao critério de inclusão, ou seja, possuía seis meses de atividade no serviço; uma outra estava de férias não voltando a trabalhar, pois solicitou demissão. Dessa forma, a pesquisa foi concluída com oito enfermeiras participantes.

As entrevistas foram executadas sem interferências, com privacidade, variando de 48 a 54 minutos. Segundo as normas da resolução 196/96, foram entregues para cada um dos sujeitos de pesquisa, as folhas nas quais estavam contidas as informações gerais do trabalho e o termo de compromisso para obter sua participação livre e voluntária. Após a transcrição das entrevistas, o material de registro resultou em 435 minutos de gravação e 89 páginas digitadas.

2.4 Procedimento de análise

A análise por sua própria natureza e subjetividade foi fundamentada na abordagem qualitativa, sendo sistematizada conforme a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente, a análise temática, proposta por Bardin (1977).

Essa técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação cuja presença e frequência podem ter significado para o objetivo escolhido. Essa autora assinala que a unidade de significado pode ser recortada em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados. Para efeito deste trabalho, as unidades de significado constituíram-se em categorias de análise decorrentes da vivência dos enfermeiros no atendimento à criança numa situação de parada cardiorrespiratória.

Na operacionalização ou tratamento dos dados desta proposta, seguimos os passos propostos por Gomes (1996): ordenação dos dados (com a transcrição das gravações, releitura do material e organização dos relatos); classificação dos dados

(elaboração dos núcleos de sentido) e análise final (quando são estabelecidas as articulações entre os dados e a teoria).

Para a análise dos dados, tivemos o cuidado de organizar e prever o aprofundamento de algumas questões e dessa forma voltamos a entrevistar dois sujeitos de pesquisa.

Passaremos a apresentar o material coletado que foi ordenado e classificado, de acordo com os núcleos de sentido extraídos durante o processo de análise, que examinamos isoladamente, utilizando fragmentos das falas dos entrevistados, em cada tema: a enfermeira como mediadora do atendimento à criança em PCR; atendendo à família da criança em PCR e finalmente vivenciando sentimentos e emoções na atenção à criança.