



3. RESULTADOS E DISCUSSÃO



Conforme planejado neste estudo, descreveremos inicialmente o perfil profissional das enfermeiras que participaram desta pesquisa, procurando atender ao primeiro objetivo deste estudo. A seguir, abordaremos as vivências das enfermeiras na assistência à criança em situação de emergência nas quais foram identificadas categorias de análise ou temas, buscando a compreensão do que representa para este grupo o trabalho na unidade de atendimento pediátrico e a vivência do cuidar das crianças em uma situação de PCR.

3.1 A enfermeira na Unidade de Atendimento Pediátrico: perfil sociodemográfico e profissional

As características sociodemográficas e profissionais do grupo de enfermeiras estudado correspondem à idade, estado civil, religião, número de filhos, tempo de formação profissional e capacitação para o trabalho em emergências, os quais estão evidenciadas no quadro 1.

QUADRO 1- Perfil sociodemográfico e profissional das enfermeiras da unidade de pronto atendimento pediátrico– HCFMRP–USP, 2002

ENFERMEIROS	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO				PERFIL PROFISSIONAL					
	IDADE (ANOS)	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	NÚMERO DE FILHOS	ANOS DE FORMAÇÃO	HABILITAÇÃO	LICENCIATURA EM ENFERMAGEM	ESPECIALIZAÇÃO	PERÍODO DE ATUAÇÃO NO AP	CURSOS DE ATUALIZAÇÃO EM EMERGÊNCIA E TRAUMA
1	25	Solteira	Evangélica	0	4	-----	Não	Não	4	PALS (2001) BLS (2001)
2	53	Outro	Católica	3	26	Médico-Cirúrgica	Cursando	Não	24	Não
3	29	Casada	Evangélica	0	4	-----	Não	Não	4	PALS (2001) BLS (2001)
4	44	Solteira	Espírita Ubandista	0	18	-----	Sim	Não	15	PALS (2000) MAST (1999)
5	33	Solteira	Católica	0	9	-----	Cursando	Enfermagem Pediátrica e Neonatologia	9	MAST (1997) PALS (2000)
6	31	Solteira	Católica	0	6	-----	Sim	Não	4	PALS (1999) BLS (2002)
7	34	Solteira	Evangélica	0	1a. e 6m.	-----	Não	Não	1a. e 6m	BLS (2001)
8	45	Casada	Católica	2	17	Médico-Cirúrgica	Não	Não	17	PALS (2001) BLS (2000)

Predomina neste grupo a faixa etária de 30-35 anos, o estado civil solteira, a religião católica, sendo que a maioria não tem filhos. Quanto à formação profissional, duas enfermeiras possuem Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conforme o Parecer nº 163 de 28 de janeiro de 1972, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o currículo mínimo do curso de Enfermagem e Obstetrícia que previa a habilitação em Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Saúde Pública, e a formação pedagógica para a modalidade de Licenciatura, concedendo o diploma de Licenciado em Enfermagem (Brasil, 1972). Essas habilitações foram extintas com a Portaria nº 1721 de 15 de dezembro de 1994, do Ministério da Educação e do Desporto, que determina a formação do enfermeiro generalista (Brasil, 1994). Assim também quatro delas possuem Licenciatura em Enfermagem. Quanto à formação em cursos de pós-graduação, *lato sensu*, apenas uma concluiu o curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatologia oferecido pela EERP-USP em 1998 e nenhuma tem pós-graduação *stricto sensu*.

O Hospital das Clínicas, por ser uma instituição pública, tem como forma de ingresso de seus funcionários, o concurso público e essa foi a forma com que sete delas assumiram o cargo de enfermeira da instituição e ingressaram diretamente na Unidade de Atendimento Pediátrico, por escolha própria ou por indução dos coordenadores de enfermagem. Uma delas, com 26 anos de trabalho no HC, iniciou sua atividade na clínica cirúrgica, sendo transferida para o Setor de Atendimento Pediátrico da UE, onde permanece até hoje.

O tempo de serviço dessas profissionais na instituição é variável, sendo que quatro possuem mais de 9 anos de trabalho, três delas 4 anos, e apenas uma com 1 ano e 6 meses na UE.

As enfermeiras cumprem a carga horária de trabalho de 30 horas semanais, sendo que cinco delas complementam a jornada de trabalho de mais de 12 horas pela FAEPA. Duas trabalham em outra instituição assistencial, com 40 horas semanais, cobrindo na UE o plantão noturno.

A Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) é uma entidade com direito privado, instituída em 1988 e que compõe a gestão junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade

de São Paulo. Possui autonomia administrativa e financeira e tem como principal objetivo institucional auxiliar e fomentar as atividades-fins do hospital, ou seja, o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. A FAEPA, mediante um conjunto de programas voltados para a valorização de recursos humanos iniciou em 1994 um processo de contratação de empregados para suprir as necessidades dos diversos serviços sendo a maior parte dessas contratações de funcionários do próprio hospital, admitidos para complementação de jornada (USP, 2002).

Quanto aos conteúdos das disciplinas do curso de graduação sobre emergência pediátrica apenas duas enfermeiras referiram informações sobre afogamento e queimaduras em crianças na disciplina de Enfermagem Pediátrica. A assistência de enfermagem em emergências pediátricas fez parte de um módulo do curso sobre Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST) ministrado em 1998, no programa do Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal organizado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo, cursado por apenas uma das enfermeiras. Este foi o primeiro curso em nível de pós-graduação *lato sensu* da área de enfermagem pediátrica oferecido na região.

Peterline et al. (1996), no estudo realizado sobre o conhecimento teórico em reanimação cardiorrespiratória de graduandos de enfermagem, com um instrumento de 10 perguntas sobre aspectos básicos da PCR, identificaram que só 20,7 % dos estudantes acertaram entre 4 e 7 questões. Os autores consideraram oportuna a pesquisa tendo em vista os trabalhos de revisão curricular que vêm sendo desenvolvidos pelos cursos de graduação em enfermagem, reforçando a necessidade de aprimorar os programas de ensino referentes ao atendimento da PCR em pediatria.

Em se tratando de uma unidade de atendimento pediátrico, inserida num centro de referência para atendimento de emergência do porte e da importância da região de Ribeirão Preto, o aprimoramento e a qualificação profissional dessas enfermeiras em atendimento de emergências procuram atender às diretrizes de qualificação de recursos humanos para a UE. De acordo com as normas do HCFMRP-USP, todos os enfermeiros recém-admitidos passam por um período de treinamento de três meses, durante o qual são acompanhados pelos enfermeiros do plantão e realizam atividades de acordo com a demanda e as necessidades do serviço.

Com relação a esse treinamento, uma das enfermeiras refere ter participado de um projeto-piloto de inserção dos enfermeiros, em 1986, o qual foi decisivo para sua permanência nesta unidade de atendimento.

Com relação ao motivo que levou esses enfermeiros a trabalhar na UE, quatro delas mostraram interesse e afinidade desde o curso de graduação, as outras quatro preferiam outros tipos de serviços, mas com o incentivo das chefias, das colegas e com a adaptação ao local de trabalho definiram-se pela permanência nesta unidade. Atualmente, todas são unânimes em manifestar satisfação, gosto pelo ambiente de trabalho e realização profissional pela assistência nessa unidade para a criança em situação de emergência.

A participação em eventos, jornadas e outros cursos foi restrita, pois apenas duas enfermeiras referiram a participação em uma jornada de pediatria em centro de terapia intensiva no ano de 2001. Quanto à participação em grupos de estudo e pesquisa, somente uma enfermeira declarou participar do Centro de Estudos do Centro de Educação e Aperfeiçoamento Profissional em Saúde (CEAPS-HC), como membro da equipe de estudos sobre feridas. Sobre este último aspecto, no estudo realizado por Montero et al. (2000b), nos serviços de emergência dos hospitais da Espanha, foi encontrada uma produção relevante de atividades de pesquisa as quais foram divulgadas em congressos e reuniões científicas relacionadas a esta área.

As enfermeiras que trabalham em situações emergenciais têm que estar em constante atualização e capacitação, sendo que neste grupo estudado é limitado, conforme os depoimentos. Os fatores que limitam a participação em eventos científicos podem ser atribuídos à ausência de cursos voltados para essa área na região, à dificuldade financeira para pagar as despesas dos mesmos, à carga horária de trabalho e à desmotivação. Por qualquer desses motivos, é necessária uma reflexão sobre a possibilidade de um maior envolvimento dos enfermeiros nos eventos que visam ao aprimoramento na área de urgência e emergência, conforme assinalado nos objetivos da instituição.

Como política de capacitação profissional a Unidade de Emergência, desde o ano 2000, vêm sendo oferecidos cursos de treinamento em emergência pediátrica como o PALS. Até o momento seis enfermeiras realizaram essa capacitação; uma delas declarou ter intenção de realizar o mais breve possível este treinamento,

organizado pelo HCFMRP-USP em parceria com a FAEPA, a Divisão de Cardiologia e a Divisão de Enfermagem conquistando o “Sítio do BLS” – *Basic Life Support* (USP, 2002).

Com relação à qualificação profissional nas unidades de emergência, a Portaria nº 2048/GM (Brasil, 2002a) destaca a promoção de treinamento voltado à melhoria da qualidade da informação referente à vigilância epidemiológica por causas externas; nos cursos de graduação, da área da saúde, a atenção na área de emergência é bastante insuficiente, sendo necessária a complementação com cursos de formação, capacitação e educação continuada dos recursos humanos que trabalham nos serviços de emergência.

Uma vez caracterizado o perfil das enfermeiras que atuam na Unidade de Atendimento Pediátrico da UE-HCFMRP-USP, voltamos nossa análise para o objeto principal de nossa pesquisa tentando compreender e descrever como o enfermeiro vivencia a atenção à criança numa situação de emergência, as relações com a família e a equipe, seus sentimentos e suas emoções ao lidar com a vida e morte da criança.

As questões orientadoras, delineadas para este estudo, conduziram à análise das entrevistas com as enfermeiras da Unidade de Atendimento Pediátrico da UE que concretizou nos temas a enfermeira como mediadora do atendimento à criança em PCR, atendendo à família da criança em PCR e vivenciando sentimentos e emoções na atenção à criança. A seguir, apresentaremos os temas:

3.2 A enfermeira como mediadora do atendimento à criança em PCR

-ao reverter uma parada, tantas coisas acontecem que nada pode atrapalhar, e realmente nenhuma coisa pode atrapalhar, pois é a vida da criança que está em nossas mãos, o êxito está no tempo de execução, (...) (E8)



Figura 3 – Família Cristã (Oliveira, 2001).

Neste tema a partir dos depoimentos das enfermeiras foram identificados quatro subtemas que definem a atuação do enfermeiro no papel mediador no atendimento à criança em PCR, na Unidade de Atendimento Pediátrico. Esse

desempenho da enfermeira abrange o planejamento da assistência, admitindo e avaliando a criança na sala de emergência, atuando na assistência à criança em PCR e a capacitação da enfermeira para atenção a crianças na Unidade de Emergência, que passamos a descrever a seguir:

- O planejamento da assistência à criança em PCR:

Desde que a unidade de Atendimento Pediátrico seja a porta de entrada para receber crianças em risco de perder a vida, e sendo a UE-HCFMRP-USP um hospital de referência para atendimento de emergência torna-se imperiosa que a assistência à criança em PCR seja prevista e planejada, pois a qualquer momento passa a ser o centro de atendimento para salvar a vida de uma criança, como mencionado pelas entrevistadas:

-atender urgência, emergência para mim é uma coisa planejada e organizada, tudo mundo tem que saber, vamos dizer que seja uma orquestra todo mundo está afinado para atender. (E6)

-aqui já há uma organização e planejamento, no fluxo dessa criança, dentro da unidade, (...) (E6)

-a sala é preparada para trabalhar com paciente agudo que tem toda a chance de fazer uma PCR, (...) (E4)

Para Gomes (1994), a sala de emergência é uma área específica e de fácil acesso, devendo ser equipada e dotada de uma equipe qualificada para prestar cuidados imediatos a pacientes em estado de emergência, no sentido de salvaguardar-lhes a vida e reduzir a ocorrência de possíveis danos ou seqüelas. Essa sala é definida só para tal finalidade, evitando-se a realização inapropriada de procedimentos isolados, de menor risco, como suturas em geral, punções, curativos, cateterismos, preparo para cirurgia.

A unidade de Atendimento Pediátrico deve contar com um ambiente adequado, materiais em quantidade suficiente e equipamentos funcionando, garantindo a atuação da equipe na assistência à criança em PCR, durante as 24 horas do dia. É um ambiente complexo e estruturado para garantir o cuidado e privacidade da criança numa situação emergencial; ao mesmo tempo torna-se um ambiente estressante para a família, paciente e equipe. A enfermeira é responsável pela

organização desse ambiente no qual acontece uma dinâmica assistencial que não pode admitir imprevistos, falhas e demora na tomada de decisões.

Para as enfermeiras, a necessidade de planejamento é o passo mais importante, pois desde o primeiro momento que ingressam no plantão têm a responsabilidade de deixar organizada a sala de emergência para dar a atenção à criança em qualquer situação emergencial, conforme assim se expressam:

-na passagem de plantão, a primeira coisa que a gente faz é verificar se o ambulatório está em ordem, o equipamento, se está tudo pronto, pode ser que falte alguma coisa de outro plantão, a primeira rotina nossa é isso. (E1)

-uma sala onde tem tudo na mão, todas as coisas mais perto. (E3)

-porque esse material todinho já tem uma sala específica para atender às paradas, (...) (E6)

Quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a através do planejamento do ambiente e do material, ele está garantindo o desenvolvimento de suas atividades básicas, administrativas, assistenciais e de ensino, promovendo conseqüentemente a organização do trabalho da equipe e direcionando seus esforços em busca de um objetivo comum, que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados (Wehbe & Galvão, 2001). Especificamente no atendimento de uma situação de emergência, a enfermeira desenvolve diferentes ações, uma delas a de administrar os recursos humanos, técnicos ou auxiliares de enfermagem, garante a disponibilidade de recursos materiais com equipamentos funcionando e uma infra-estrutura que permita à equipe atuar no atendimento emergencial. Esses aspectos foram identificados nas falas que seguem:

-a gente deixa tudo organizado, a sala montada, a medicação de urgência preparada, o respirador, o material de entubação, (...) (E7)

-se você tem um conhecimento sobre o que é a parada e como você vai atender essa parada, você tem que ter material, (...) (E8)

A monitorização do paciente em PCR é um meio utilizado para a avaliação clínica, diagnóstico, controle e seguimento do paciente em estado crítico e nesses casos as enfermeiras são responsáveis pelo bom funcionamento de todos os

equipamentos, os quais devem ser revisados pelas pessoas responsáveis pela atenção (Montero et al., 2000d).

Como parte da organização desse ambiente, a monitorização da criança e a sua avaliação durante a PCR são vitais no atendimento, possibilitando informações para prosseguir com a RCP avançada. Observa-se nas falas das enfermeiras entrevistadas a preocupação pela organização dos serviços:

-ao reverter uma parada, tantas coisas acontecem que nada pode atrapalhar, e realmente nenhuma coisa pode atrapalhar, pois é a vida da criança que está em nossas mãos, o êxito está no tempo de execução, (...) (E8)

-a gente tem aparelho, como identificar rapidamente o que vai, o que está acontecendo, (...) (E6)

Granitoff et al. (1994) assinalam que, além da manutenção da sala de emergência em condições para pronto uso, a maior parte das atividades executadas é de competência do enfermeiro e, mesmo aquelas ações privativas do médico requerem uma colaboração para as quais têm que estar preparados. Para as autoras, uma das funções do enfermeiro consiste na manutenção da sala, através do suprimento constante de equipamentos e materiais indispensáveis, disponíveis em quantidade suficiente, contando para isso com uma rotina de reposição, considerando que as emergências acontecem de forma imprevisível e, às vezes, simultaneamente. A sala de emergência deverá estar preparada para efetuar atendimento imediato e seguro, sendo que a insuficiência de material e de equipamentos não pode acarretar perda de tempo para a equipe e conseqüentemente dano para o paciente. Tal aspecto foi identificado nas falas das entrevistadas:

-você pensa em tudo para salvar essa criança, você corre, punctiona uma veia rápido, se ela não tiver nenhum acesso, procura material que precisa, a cânula que vai ser usada, (...) (E2)

-já tem uma organização, fez a medicação, os aparelhos já estão todos ao redor da maca, os profissionais já estão esperando, já sabem como agir,...) (E6)

Ainda sobre esse aspecto, Granitoff et al. (1994) assinalam que todo o material de consumo deverá estar discriminado e quantificado em uma lista, facilitando o trabalho da pessoa responsável pela revisão da sala e o controle do material, evitando a colocação de material insuficiente ou excessivo, o que

igualmente dificultaria o atendimento. As falas das enfermeiras demonstram a importância desse controle:

-essa responsabilidade é do enfermeiro, em questão de verificação de psicotrópicos, e do material adequado, verificar o carrinho de urgências, (...) (E1)
-graças a Deus hoje temos materiais, senão fica difícil, porque você fica com aquela ansiedade, aquele estresse.(E5)

Em cada plantão e depois de cada atendimento devem ser checados todos os equipamentos e materiais para verificar o perfeito funcionamento do ventilador mecânico, do desfibrilador, do aspirador, do laringoscópio, doambu e demais equipamentos. É importante que a equipe do serviço de emergência se responsabilize pela utilização criteriosa e exclusiva do material da sala de emergência, não permitindo que a falta e conseqüente disputa por recursos venham ameaçar a segurança do trabalho realizado. A guarda e disposição dos materiais e equipamentos devem ser de forma organizada, com fácil acesso, contra-indicando-se a utilização de portas ou gavetas chaveadas, exceção feita à guarda de psicotrópicos. Os critérios para essa identificação podem ser de ordem alfabética, ordem numérica crescente, padronização por cores contrastantes, ou agrupamentos de acordo com a utilização desses materiais (Calvo et al., 2000; Gomes, 1994; Granitoff et al. 1994).

A enfermeira torna-se um elemento importante dentro da equipe na atenção à criança, tendo um papel decisivo junto ao médico, conforme as falas das enfermeiras:

-a gente já sabe o que o médico vai precisar, nessa sala já tem tudo o que vai precisar, por isso é que o enfermeiro é importante, (...) (E4)
-o enfermeiro prepara toda a sala, (...) prepara material para a emergência deixa tudo pronto, (...) (E1)
-a gente vai organizando tudo, (...) o médico toma a frente já vai pedindo, (...) (E3)

As enfermeiras entrevistadas relatam que as condições de trabalho devem garantir os equipamentos e materiais para o atendimento de RCP em pediatria, pois a falta desses materiais limita a atenção à criança, como mencionado pelo grupo:

-eu trabalho no pronto-socorro para criança grave, e de repente não tenho um monitor cardíaco, não adianta ter gente habilitada e não ter um monitor para poder colocar o paciente (...) o paciente não tem veia, não adianta saber fazer intra-óssea e não ter agulha especial, então tem que ter o material. (E4)

-agora depois do PALS a gente está conseguindo ter o material com mais facilidade, (...) (E6)

Alguns elementos da organização ambiental devem ser considerados como a previsão de material na sala, de modo a diminuir a circulação de pessoal e os freqüentes atropelos na busca aflita e desordenada; os pacotes, bandejas ou *Kits* para procedimentos específicos devem estar dispostos de forma organizada em superfícies próximas à maca, ou ainda em mesinhas móveis, facilmente deslocáveis até o paciente; o suprimento de medicamentos deverá ser previsto com base num estudo da casuística do serviço e mediante consulta à equipe médica que ali atua (Calvo et al., 2000; Gomes, 1994; Granitoff et al. 1994).

Já no estudo de como a enfermagem atua na sala de emergência, Garcia & Rios (1997) identificaram a necessidade de se estabelecer uma correta distribuição do material e de unificação de critérios, frente a situações como: uma incorreta mobilidade do pessoal dentro da sala, a falta de coordenação entre o pessoal, mais de uma pessoa liderando as ações e com falta de experiência, situações estas, decorrentes muitas vezes, da ausência de protocolos de atenção que facilitem a organização e o planejamento dessas ações. Os autores recomendam que as equipes devem estar bem organizadas, sabendo responder às situações críticas que se apresentam, sendo necessária a realização de simulações práticas, organizadas e dirigidas pelo chefe do serviço, pois permitirá unificar critérios de atuação. A desorganização da equipe e a falta de planejamento podem trazer prejuízo, conforme dizem as enfermeiras:

-desorganização, falta de planejamento leva muitas vezes a um prejuízo; a criança talvez não saia dessa parada pelo falta de seqüência dos profissionais e a falta de qualificação para atender essa urgência, emergência. (E6)

-a equipe tem que ser uma equipe tranqüila organizada para atender à parada, porque si de repente tem alguém que é desorganizado, acaba atrapalhando tudo (E8).

Dessa forma, o esforço que se faz para manter uma melhor organização da sala, com materiais, aparelhos, protocolos de atendimento e uma equipe capacitada, tem como finalidade primordial garantir uma atenção ótima, rápida e eficaz da PCR, e assim diminuir o risco de seqüela e incapacidades.

- Admitindo e avaliando a criança na Sala de Emergência Pediátrica

Conforme apresentado anteriormente a macrorregião de Ribeirão Preto possui a CURM desde 1998, tendo a UE do HCFMRP-USP como referência para o atendimento das emergências na região.

A Central Única de Regulação Médica de Ribeirão Preto passou a organizar desde então o fluxo para os hospitais, mediante a avaliação da gravidade e da disponibilidade de recursos. A equipe técnica da UE-HCFMRP-USP passou a racionalizar a utilização dos recursos hospitalares, preservando espaços aptos a atender procedimentos de alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações de perigo iminente de vida (Mudanças..., 2002).

Nesse sentido, a CURM tem sido um importante meio de informação para a equipe de atendimento pediátrico, sobre o perfil da criança que vai dar entrada na sala de emergência. As enfermeiras relatam:

-agora com o regulador entre os hospitais do SUS, os pacientes estão sendo distribuídos melhor, antigamente você punha o paciente no chão, hoje, essa realidade da UE não existe mais, (...), agora facilitou porque a gente não tem esse excesso de paciente mais, (...) (E4)

-com a regulação isso mudou. Antigamente as crianças chegavam de qualquer jeito, agora não, elas vêm com uma referência, porque já tem uma estrutura lá fora, o SAMU, que dá o pré-atendimento hospitalar, (...) (E6)

-tem toda uma comunicação, até a criança chegar, (...) (E3)

-da regulação o médico liga e fala que a criança vai chegar assim, assim, assim. (E5)

Admite-se que um sistema de regulação permite uma melhor atenção das crianças em situações emergenciais, prevendo o nível de atenção de que precisam e diminuindo a sobrecarga de demanda nos serviços terciários, onde devem chegar os casos de maior complexidade. Para Kitt (1995), a avaliação de enfermagem é a etapa inicial e fundamental no atendimento a esses pacientes, pois visa detectar os distúrbios que ameaçam a vida, no sentido de estabelecer prioridades para nortear o atendimento e corrigir os distúrbios respiratórios e metabólicos em tempo hábil, garantindo a manutenção das funções vitais e salvaguardar a vida, levando em consideração os aspectos anatômicos e psicológicos da criança.

Granitoff et al. (1994) assinalam que o tempo é muito importante e as ações não devem exceder a poucos segundos, visto que a avaliação é simultânea à instituição das medidas terapêuticas prioritárias, com o objetivo de uma assistência de emergência rápida, segura e de alta qualidade. Um exame mais detalhado poderá ser concluído após a avaliação inicial, de tal forma que se evite uma avaliação prolongada, comprometendo a objetividade do atendimento.

A vivência das enfermeiras na atenção prestada à criança em PCR na sala de emergência pediátrica enfatiza a realização da avaliação primária, que resulta na garantia de uma ventilação adequada da criança. Elas relatam que:

-a gente já olha e já percebe que não está bem, então já deixamos tudo preparado,(...) (E3)

- a primeira coisa que eu bato o olho é se a paciente precisa de oxigênio e tem uma veia pega, (...) (E4)

-vai parar em uns cinco minutos, então eu já deixo tudo preparado para entubação, (...) (E4)

-já aconteceu da criança estar piorando, a gente comunica ao médico (E3).

Gomes (1994) propõe que nesta fase inicial é imprescindível a distribuição prévia das tarefas entre o pessoal de enfermagem: um deles se ocupando das ações necessárias junto à cabeceira do paciente, como auxiliar na entubação, realizar aspiração, ajudar na ventilação-massagem; o outro se responsabilizando pelo preparo e administração de drogas e um terceiro se ocupando dos demais procedimentos necessários como acesso venoso, monitorização, preparo do desfibrilador e auxílio nos demais procedimentos médicos, sendo estes a cateterização de veia central, drenagem torácica, inserção de eletrodo para marca-passo externo, entre outros. O trabalho do enfermeiro implica na organização, seqüência lógica das ações emergenciais e na delegação de funções para que cada membro da equipe atue de forma sincrônica, especialmente naqueles procedimentos que são concomitantes para manter uma ventilação adequada. Assim, elas se preparam para dar atenção, conforme as falas:

-é tudo uma seqüência, é uma coisa planejada, organizada e todo mundo está sabendo o que está fazendo, (...) (E6)

-normalmente a gente sabe, o que vai chegar, que criança vem (...) (E7)

-a gente começa a distribuir as tarefas (...) (E1)

As características que definem o enfermeiro nesse tipo de assistência devem abranger capacidade, conhecimento das diversas áreas clínicas e cirúrgicas, habilidades de avaliação, julgamento, priorização e flexibilidade, rapidez e agilidade e sobretudo desejo expresso de trabalhar nessa área (Gomes, 1994; Granitoff et al., 1994; Soares et al., 1996). As enfermeiras relatam:

-geralmente a gente já sabe a idade da criança, deixamos as cânulas separadas, o soro pendurado, o abocat separado (...) então eu vejo minha responsabilidade. (E4)

-enquanto o médico chega a gente vai fazendo nossa parte, oxigenando, (...) (E8)

-a gente se sente assim sabe (...), eu que gosto que amo o que faço de paixão, não porque ainda existe emprego, sinto que eu não me vejo fazendo outra coisa (E7)

No atendimento das emergências, as diferenças do paciente adulto e pediátrico são significativas por dois fatores fundamentais: o primeiro deles leva em conta a idade, o peso, o tamanho, características fisiológicas e anatômicas que fazem com que a intervenção básica de emergência nesses pacientes seja mais específica, outro fator é a atitude da enfermeira no atendimento ao paciente pediátrico nessa situação crítica e traumática a qual é influenciada pela autoconfiança (Rumbo et al., 1999).

Sendo assim, as enfermeiras da Unidade de Atendimento Pediátrico têm experiência e capacitação para o planejamento dessa atenção e na avaliação da criança, iniciando com a desobstrução de vias aéreas, ventilação, a ajuda na compressão torácica externa e punção de veia periférica, uma vez que a ressuscitação cardiopulmonar independe de um diagnóstico etiológico e o fator tempo prima para salvar a vida da criança.

- Atuando na assistência à criança em PCR

A enfermagem ao se constituir no eixo integrador na assistência à criança na sala de emergência, desenvolve a capacidade de identificar os problemas que colocam em risco a vida da criança a partir do reconhecimento da alteração da ventilação, do estado de consciência, hipotonia, taquicardia, pulsos centrais e pulsos

distais ausentes. É fundamental o trabalho da equipe com funções e atividades definidas entre todos os atores do atendimento.

Como rotina de trabalho, exige-se do enfermeiro não só o domínio do conhecimento, mas a rapidez para a tomada de decisões pertinentes ao diagnóstico, para com um único paciente, ou com um grande número de vítimas, desempenhando o papel de mediador na atenção, na sala de emergência, e permitindo diminuir o risco de morte na criança (Pavelqueires, 1997b). Nesse sentido o grupo de enfermeiras entrevistadas relata:

-os médicos, quando tem uma parada querem o enfermeiro de lado, já é padronizado, tem uma parada o enfermeiro está aí do lado. (E1)

-todo mundo faz sua parte, então quando o residente ou o médico contratado está fazendo a massagem, a enfermeira punciona uma veia, coloca o coletor, passa a sonda nasogástrica, e está preparando material de entubação, (...) (E6)

-você trabalha junto com o médico, do lado dele, (...) (E8)

Na sala de emergência, o comando das ações de intervenção fica sobre uma pessoa que dará as ordens, tomando as decisões e determinando as medidas terapêuticas. A falta de definição desse comando gera multiplicidade de condutas, comprometendo a eficácia do tratamento. Esse comando significa a hierarquização das prioridades e a determinação das competências; padronização das condutas médicas e de enfermagem, promovendo sincronismo de esforços; uso de medicamentos, materiais e equipamentos, em quantidade suficiente e em perfeitas condições de uso; racionalizar o tempo através da agilidade e eficiência nas ações executadas, levando em conta os limites disponíveis para se evitarem danos irreversíveis ao paciente; ao final de cada atendimento reunir a equipe para avaliar a atuação do grupo e, assim, manter a equipe sempre preparada para atender a uma emergência (Granitoff et al., 1994).

Quando uma criança chega com risco de morte ou já em PCR, os profissionais da sala de emergência estão sob a coordenação de um líder que geralmente é o médico, na ausência dele é a enfermeira capacitada para exercer a liderança desse atendimento. Sobre esse momento as enfermeiras consideram que:

-todos os profissionais se dirigem para essa sala, o necessário, seria o médico contratado, um R2, um R1, o enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, o necessário para a gente atender, o ideal são essas cinco pessoas. (E4)

-você vai fazendo uma medicação o outro já vai te trazendo as coisas, há uma colaboração, o pessoal de enfermagem trabalha bem. (E2)

-você pega um pessoal que já está habilitado, que já trabalha, já tem treinamento certinho, a parada é uma coisa programada, a diferença é que ela é mais rápida, (...) primeiro faz isso, isso, isso, a parada tem que seguir um protocolo, a diferença é que você faz de uma forma mais rápida. (E4)

Wehbe & Galvão (2001), na pesquisa sob liderança do enfermeiro que atua na sala de emergência, evidenciam que eles deveriam adotar estilos de liderança participativa, compartilhar e ou delegar funções. O enfermeiro, na unidade de emergência, precisa buscar meios para realizar o gerenciamento da assistência de enfermagem visualizando as reais necessidades do paciente, conciliando os objetivos organizacionais com os objetivos da equipe de enfermagem, sendo as principais habilidades a comunicação, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão e a competência clínica, bem como a capacidade para aplicá-las na sua prática profissional. Os enfermeiros relatam a forma como eles coordenam a equipe de enfermagem:

-a gente sabe que vai chegar uma criança e que precisamos tomar frente e organizar; às vezes pedimos para algum funcionário ficar na sala de emergência, deixamos um outro funcionário fora, vendo as outras crianças, por que não podemos esquecer que temos outras crianças, na sala de hidratação ou no isolamento e às vezes pode ser que a criança esteja bem, (...) (E3)

-numa emergência enfermeiro sempre está na frente (...) (E1)

É de se destacar que a equipe de trabalho nos serviços emergenciais deve caracterizar-se por um adequado relacionamento interpessoal e, na ausência deste relacionamento, é preciso procurar estratégias que melhorem esses espaços de convivência (Sánchez et al., 2001). Nesse sentido as entrevistadas expressam:

-no ambulatório, tem pouco funcionário, são funcionários bons que trabalham, são funcionários que você não tem problema, eles trabalham mesmo, eles cooperam. (E2)

-porque você sabe que pode contar com aquela pessoa na hora do desespero (...) temos confiança entre todos. (E3)

É fundamental que a equipe tenha clara a responsabilidade de uma vigilância contínua e permanente das condições de recuperação das funções vitais da criança em uma situação crítica.

Granitoff et al. (1994) ressaltam a importância de se fazerem anotações ao término de uma situação de emergência, registrando informações pertinentes sobre o paciente e as intervenções terapêuticas realizadas. Desse modo, a sistematização de atendimento é efetivada quando já se venceram as barreiras da insegurança, da inabilidade manual e da dificuldade no discernimento de prioridades.

Quanto aos registros de enfermagem é importante assinalar que as anotações não foram em nenhum momento referidas pelas enfermeiras em seus relatos, uma vez considerando a sua responsabilidade legal pela atenção prestada, a qual deve ser descrita na evolução de enfermagem (Diaz et al., 2001). No estudo desenvolvido por estes autores sobre avaliação de parâmetros de qualidade assistencial obtida por meio dos informes de assistência em serviços de emergências pediátricas, verificou-se que a anotação de enfermagem sobre a administração de medicação foi realizada em 70% dos informes, já a equipe médica registrou a prescrição da medicação em 77% dos informes. É imprescindível que qualquer medida terapêutica seja descrita, de forma clara e específica no prontuário correspondente, como parte da assistência efetuada por enfermagem, prevista no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2000). Assim, as autoras Oguisso & Schmidt (1999), referindo-se aos cuidados realizados a pacientes críticos, analisam os registros de enfermagem como fatos relevantes da assistência prestada a esses pacientes.

Andrade et al. (2000) assinalam que o trabalho da equipe busca a excelência da assistência prestada ao paciente na sua totalidade. Para fazer um bom trabalho não é necessária apenas a adaptação, mas principalmente a integração, coesão com a unidade e o compromisso profissional de enfermagem. Na assistência em PCR, cada membro da equipe deve garantir uma ação harmoniosa, tanto pela participação individual quanto pela ação conjunta. Os papéis de cada um se revestem de igual importância e têm como objetivo central a recuperação do paciente e a prevenção de danos.

O grupo estudado mostrou que o trabalho desenvolvido é de coesão e competência demonstrada nos momentos de atenção, de acordo com as falas seguintes:

-se você tem uma equipe coesa, está certo, (...) (E3)

-pessoas que já estão acostumadas com esse tipo de atendimento, já são pessoas preparadas, treinadas. (E1)

-se a criança piorar muito a gente não espera ordem do médico para preparar tudo isso, a gente já vai adiantando tudo. (E3)

Os serviços de emergências são locais especiais onde a produção de situações é complexa, não comparável a nenhum outro contexto assistencial. Pela grande complexidade dessa assistência é necessário tomar decisões com rapidez estabelecendo-se prioridade para os atendimentos. Qualquer situação urgente requer uma seqüência de atividades coordenadas de forma complexa entre diferentes tipos de profissionais e que devem ser feitas no momento oportuno (Concenjo, 1997).

A equipe de assistência tem que estar preparada para tomada de decisões independentes e complementares, por meio de uma liderança participativa e não autoritária. O líder dá as indicações para os membros da equipe que decidem a melhor forma de realizar o procedimento, com a menor injúria ao paciente. Sobre esse aspecto o grupo de enfermeiras entrevistadas assim se manifesta:

-nós, da equipe de enfermagem, somos fixos, nós não trocamos, a equipe médica troca, de dois em dois meses, (...) (E4)

-por insegurança são muito desorganizados, a liderança nunca fica com o residente, a liderança sempre fica com o médico contratado ou com a enfermeira, (...) você tem que ter como liderança, a pessoa mais calma, (...) tem médico que consegue estressar todo mundo, então o atendimento é ruim. (E4)

-a parte de enfermagem se direciona, vamos diluir a medicação, vamos puncionar a veia, (...) (E5)

Diante de tais aspectos há necessidade de contar com pessoas que garantam uma assistência harmoniosa pelo fato de que o trabalho que caracteriza as emergências é um complexo cenário onde encontramos diversidade de sentimentos de parte dos membros da equipe.

- Capacitando-se para o atendimento na PCR

É importante que nos serviços de urgência e emergência a capacitação dos profissionais seja por meio de cursos especializados ou pelo treinamento em serviço. Estimular, discutir e efetuar pesquisas para que sejam apresentadas entre os elementos da equipe e em eventos científicos fazem parte também do processo de

capacitação profissional. Não se descarta a responsabilidade das instituições para esta capacitação, especialmente com a equipe que presta assistência ao paciente crítico.

O grupo de enfermeiras reconhece a necessidade da capacitação para prestar assistência a crianças em situações emergenciais, sendo um dos fatores importantes a habilidade e o tempo. Nesse sentido elas relatam que:

-precisam de habilidade em técnicas de enfermagem, habilidade para punção, para manuseio de materiais, para assistir uma parada cardíaca; você está junto com o médico, tem que passar o material que está pedindo, preparar a medicação, tem que ser hábil nesta hora, se demorar e não ter habilidade, conta tempo, e o tempo é importante nesta hora. (E8)

-porque o tempo corre e podemos conseguir reverter o quadro. Se demorar muito vai ser pior para a criança, (...) (E3)

-se você pega um pessoal que já está habilitado, que já tem treinamento certinho, a parada é uma coisa programada; a diferença é que ela é um pouco mais rápida; se você não tiver uma parada programada, vai virar uma bagunça, não se consegue nada, e o paciente acaba sendo atendido muito tarde, ou vai morrer; a parada tem que seguir um protocolo, a diferença é que você trabalha de forma mais rápida. (E4)

De acordo com os padrões da prática desenvolvidos pelos enfermeiros norte-americanos, segundo a ENA (1995), o enfermeiro passa por diferentes etapas no processo de educação para o trabalho nas emergências pediátricas. Esta educação passa pela capacitação em Suporte Básico de Vida e no Suporte Avançado de Vida, recebendo um Certificado de Emergência, logo a seguir a formação no atendimento a pacientes vítima de trauma, estando preparado para o trabalho nesta área. Após essa etapa, o enfermeiro deve receber o curso para enfermeiros em emergências pediátricas, recomendado para os que trabalham na assistência à criança em situações emergenciais.

Para Granitoff (1995), é fundamental um treinamento específico de todos os membros da equipe, com uma definição clara de suas funções e da liderança do enfermeiro. A equipe de enfermagem tem que ter um líder para trabalhar sincronicamente com um médico, nesse aspecto as entrevistadas relatam que:

-é fundamental que tenha um treinamento específico. Eu sinto que não sei tudo, apesar dos cursos que eu fiz; eu gostaria que uma pessoa que soubesse muito mais viesse compartilhar as experiências conosco; acho que é muito importante, por isso nunca se pode deixar de estudar, sempre tem que procurar melhorar cada vez mais; esse papel da enfermeira é fundamental. (E3)

-a gente segue o ABCD, é tudo uma seqüência, não é uma coisa que atropela uma a outra; todos os residentes estão fazendo o PALS que é o suporte de vida em pediatria, e por essa seqüência fica mais fácil tirar a criança de uma parada cardiorrespiratória. (E6)

Concheiro et al. (1999) e López-Herce et al. (2000) afirmam que é necessário que se estabeleçam programas de reciclagem e treinamento para a reanimação cardíaca e é importante que esses programas sejam eficazes, com avaliação periódica dos procedimentos e dos materiais, para assim poder mudar, corrigir e reforçar o que for necessário para alcançar o sucesso na RCP, aumentando as possibilidades de supervivência dos pacientes pediátricos. Para os enfermeiros, o atendimento seqüencial de acordo com o protocolo preconizado pelo PALS deve assim ser realizado:

-a gente tem trabalhado com o mecanismo do PALS, o ABCDE, a gente tenta trabalhar em conjunto; os médicos residentes são obrigados a seguir o PALS, (...) por exemplo, se tem um enfermeiro que está ajudando na fase A ou B junto com o médico, então eu entro para ajudar e vou para avaliar o C, (...) (E4)

-enquanto no adulto você injeta 5-10 ml de solução, na criança este volume é de 0,2 ml, então a diferença dessas dosagens mínimas para a criança leva você a observar o que está acontecendo com mais responsabilidade, e a capacitação facilita atender à criança. (E6)

Venturelli (1994) assinala que se devem assegurar os recursos materiais e financeiros para garantir os cursos de reanimação básica dirigidos a todo pessoal que atua, nas unidades de emergência, maqueiros, motoristas, bombeiros, policiais, estudantes de medicina e de enfermagem. Já o curso de reanimação avançado em pediatria (PALS) deve ser oferecido a médicos residentes, cirurgiões e anestesistas, como também aos enfermeiros; o curso avançado de reanimação em trauma *Advance Trauma Life Support (ATLS)* deve ser realizado para médicos de emergência, cirurgiões, pediatras de emergência e de UTI.

Segundo Perez (1999), atualmente é consenso internacional trabalhar em emergências pediátricas com o protocolo do PALS, ficando sob a responsabilidade da instituição facilitar a acessibilidade dos membros da equipe a estes cursos periodicamente, sendo recomendada atualização a cada dois anos, pois a eficácia de uma habilidade motora para a reanimação cardiopulmonar depende da frequência de sua realização, sendo difícil manter a destreza necessária para esse tipo de

assistência. Na unidade de emergência do HCFMRP-USP, as enfermeiras de AP estão sendo capacitadas pelo protocolo do PALS, e este treinamento provê os conhecimentos e habilidades para que a equipe atue organizadamente. As enfermeiras descrevem:

-a capacitação e a qualificação através do suporte básico de vida em pediatria facilita atender à criança em PCR. (E6)

-seria importante a formação do enfermeiro através do PALS (...) para nós o PALS é muito puxado, porque é voltado para o médico, você tem a teoria e depois tem a prática montada em estações, (...) é cansativo, mas você tem outra visão do paciente. (E4)

No estudo de Peterline et al. (1996) sob os conhecimentos teóricos dos alunos de graduação na área da saúde quanto à ressuscitação cardiopulmonar em pediatria, os resultados demonstraram a necessidade de aprimorar os programas de ensino, propondo a revisão dos currículos. Nessa lógica, durante o seminário sob Atendimento das Emergências em Ribeirão Preto realizado em 2002, a mesma observação foi apontada pelos expositores, reforçando a necessidade de que os novos profissionais da área da saúde conheçam os aspectos de atenção às urgências e que a capacitação nos hospitais para esse atendimento seja instituída de forma regular.

Sobre esse aspecto, quando as enfermeiras da UE relataram suas experiências ainda no curso de graduação sobre o cuidado à criança em situação de urgência referiram-se a tópicos isolados como afogamentos e queimaduras. Atualmente a realidade dos serviços de saúde exige outros enfoques para assistência à criança, que busquem a capacitação para assistência em unidades especializadas como as de emergência.

Os cursos de treinamento em pediatria são importantes para médicos e enfermeiros, pois abordam diferentes experiências, favorecendo uma aprendizagem mais complexa e diversa. Para Carrillo et al. (1997), esses cursos devem ser eminentemente práticos, a parte teórica deve ser clara e concisa, com finalidade de explicar os conceitos fundamentais e a seqüência de cada uma das manobras práticas, sendo essenciais para a formação das equipes de emergência. Entretanto Venturelli & Romero (1994) lembram que, durante a graduação, os alunos não conseguem as destrezas necessárias para permitir a reanimação de forma eficiente de adultos,

crianças e muito menos neonatos, sendo necessário treinamento dos profissionais que chegam a estes serviços.

Na análise que efetuamos até então, é importante ressaltar que a atuação da enfermeira como elemento de integração na organização da assistência à criança na unidade AP é resultado da experiência profissional, capacitação, vivência no processo de assistência à criança nas diferentes situações emergenciais, não sendo possível esquecer a necessidade de uma educação continuada da equipe de enfermagem que possa garantir o cuidado emergencial e a assistência à criança e a sua família.

3.3 Atendendo à família da criança em PCR

*-não consigo passar pelo pai ou a mãe sem dar uma satisfação, sem dar uma palavra de apoio, ou simplesmente colocar a mão na mãe e falar mãe, reza, ora, pede para Deus, pede a ele para confortar seu coração, porque estamos fazendo o impossível, (...)
(E7)*



**Figura 4 – Interagindo com a mãe
(Corbis, 2002).**

Além do comprometimento físico e vital que acomete a criança numa emergência, não devemos esquecer a carga emocional que os pais sofrem naqueles momentos, necessitando de comunicação e informações para amenizar ou aliviar suas emoções. A enfermeira deve possuir sensibilidade especial ao lidar com os pais, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação. É importante que a equipe reconheça que a criança com sua família tem uma história, e as necessidades e solicitações emergem de cada uma conforme o sentido, o significado que atribuem às experiências vividas. Essas necessidades e solicitações só se manifestam de modo autêntico quando a família se sente acolhida e compreendida por uma equipe que tem a intenção de ajudar (Valle, 1997).

Wong (1999c) assinala que, com a chegada da família, a enfermagem atenderá e acompanhará o familiar até uma área privada onde um profissional capacitado para lidar com tais situações fornece informações sobre a doença ou lesão e os esforços de tratamento, colocando à disposição telefone, café e outras formas de

conforto físico e espiritual. Os métodos de tratamento, às vezes agressivos, e as graves condições dos pacientes na emergência podem provocar nos familiares reações inesperadas, traduzidas por alterações de comportamento. Espera-se que a equipe, usando de cortesia, firmeza e segurança, esteja apta a demonstrar-lhes respeito e consideração, reduzindo os desconfortos. Assim as enfermeiras relatam:

-não consigo passar pelo pai ou a mãe sem dar uma satisfação, sem dar uma palavra de apoio, ou simplesmente colocar a mão na mãe e falar mãe, reza, ora, pede para Deus, pede a ele para confortar seu coração, porque estamos fazendo o impossível, (...) (E7)

-se foi revertida a parada a gente vai e comunica para mãe e muitas vezes acabamos tomando a frente, conversando com a família, explicando, orientando.. (E1)

Um agradável e positivo estado emocional, resultante de uma satisfação completa no trabalho, promove naturalmente uma tendência ao desenvolvimento de habilidades no relacionamento com pacientes, familiares e membros da equipe (Gomes, 1994).

Nesses momentos, o trabalho assistencial está mais voltado à criança, não se esquecendo da família como parte dessa atenção, uma vez que a pessoa ansiosa geralmente tem uma imagem distorcida da situação e, conseqüentemente, é mais difícil estabelecer uma comunicação efetiva nessas condições, pois a família encontra-se em crise situacional (Kitt, 1995). As causas de ansiedade nos pais são decorrentes da falta de informação sobre diagnósticos e procedimentos, medo do futuro do filho, medo da responsabilidade com a doença, medo do ambiente hospitalar e subordinação à equipe hospitalar (Borba, 1999). O enfermeiro nesse momento significa alguém estranho, cuja habilidade em lidar com a criança e sua família e de compreendê-la será exigida numa situação de sofrimento e dor. As enfermeiras identificam a necessidade de falar com os pais:

-enquanto eu não sentar com a mãe, não procurar ajudar de alguma forma ou, mostrar que eu estou sensibilizada com o que está acontecendo com ela eu não sossego, (...) fui lá, agarrei a mãe, conversei, falei tudo, (...) (E7)

-quando fica o auxiliar fora da sala sempre acaba dando um apoio para a família, (...) a família está lá do outro lado desesperada sem saber o que está acontecendo naquela sala, se está recebendo tudo o que precisa (E1)

-eu fico preocupada com a família, com a mãe que está lá fora, que às vezes não sabe o que está acontecendo com o filho dentro da sala, eu fico preocupada. (E8)

No momento em que as enfermeiras ou a equipe sentam para conversar com os pais, deve-se contar com um ambiente especial para dar acolhimento. Sobre esse aspecto Montero et al. (2000a) assinalam que a sala de espera de familiares deve contar com área suficientemente ampla, permitindo uma adequada acomodação, favorecendo o momento da informação sobre a evolução do paciente; a falta desse ambiente aumenta a ansiedade e incerteza que freqüentemente o familiar apresenta frente a um processo agudo ou estados graves da criança, sendo a falta de comunicação com o paciente e família o principal determinante de queixas dos usuários. No outro extremo observamos que a informação melhora a percepção da assistência recebida. Quando a criança encontra-se estabilizada ou foi a óbito, as enfermeiras procuram os pais:

-uma forma de tranquilizá-los e orientá-los, porque muitas vezes o paciente vai ficar monitorizado; é muito chocante a família entrar e ver o paciente naquele estado, (...) (E1)

-nessa correria realmente não dá para a gente prestar atenção nos pais. (E6)

As reações familiares dependem de múltiplos e complexos fatores, sendo que o impacto emocional de uma doença aguda, acidente ou do falecimento de um familiar de forma intempestiva provoca uma série de conflitos emocionais que afetam a unidade familiar. Nesse momento os integrantes da equipe passam a compartilhar as manifestações psicossociais da família, podendo tornar-se elementos de transmissão de calma, tranquilidade. Nos serviços de emergências há situações em que os sentimentos de estresse e dor fazem com que a enfermeira se sinta limitada na atenção à família (Serrano et al. 1997; Wong, 1999b). Ao que as entrevistadas relatam:

-eu sou péssima para falar com um pai ou mãe, nessa hora eu sofro o que eles estão sofrendo, (...) eu fiquei morrendo de dó, eu chorei também, a gente às vezes não quer chorar, mas a gente vê o desespero deles, você fica com pena, você não sabe o que dizer. (E2).

-a senhora fique tranqüila, (...), na verdade ninguém fica tranqüilo, você fala fique tranqüilo, mas não existe uma mãe que não é preocupada com o filho. (E3)

-eu vou buscar os parentes, falo que a criança não está bem, não está conseguindo respirar sozinha,(...) (E4)

-quando a criança está bem, está viva eu falo: a criança está estável, está bem, ela vai melhorar, está entubada, (...), você explica, até que o médico chegue junto à família. (E5)

Para Andrade (1998), o sucesso de dar atenção à família é a capacidade de se colocar no lugar de quem está sendo cuidado. Quanto mais pudermos conhecer sobre a pessoa a quem queremos ajudar, maior é a possibilidade de empatia e de se colocar no lugar do outro para compreender suas emoções, percepções e necessidades.

A enfermeira demonstra sua empatia por meio de sua capacidade de estar em contato próximo com o que o cliente vive no momento atual, da capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar da família, de ver o mundo como ela o vê , apoiando-se na sua realidade pessoal, quer dizer, estando consciente do problema do cliente (Lazure, 1994).

A sala de emergência, por ser uma área grande de movimentação, causa desconforto nos familiares, levando-os, muitas vezes, a desgastes físicos e emocionais. Com habilidade a equipe pode desenvolver um comportamento favorável, minimizando os fatores de agressão (Gomes, 1994).

Para Valle (1997) nem sempre fica claro para o enfermeiro a especificidade de sua vocação o seu ideal de cuidadora; nem sempre tem na consciência a amplitude e o valor de sua experiência; nem sempre é capaz de ocupar o seu lugar como profissional. Urge que recupere para si, com maior clareza, o sentido de seu trabalho, realizando-o de maneira plena e consciente, apesar de todas as dificuldades que lhe são inerentes.

Entre as enfermeiras, colocar-se no lugar do outro não é uma situação fácil, pelas próprias características do cuidado a ser prestado na sala de emergência. Sobre este aspecto. As entrevistadas relatam:

-a gente vê o sofrimento deles, partilha muito mais, apesar de estar conhecendo a criança naquela hora, mas você acaba sensibilizado. (E7)

-não consigo falar muito com a família nessa hora, porque não sei nem o que falar, (...) (E8)

-a gente passa o máximo de segurança possível para os pais, a maioria dos casos, graças a Deus, evolui para um quadro de evolução muito boa. (E6)

-é difícil você ver o sofrimento da família de não-aceitação dessa situação, eu acabo sofrendo junto com a família. (E1)

Os agravos repentinos na saúde da criança ou sua morte súbita e inesperada produz na família uma série de conflitos e a enfermeira deve ser sensível às necessidades especiais e às preocupações destes familiares (Wong, 1999c). Fica difícil para a enfermeira acompanhar os conflitos da família, que passam pelas mais diversas emoções que podem aflorar nessas ocasiões, necessitando muitas vezes do apoio de outros profissionais. Dessa forma, o grupo assim reage:

- a gente chama a assistente social para que converse com os familiares. (E5)*
- o psicólogo quando é solicitado com certeza dá esse suporte, porque ele está para isso, para dar suporte para as crianças e os acompanhantes, (...) (E6)*
- porque a mãe nunca aceita, sempre tem aquela esperança, de que vai melhorar, que vai acontecer algo, (...) (E8)*
- a criança foi a óbito, nessa hora aí já tenho uma dificuldade para falar com à família, (...) (E5)*

Quando disponível, o próprio médico deve informar à família sobre a morte da criança, com comunicação clara e honesta, evitando interpretação errada, sendo essencial a comunicação não-verbal, como abraçar, tocar ou permanecer com a família em silêncio (López-Herce, 2000; Wong, 1999c).

Valle (1997) assinala que o preparo para situações difíceis como a informação sobre a gravidade ou a morte da criança passa pela capacitação da enfermeira, pela sensibilidade e capacidade de integração da assistência na sala de emergência, podendo desenvolver estratégias para intervir com as famílias, como a comunicação pertinente sobre o cuidado da criança e atendimento das necessidades espirituais. Superar essas situações é difícil para qualquer membro da equipe, sendo que a enfermeira é o profissional que está em contínua interação com as famílias, podendo colaborar com o médico no momento de passar informações do estado crítico da criança, assim elas referem:

- se não teve condições de reverter é o médico que vai conversar, mas a gente está sempre presente, (...) (E1)*
- o pediatra é um médico muito sensível, ele senta com a mãe e conversa, explica tudo certinho,(...) (E4)*
- quando a criança vai a óbito, não é a enfermeira que acaba avisando a família, o médico é que vai, e a gente acompanha. (E1)*

A comunicação da morte da criança deve ser feita com sensibilidade e o médico ou a enfermeira devem estar preparados para lidar com sentimentos de

negação, culpa e raiva, sem julgá-los. Se a instituição tem grupos de apoio, a enfermeira poderá encaminhar os familiares, sendo importante observar outras medidas de suporte que incluem assegurar a privacidade, aceitar respostas emocionais variadas à dor ou ao medo, preservar o contato pais-filho e explicar todos os procedimentos realizados com a criança (Wong, 1999d). Elas relatam:

-eu deixo a mãe chorar, eu deixo o pai chorar, eu não falo nada às vezes, se eles quiserem ver a criança a gente leva, (...) (E2)

-tem pai ou mãe que conversa com você, mesmo assim no desespero (...) tem pai e mãe que não conversam, começam a gritar, (...) (E2).

-eu acho que a gente não consegue ter um bom relacionamento assim nessa hora, (...) (E8)

-existem casos isolados, exceções em que a mãe ou a pessoa que acompanha a criança, ou por ignorância, ou por algum outro motivo, não se preocupa com a criança. (E3)

-nós tentamos explicar a situação aos pais, mas eles acham importante ouvir o médico, é lógico, porque o médico passa tudo para eles. (E3)

Garcia (2000), ao focalizar as necessidades das famílias de crianças em fase terminal, coloca que o atendimento do familiar na sala de emergência só é possível quando a equipe oferece suporte, explicando tudo o que está acontecendo na sala e permitindo que os familiares expressem suas dúvidas. Dessa forma, o enfermeiro ao cuidar da criança, inicia sua atenção também à sua família.

A criança tem uma comunicação afetiva e íntima com a mãe mantendo com ela uma forte união psicobiológica, sendo a enfermeira uns dos elementos interlocutores dessa relação, durante o atendimento na sala de emergência e a sua compreensão aumenta com o nível de empatia que fortalece essa relação de ajuda para com a família.

3.4 Vivenciando sentimentos e emoções na atenção à criança

-nenhuma parada é igual à outra, o processo é o mesmo, o protocolo é o mesmo, mas a pessoa é diferente(...) perder uma criança é muito ruim. (E4)



Figura 5 – Assistência a criança
(Corbis, 2002).

- Lidando com sentimentos e emoções

As enfermeiras que trabalham no serviço de pediatria têm um vínculo afetivo contínuo com as crianças, manifestado pelos sentimentos que permeiam as relações com esses pacientes e suas famílias. No serviço de emergência essa relação é rápida pela natureza do encontro entre o paciente crítico e a enfermagem, mas é aprofundada e expressada por meio dos sentimentos que afloram na situação de emergência.

Segundo Wong (1999a), as enfermeiras precisam separar-se das crianças e de seus familiares suficientemente para distinguir seus próprios sentimentos e necessidades. Sobre este aspecto Valle (1997) assinala que os profissionais da equipe para não se envolverem em situações emocionais difíceis, se impermeabilizam emocionalmente, mostrando insensibilidade aos seus pacientes; dão cuidados impessoais aos pacientes e suas famílias, centrando-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem um afastamento psicológico de algo que pode levá-los a se depararem com sua própria fragilidade.

Pelo relato das enfermeiras, superar seus próprios sentimentos e necessidades fica difícil:

-emocionalmente é péssimo, na hora de atendimento a gente não acaba analisando a situação em si, (...) a gente faz tudo, e o sofrimento não vem na hora. (E1)

-tem gente que fala que temos que ser frias, muitas vezes não temos que ter dó, (...) sou uma pessoa muito mais emotiva do que deveria ser, acho que deveria ser mais fria, é essa a palavra, mas eu não consigo, acho que é minha personalidade. (E3)

É preciso, na opinião de Sanchez et al. (2001), procurar estratégias que facilitem uma boa estrutura emocional dos membros da equipe, diminuindo as tensões e os problemas e favorecendo uma aceitável relação pessoal entre seus membros e os pacientes.

-na hora eu procuro pensar no que estou fazendo, não estou vendo a emoção, a emoção vem depois, (...) depois que a criança pára mesmo você relaxa e vai saber porque ela parou, o que foi que aconteceu. (E2)

-você está trabalhando bem com a equipe e isso é o mais importante; se tivesse desesperada porque a criança está morrendo, ninguém vai conseguir fazer nada, pelo contrário a gente tem que ser bastante calma para passar isso à criança. (E3)

-é triste para qualquer de nós, acho para quem está dando atendimento sem saber que não está conseguindo reverter a situação,(...) (E8)

-eu sei que o certo seria eu me desligar daqui quando eu vou para minha casa, só que isso não acontece, (...) (E3)

A enfermeira expressa seu despreparo emocional diante de situações difíceis, como aquelas relacionadas ao sofrimento, à dor ou à morte, ao relacionamento interpessoal e tais situações podem levá-la a defrontar-se com sua vulnerabilidade, sua insegurança e seus limites (Valle, 1997). Nesse sentido os depoimentos das enfermeiras revelam:

-você sabe o que tem que fazer e o que vai fazer, você vai em frente, mas se a criança melhora, estabiliza, você se sente um pouco mais aliviada, mais é duro quando você percebe que a criança não está voltando, (...) (E8)

-fico feliz, realmente, agora a gente tem todo material adequado (...), você reverte uma parada porque a criança precisa de equipamento especial, (...) (E6)

-quando atendo uma urgência, isso acaba me afetando em outras áreas mesmo da vida, você sai daqui arrasada, não adianta, (...) (E1)

Valle (1997) assinala ainda que a abertura para as experiências emocionais ganha relevo quando há uma preocupação pessoal da enfermeira em compreender as condições com as quais se depara, sendo elas positivas ou negativas como aquelas que podem ocorrer no atendimento da criança na sala de emergência. As enfermeiras manifestam:

-muitas crianças saem da parada, muitas saem e a gente fica até bem; eu vou ver a criança no outro dia, porque é bom, que coisa boa você vê, (...) (E2)

-eu levo muita coisa daqui comigo, não só coisa ruim, muita coisa boa também, (...) a criança que melhora, que vai embora, que a mãe agradece. (E3)

- acho que não tem dinheiro no mundo que pague a hora que a criança melhora, sai andando, te abraça, te beija; acho que não tem dinheiro no mundo que pague isso. (E7)

Elas também experimentam sentimentos e emoções positivas, as quais são gratificantes pelo cuidado prestado.

Granitoff et al. (1994), referindo-se aos hospitais-escolas dizem que freqüentemente o excesso de pessoal na sala de emergência compromete a dinâmica do atendimento, assim como também a realização de tarefas pela equipe de trabalho. Aliados a esses fatores, a falta de uma coordenação dessas atividades e de treinamento específico, a inadequação da área física e as falhas do suprimento e materiais apropriados são alguns exemplos que levam a um atendimento moroso, tumultuado e estressante, que pode determinar o insucesso do tratamento.

Sobre esse aspecto as enfermeiras relatam que, sendo a instituição um hospital universitário com a presença de estudantes das diferentes áreas, várias pessoas entram em cena no atendimento de situações críticas, dificultando a assistência à criança. Elas consideram que o trabalho com a equipe médica torna-se às vezes difícil, pois essa equipe é composta, em sua maioria, por residentes que estão em treinamento na unidade, sendo que a cada dois meses uma nova equipe inicia suas atividades nesse serviço. Assim, para as enfermeiras:

-a gente está em um hospital-escola, numa situação de PCR. Estamos com os materiais preparados e o residente faz o primeiro atendimento, (...) ele não consegue entubar a criança, tenta de novo e não consegue, (...) vai uma cânula, uma segunda cânula, uma terceira cânula, (...) o R2 tenta primeiro, e também não consegue, (...) a situação vai se tornando tensa e mais estressante. (E5)

-é um hospital-escola, agilidade os residentes novos não têm, a característica do hospital te deixa mais apreensiva, mais ansiosa. (E3) (E5)

-eles são sempre novos, o R2 geralmente não consegue entubar a criança, ele só vai entubar na presença do R3 ou do médico do CTI (...), é difícil porque aqui é um hospital-escola (...), isto é um pouco pelo desespero deles pela insegurança. (E2)

-se eu tenho uma pessoa insegura, um médico estressado, eu estresso e perdo a calma. (E3)

Na opinião de Montero et al. (2000c), a supervisão de residentes nos serviços de emergência provoca mudanças importantes na assistência aos pacientes, pois a maioria deles é residente do primeiro e do segundo ano de formação, recaindo sobre esse grupo inexperiente o trabalho assistencial, principalmente nos plantões da tarde

e no noturno; assim também a capacidade de decisão depende do ano de residência em que se encontram, havendo necessidade de uma tutorização mais uniforme desses médicos residentes.

Pla et al. (1999) assinalam que o estresse é a resposta manifestada no indivíduo para poder enfrentar as exigências físicas e psicológicas que vêm do exterior. Essa resposta depende de uma combinação de elementos diferentes como as exigências próprias dos indivíduos e do próprio ambiente. Dentre os fatores de risco para estresse podem ser identificados o ruído, a iluminação inadequada, os horários e ritmo de trabalho, as relações interpessoais com supervisores, colegas ou usuários. Tais fatores de estresse podem ser manifestados pela cefaléia, dificuldade de concentração ou perda de memória. O ambiente hospitalar e as unidades de emergência, pelas suas características, expõem os enfermeiros e a equipe de trabalho a situações de estresse diante da admissão de um paciente em PCR. A seguir, elas relatam:

-eu fico estressada quando estou sozinha, eu chego no plantão estou trabalhando, resolvendo alguns problemas e de repente chega uma parada, (...) (E2)
-a PCR é estressante, porque não tem uma equipe fixa (...) as pessoas da equipe que são fixas têm que cuidar de tudo, quando na verdade não são elas que fazem, não é o médico contratado que vai entubar a criança, ele vai ensinar ao residente. (E4)

A respeito do clima organizacional na unidade de emergência, no estudo realizado por Moreira & Álvarez (2002), dentre os profissionais que trabalham no serviço de emergência em um hospital da Espanha, foi evidenciado que os enfermeiros e a equipe de enfermagem são emocionalmente mais estáveis, predominando nesse grupo o otimismo, sociabilidade, o gosto pelo trabalho e a facilidade para as relações sociais. Já no grupo de médicos e residentes, os acontecimentos da unidade eram causas de estresse, assim como a pouca autonomia profissional e a sobrecarga de trabalho. Na concepção das enfermeiras, o estresse está relacionado, na maioria das vezes, aos fatores humanos mais do que à própria criança. As entrevistadas relatam:

-eu fico tranqüila, faço o que for preciso quando trabalho com médico tranqüilo, pois ele te passa tranqüilidade. (E2)

-o estresse existe mais pelo fator humano que pelo paciente, se você tiver uma equipe centrada e não estressada, você atende mais rápido e eficiente, (...) (E4)

Pela descrição das enfermeiras, são várias as situações que determinam estresse na sala de emergência: o desequilíbrio dos membros da equipe, o despreparo e a insegurança, a rotatividade da equipe, as condições de reanimação e a morte da criança.

Valle (1997), trabalhando com crianças em fase terminal, manifesta que a instituição pode encarregar-se da formação permanente de suas equipes, propiciando-lhes cursos sobre temáticas de interesses como: relacionamento interpessoal, ansiedade, morte, dentre outros, o que permite à enfermeira tomar consciência de sua prática real e confrontá-la com a ideal, conhecer e lidar melhor com suas possibilidades e suas limitações, perceber seu lugar no hospital e na trajetória do agravo da criança, resgatar o sentido de sua escolha e de sua atuação profissional.

Descrevemos até aqui algumas situações relatadas pelas enfermeiras em suas vivências no atendimento de emergência, sobretudo na PCR. Os sentimentos são manifestados por meio de emoções como o sofrimento, a dor, a angústia, o estresse, a satisfação profissional, a gratificação pelo cuidado, que muitas vezes podem ser superados pela calma, a paciência, a empatia que procuram transmitir à criança, a sua família e à equipe.

- Lidando com a morte na assistência à criança em PCR

De toda a assistência desenvolvida pela enfermeira, há situações que lamentavelmente esta tem que enfrentar, como é a perda da criança, pois como afirmam Garijo et al. (2002), a equipe de saúde aprende a tratar a doença, mas nenhuma preparação lhe é dada para enfrentar a morte.

Wong (1999c) expressa que a morte de um paciente é um dos aspectos de mais tensão da enfermagem em cuidados críticos. As enfermeiras apresentam reações à morte de um paciente muito semelhantes às respostas dos membros da família, incluindo negação, raiva, depressão, culpa e sentimentos ambivalentes como a fuga, a frieza, o insucesso e a impotência. Cassorla (1998) relata que médicos e enfermeiros manifestam impotência e frustração perante a imprevisibilidade da

trajetória de morte, é como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade de sua existência, recordando-se de sua própria terminalidade e a possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes. Nessas situações, o pessoal de enfermagem se sente incapaz diante da diversidade de sentimentos que apresentam, sendo difícil em determinados momentos superá-los para poder ajudar à equipe e à família. Assim as enfermeiras se expressam:

-eu me acho uma boa profissional, mas encarar a morte (...) eu vou saber lidar com a família de uma forma diferente, independente de ser parente meu ou não, é um ser humano, eu acho que me falta desenvolver isso. (E5)

-acho que todo mundo reflete sobre isso, uns demonstram mais, outros menos, mas é impossível passar em branco, numa situação assim. (E8)

- eu acho que falta isso em todo profissional, falam que a pessoa é fria, não sei se é fria, acho que é fuga, todo mundo foge, com a morte é difícil, (...) profissionalmente eu me sinto sem sucesso, (...) (E5)

-eu não tenho muita estrutura, quando uma criança vai a óbito eu sofro mais, a gente acaba ficando um pouco deprimida, chocada (...) a hora em que acabei de conversar com os pais eu saí de perto para chorar, porque não consegui aceitar a situação, (...) (E1)

- ficamos tristes porque queremos ter sucesso, (...) (E2)

Quando se refere às estratégias para enfrentar a morte, Cassorla (1998) propõe na formação do pessoal da área da saúde um curso que inicie num preparo para este atendimento por meio de discussões em pequenos grupos, relato de experiência aos colegas, discussões de filmes relacionados com o tema, de tal forma que possam ser mecanismos facilitadores para desvendar os sentimentos que estão envolvidos. Outras estratégias são referidas por Wong (1999c) e que podem ajudar a enfermeira a manter a capacidade de trabalhar de forma eficaz nesses ambientes, esta estratégia inclui a manutenção de boa saúde geral, desenvolvimento de interesses amplos, usando técnicas de distanciamento, como passar algum tempo fora, quando necessário, desenvolver e usar sistemas de apoio profissionais e pessoais, cultivar a capacidade de empatia, concentrar-se nos aspectos positivos do papel profissional e apoiar intervenções de enfermagem em uma teoria sólida e observações empíricas. Assim as enfermeiras relatam:

-o coração fica triste, mas é o que acontece nem sempre dá tudo certo, (...) (E3)

-nenhuma parada é igual à outra, o processo é o mesmo, o protocolo é o mesmo, mas a pessoa é diferente(...) perder uma criança é muito ruim. (E4)

Embora seja difícil para as enfermeiras vivenciarem o conflito dos sentimentos pela perda da criança, algumas estratégias podem ser utilizadas para minimizar este sofrimento conforme assinalam os autores referidos acima. O grupo entrevistado manifesta:

-você não conhece a pessoa, você nunca viu, mas é um ser humano, então você sente um aperto, não sei falar a respeito, eu respeito a vida humana. (E5)

-uma sensação de você querer voltar o tempo para que aquela criança tivesse sobrevivido, (...) (E6)

-eu me senti um ser humano mais impotente, mais incompetente do mundo sabe fiquei leve umas duas horas, sabe, para me recuperar, (...) (E7)

-eu sou muita emotiva, acho que não aceito bem a morte, quando uma criança chega a morrer com a gente eu acho muito triste, fico pensando muito na mãe, (...) (E8)

Para Garijo et al. (2002), a enfermeira deve concentrar-se em experiências positivas e satisfatórias, associadas à assistência prestada a outras crianças que recuperaram a saúde; a ajuda prestada à criança e à família depois da morte ameniza os sentimentos de fracasso e impotência e compartilhar com os colegas o estado de ânimo e expressar os sentimentos relativos à morte de crianças ajudam a restabelecer o equilíbrio emocional.

O grupo de enfermeiras revelou os sentimentos pela perda das crianças, de início com a negação:

-no momento que se detecta o óbito da criança, acontece algumas vezes de não aceitar, é difícil você aceitar, (...) (E1)

-é muito desgastante, eu não acredito, claro que já foi, mas no íntimo a gente até espera um pouco, não sei se é ignorância, ou inocência, (...) (E3)

Sobre a atitude perante a morte, Garijo et al. (2002) assinalam que a equipe de saúde mostra uma série de comportamentos, sendo que a enfermeira tem que enfrentar seus próprios sentimentos com relação à morte, o que vai ajudá-la a conviver com a situação, desse modo poderá por sua vez ajudar aos demais:

-eu choro depois, desabafo com alguém, eu sento, eu converso, (...) (E8)

-tenho que ser profissional, foi feito o que tinha que ser feito, mas a gente fica com um sentimento, você lembra a toda hora, fica chateada, seu dia não é mais o mesmo. (E7)

Nesse último tema, pudemos perceber como a enfermeira se vê envolvida com uma série de sentimentos frente à morte da criança. Permitiu-nos refletir sobre os sentimentos de negação, frustração e impotência frente à morte, que se manifestam por meio de mecanismos de defesa como o choro, a conversa e o isolamento. Para superar tais situações, como assinalam os autores, é necessária uma ajuda mútua entre os profissionais, a troca de idéias e palavras de conforto que permitam continuar o trabalho na sala de emergência.



4. CONSIDERAÇÕES

FINAIS



Na prática diária em pediatria não há como deixar de realizar os diversos procedimentos do cuidar, como também, não há possibilidade de desinventar a doença e nem se detém o poder sobre a vida e a morte, pode-se sim, pelo exposto, estar com as crianças durante suas viagens pela vida (Pereira, 1999)



Figura 6 – Cuidando da criança (Corbis, 2002).

A realização desta pesquisa permitiu considerar que o estudo das vivências das enfermeiras na assistência à criança em situação de emergência–parada cardiorrespiratória, em decorrência de sua complexidade e do recorte desta dissertação, não se esgota nesta análise que teve como cenário a unidade de atendimento pediátrico de um hospital-escola. É necessário aprofundamento, a partir de outros temas e em outras instituições.

Os resultados encontrados, a partir da análise dos depoimentos das oito enfermeiras da Unidade de Atendimento Pediátrico da Unidade de Emergência HCFMRP-USP, apresentam experiências vivenciadas pelos sujeitos na assistência à criança em situações de emergência, focalizando a parada cardiorrespiratória. Esta análise se tornou possível após uma ampla revisão bibliográfica sobre assistência de enfermagem à criança, nos serviços de emergência. Os temas identificados construíram os pilares desta investigação: o perfil sociodemográfico e profissional das enfermeiras; a enfermeira como mediadora do atendimento à criança em PCR na sala de emergência, destacando o planejamento da assistência, a admissão e avaliação da criança, a atuação na assistência à criança durante a PCR e a capacitação para o atendimento na sala de emergência; atendendo à família da criança em PCR e vivenciando sentimentos e emoções na atenção à criança.

Segundo Navalpotro & Navalpotro (2001), por meio da abordagem qualitativa, é possível destacar a partir dos dados analisados uma realidade dinâmica e integradora das ações da enfermagem, como podemos identificar no contexto do atendimento de emergência à criança.

Tendo em vista as temáticas desenvolvidas neste estudo, não cabem aqui generalizações, mas sim como as enfermeiras vivenciam o ambiente de trabalho

assistencial centrado em procedimentos técnicos e tecnológicos, onde a habilidade, o tempo, a tomada de decisões e o trabalho de equipe são fundamentais para alcançar um objetivo comum, o de recuperar ou salvar a vida de uma criança numa situação de emergência.

Neste ambiente a enfermeira torna-se um elemento mediador com a equipe, por meio de sua experiência, capacitação e liderança, exercendo funções de planejamento da unidade, de admissão e avaliação da criança na assistência em PCR.

A vivência das enfermeiras, na sala de emergência da unidade de Atendimento Pediátrico, nos permite conhecer o envolvimento emocional do pessoal de enfermagem na atenção à criança em PCR, segundo suas próprias vivências e seus próprios estados afetivos.

Um dos aspectos fundamentais trazidos pelas enfermeiras em seus depoimentos foi a necessidade de capacitação específica do pessoal da área da saúde por meio de treinamento e outros cursos de reciclagem, como o Suporte Avançado de Vida em Pediatria. A literatura assinala a necessidade da revisão dos conteúdos de aprendizagem dos cursos da graduação, permitindo o preparo do futuro profissional nessa área para uma capacitação básica em emergências pediátricas.

A RCP Básica e Avançada constitui o eixo fundamental na capacitação de profissionais de saúde que trabalham nas emergências pediátricas, sendo responsabilidade da instituição e do profissional a educação continuada, em especial cursos e treinamento nessa área.

A literatura demonstra que as emergências se caracterizam por uma série de fatores que são identificáveis, muitos deles passíveis de prevenção, principalmente por causas externas, como acidentes e violências, sendo necessária a promoção da saúde infantil e a prevenção de doenças e acidentes que são elementos importantes para minimizar os riscos da saúde da criança.

Algumas ações e medidas que devam favorecer o desenvolvimento dos serviços de atendimento de emergência foram identificadas em nosso estudo como:

- o reconhecimento de órgãos políticos, sociais e de ensino de enfermagem, para a promoção de medidas voltadas à saúde infantil, à prevenção de doenças e acidentes, e, conseqüentemente, melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade infantil. Dentro das políticas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, a Central Única de

Regulação Médica cumpre papel importante e determinante na rede de atenção às urgências e emergências.

- o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e a equipe de enfermagem permeado por sentimentos e emoções que se traduzem em momentos conflituosos, de sofrimento, estresse, dor, aflição, assim também de conforto, prazer, de satisfação e gratificação pelo trabalho desenvolvido na sala de emergência.
- a função integradora do enfermeiro, na sala de emergência, é demonstrada pelo planejamento de recursos humanos e materiais, coordenação e liderança da equipe e a assistência à criança e à família em situações emergenciais.
- a experiência e a capacitação do enfermeiro, na sala de emergência, possibilitam a integração das ações de atendimento emergencial, diminuindo o estresse e melhorando a dinâmica dos serviços;
- o investimento da instituição e dos enfermeiros em programas de educação continuada, objetivando o trabalho de equipe, a organização de serviços, o planejamento assistencial e a saúde física e mental da equipe de enfermagem, com ênfase no relacionamento interpessoal entre equipe e família e nas relações de trabalho com prioridade para um plano de educação continuada em enfermagem na área de emergência;
- o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema de enfermagem de urgência e emergência, priorizando o diálogo entre a assistência e o desenvolvimento tecnológico e profissional nessa área de atuação;

O estudo realizado deve ser considerado uma aproximação com o tema, assistência de enfermagem à criança em emergência, compreendendo melhor a vivência dos enfermeiros nesses ambientes, assistindo a crianças e famílias nas situações críticas e de riscos e dessa forma contribuindo com a assistência de enfermagem nessa área.