

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**MARIA BURATTO SOUTO**

**TREINAMENTO INSTITUCIONAL  
EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA  
PERCEPÇÕES DO CUIDADOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

**PORTO ALEGRE**

**2003**

**MARIA BURATTO SOUTO**

**TREINAMENTO INSTITUCIONAL  
EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA  
PERCEPÇÕES DO CUIDADOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem  
Orientadora: Doutora Nair Regina Ritter Ribeiro

**Porto Alegre**

**2003**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO DA  
PUBLICAÇÃO – CIP**

S 727t Souto, Maria Buratto

Treinamento institucional em reanimação cardiorrespiratória – percepções do cuidador da criança hospitalizada/Maria Buratto Souto; Orientadora Nair Regina Ritter Ribeiro. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

136f.

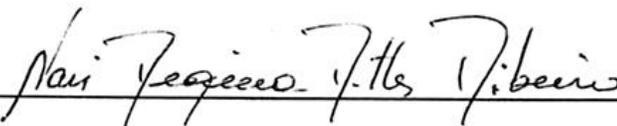
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem.

1. Reanimação cardiorrespiratória em crianças. - 2. Treinamento. - 3. Educação continuada. - 4. Enfermagem pediátrica. I. Nair Regina Ritter Ribeiro. - II. Título.

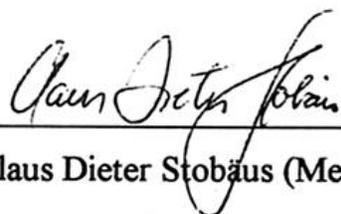
CDU 614.253,5

**Bibliotecária Lúcia V. Machado Nunes  
CRB10/193**

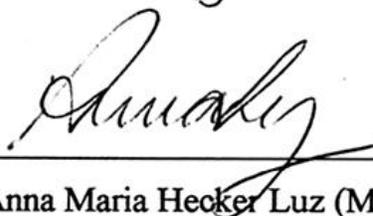
**BANCA EXAMINADORA**



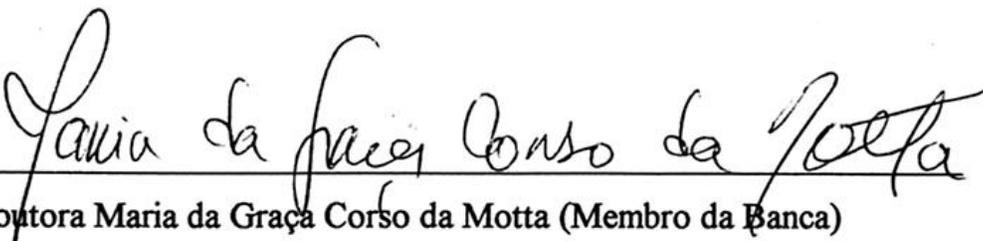
Doutora Nair Regina Ritter Ribeiro (Orientadora/ Presidente da Banca)



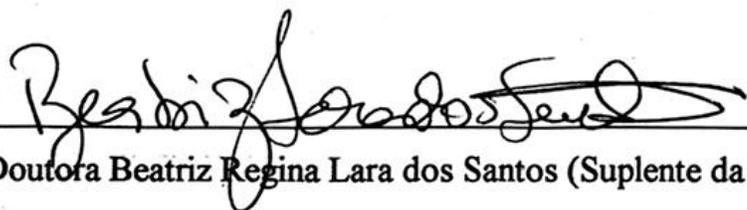
Doutor Claus Dieter Stobäus (Membro da Banca)



Doutora Anna Maria Hecker Luz (Membro da Banca)



Doutora Maria da Graça Corso da Motta (Membro da Banca)



Doutora Beatriz Regina Lara dos Santos (Suplente da Banca)

Porto Alegre, dezembro 2002

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, por terem me concebido, cuidado e ensinado valores tão nobres para viver e crescer com saúde.

Aos meus irmãos, por terem me mostrado o espírito guerreiro tão necessário nos dias de hoje.

Aos meus sobrinhos pelo carinho que me têm.

Ao Regis, por entender como eu sou e me proporcionar coisas boas, por ser um pai tão cuidadoso e atencioso com os nossos filhos.

À Caroline e ao André, meus filhos, por me motivarem a buscar continuamente o aprimoramento, oferecendo o melhor de mim para suas vidas.

À Professora Maria José Aragão pelo amparo oferecido no momento de fragilidade na minha infância, contribuindo para a minha formação desde tenra idade.

Aos colegas enfermeiros e médicos, integrantes do GRUPO DE ESTUDOS, origem deste trabalho, por acreditarem e acompanharem esta caminhada em benefício da população pediátrica.

A minha orientadora por aceitar o desafio de renunciar a muitos momentos com seus familiares para me ensinar.

À Professora Clair Zamo que, ao me encontrar no corredor do hospital, indicou-me o caminho do Mestrado.

À Doutora Olga Rosaria Eidt a minha gratidão pelos tantos ensinamentos que deram início ao meu aperfeiçoamento.

Aos professores Doutores, membros da Banca Examinadora, que aceitaram avaliar o meu trabalho e contribuir com o meu aperfeiçoamento.

À Coordenação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora Maria Alice Dias da Silva Lima pelo acolhimento e presença sempre que necessitei de esclarecimentos.

Aos professores do Curso de Mestrado, aos meus colegas que, em clima fraterno e amável, convivemos de forma agradável em sala de aula, para a construção do nosso ideal e para explorar as nossas inquietações do cotidiano do cuidado.

À professora Helena Becker Issi, Enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo seu jeito singular de entender e de cuidar das pessoas que cuidam de crianças, promovendo a valorização, a responsabilidade e a motivação para sermos pessoas e profissionais cada vez mais aperfeiçoados.

À professora Lurdes Busin, Enfermeira Assessora do Serviço de Enfermagem Pediátrica, pela atenção e amabilidade com que tem admirado o nosso fazer pediátrico, e por nos encorajar a seguir, sempre, com fortaleza interior.

Às colegas da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e da Unidade de Internação Pediátrica, ala sul, pela compreensão e aceitação em trocar plantões, para que eu pudesse estudar de forma inteira, durante o curso.

À Enfermeira e colega Elisabete Clemente de Lima pelo companheirismo durante o curso e pelo incentivo contínuo.

Ao Dr. Paulo Roberto Antonacci Carvalho por estar sempre atento a um fazer melhor na área da criança e nos estimular ao aperfeiçoamento, valorizar e contribuir para um cuidado diferenciado à criança que nos é confiada.

A todas as pessoas que acreditaram em mim, me acolheram e participaram para que eu me tornasse melhor.



Fonte: [www.terra.com.br](http://www.terra.com.br) - Figura do Provedor Terra, 03. Copiado em julho de 2000.

**As crianças, por mais doentes que estejam, têm sentimentos mais autênticos do que os adultos. São também, mais honestas em relação a si mesmas, isso à medida que o seu cérebro não esteja totalmente destruído. Por vezes, mesmo assim, pois querem entender o que houve com elas (SIMMEL, 1976, p. 231).**

## RESUMO

O treinamento institucional em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria está inserido no Programa de Educação Continuada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Objetiva manter a equipe de enfermagem capacitada para o atendimento de urgências em pediatria, e se desenvolve mensalmente há aproximadamente cinco anos. Referenciais teóricos da Educação, Educação Continuada, Cuidado Humano e Reanimação Cardiorrespiratória fundamentam este estudo. A pesquisa tem por objetivo identificar a percepção da equipe de enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros sobre o treinamento. É um estudo de avaliação, com abordagem qualitativa, e os resultados emergentes da análise das informações de onze participantes, entrevistados de maio a julho de 2002, perfazem quatro categorias: 1 - Percepções sobre o treinamento, em que os participantes enfatizam os benefícios do saber atualizado para o bom atendimento à criança hospitalizada; 2 - Sentimentos em relação ao treinamento, desde insegurança, - antes do treinamento, - constrangimento, durante, e - segurança, preparo técnico e tranquilidade na previsão e atuação em urgências pediátricas, - após o treinamento; 3 - Resultados do treinamento, quando os participantes dizem o quanto puderam absorver sobre a importância da atuação qualificada das equipes de enfermagem e médica para a prevenção da parada cardiorrespiratória na criança hospitalizada; 4 - Sugestões para próximos treinamentos, entre as quais a periodicidade do treinamento e sua abrangência à equipe médica, visando a uniformidade da linguagem no atendimento da urgência. A presente pesquisa está respaldada nas diretrizes éticas que conduzem a pesquisa em saúde. A importância do estudo reside no desvendamento do quanto o treinamento é significativo no contexto do cuidado cotidiano à criança hospitalizada, na atuação qualificada da equipe de saúde desde a fase de identificação das alterações da criança e na educação continuada em enfermagem. A pesquisa não esgota o assunto, ao contrário motiva para novos estudos e aperfeiçoamentos.

Palavras-chave: Reanimação cardiorrespiratória em crianças; treinamento; educação continuada; enfermagem pediátrica.

## ABSTRACT

The institutional training in Cardiorespiratory Reanimation in Pediatrics is inserted in the Continuous Education Program of the *Hospital de Clínicas* of Porto Alegre, Brazil. It aims at keeping the nursing team capable of performing urgency attendance in pediatrics and it has been held monthly for approximately five years. Theoretical references to Education, Continuous Education, Human Care and Cardiorespiratory Reanimation have grounded this study. The research objective is identifying the perception of the nursing team, assistants, technicians and nurses regarding the training program. It is about an assessment study with qualitative approach and the emerging results from the analysis of the information provided by the eleven participants interviewed from May to July 2002 comprise four categories: 1- Perceptions about the training where the participants emphasize the benefits from the updated knowledge for the good attendance of the hospitalized child; 2 – Feelings regarding the training, from uncertainty – before the training – embarrassment, during, and – assurance, technical preparation and tranquility in the forecast and performance in pediatrics urgencies, - after the training; 3 – Results of the training, when the participants tell how much they were able to learn regarding the importance of the qualified performance of the nursing and medical teams for the prevention of cardiorespiratory arrest in the hospitalized child; 4 – Suggestions for the next training sessions, among which the periodicity of the training and its range to the medical staff, aiming at the uniformity of the language in the urgency attendance. The current survey is supported by the ethical guidelines that orient the research in the health realm. The importance of the study lies in disclosing how much training is significant in the context of the daily care given to the hospitalized child, in the qualified performance of the health team from the phase of identification of the changes in the child as well as in the continuous nursing education. The survey does not exhaust the subject. On the contrary, it is reason for new studies and improvements.

Key words: Cardiorespiratory reanimation in children; training; continuous education; pediatrics nursing.

## RESUMEN

El entrenamiento institucional en Reanimación Cardiorrespiratoria en Pediatría está inserto en el Programa de Educación Continuada del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil. Su objetivo es mantener el equipo de enfermería capacitado para la atención de urgencia en pediatría. Él se desarrolla mensualmente hace aproximadamente cinco años. Referenciales teóricos de la Educación, Educación Continuada, Atención Humana y Reanimación Cardiorrespiratoria fundamentan este estudio. La investigación tiene por objetivo identificar la percepción del equipo de enfermería, asistentes, técnicos y enfermeros sobre el entrenamiento. Tratase de un estudio de evaluación, con abordaje cualitativo, y los resultados emergentes del análisis de las informaciones de once participantes, entrevistados desde mayo hasta julio de 2002, abarcan cuatro categorías: 1- Percepciones sobre el entrenamiento en que los participantes enfatizan los beneficios del saber actualizado para la buena atención al niño hospitalizado; 2 – Sentimientos en conexión con el entrenamiento, desde inseguridad, - antes del entrenamiento – desconcierto, durante, y – seguridad, preparo técnico y tranquilidad en la previsión y actuación en urgencias pediátricas, - tras el entrenamiento; 3 – Resultados del entrenamiento, cuando los participantes dicen lo cuanto pudieron absorber sobre la importancia de la actuación cualificada de los equipos de enfermería y médica para la prevención de la parada cardiorrespiratoria en el niño hospitalizado; 4 – Sugerencias para los próximos entrenamientos, entre las cuales la periodicidad del entrenamiento y su alcance al equipo médico, visando la uniformidad del lenguaje en la atención de urgencia. La presente investigación está respaldada en las orientaciones éticas que conducen la investigación en la esfera de la salud. La importancia del estudio reside en la revelación de cuanto el entrenamiento es significativo en el contexto de la atención diaria al niño hospitalizado, en la actuación cualificada del equipo de salud desde la etapa de identificación de los cambios del niño y en la educación continuada en enfermería. La investigación no agota el tema, al contrario, él motiva para nuevos estudios y perfeccionamientos.

Palabras llaves: Reanimación cardiorrespiratoria en niños; entrenamiento; educación continuada; enfermería pediátrica.

## SUMÁRIO

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| LISTA DE SIGLAS.....   | 14                                   |
| 1 MINHA VIDA E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL .....                       | 15                                   |
| 2 CAMINHADA RUMO AO TEMA .....                                     | 21                                   |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA .....                                      | 29                                   |
| 3.1 EDUCAÇÃO .....   | 29                                   |
| 3.2 EDUCAÇÃO CONTINUADA.....                                       | 31                                   |
| 3.3 CUIDADO HUMANO .....   | 36                                   |
| 3.4 A HISTÓRIA DA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA.....              | 37                                   |
| 3.5 CUIDADO À CRIANÇA SOB RISCO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA..... | 39                                   |
| 3.6 CUIDADO À CRIANÇA TRAUMATIZADA .....                           | 41                                   |
| 4 CAMINHADA METODOLÓGICA.....                                      | 50                                   |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO .....   | 50                                   |
| 4.2 CONTEXTO DA PESQUISA .....                                     | 51                                   |
| 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....                                  | 53                                   |
| 4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES .....                                   | 54                                   |
| 4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....                                   | 55                                   |
| 5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....                                       | 57                                   |
| 6 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO ....                    | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| 7 PERCEPÇÕES DO CUIDADOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA SOBRE .....      | 71                                   |
| O TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA.....               | 71                                   |
| 7.1 PERCEPÇÕES SOBRE O TREINAMENTO .....                           | 72                                   |
| 7.2 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO TREINAMENTO .....                    | 83                                   |
| 7.3 RESULTADOS DO TREINAMENTO .....                                | 97                                   |
| 7.4 SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES PARA PRÓXIMOS TREINAMENTOS .....   | 112                                  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 121                                  |
| REFERÊNCIAS.....   | 126                                  |

## APÊNDICES

|  |     |
|--|-----|
| APÊNDICE A - Entrevista semi-estruturada para a coleta das informações com os participantes do estudo .....                      | 132 |
| APÊNDICE B - Consentimento Livre e Esclarecido .....   | 133 |
| APÊNDICE C – Solicitação à enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica da Instituição para a Realização do Estudo ..... | 134 |

## ANEXOS

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| ANEXO A - Check-list.....  | 136                                  |
| ANEXO B - Dificuldades manifestadas pelos diferentes setores de atendimento pediátrico | 137                                  |
| ANEXO C - Normas do atendimento móvel .....  | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| ANEXO D - Registros dos atendimentos externos à UTIP.....                              | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| ANEXO E - Questionário para avaliação de treinamento.....                              | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |
| ANEXO F - Parecer da Comissão Científica e Comissão de Ética em Saúde                  | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |

## **LISTA DE SIGLAS**

- AHA – American Heart Association
- EC – Educação Continuada
- GERPed – Grupo de Estudos em Reanimação Pediátrica
- PEC – Programa de Educação Continuada
- PCR – Parada Cardiorrespiratória
- SEPED – Serviço de Enfermagem Pediátrica
- UTTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## **1 MINHA VIDA E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL**

Escrever, por si só, já é algo que requer sapiência, inspiração, ambiente adequado e momento propício, escrever sobre a história de minha vida, além de tudo isso, requereu-me um coração aberto e batimentos precisos. E é assim que inicio este trabalho.

Nasci na década de 1950, filha de um casal de agricultores do interior do Rio Grande do Sul, na cidade de Veranópolis. Venho de uma família composta por oito filhos (quatro meninos e quatro meninas).

Vivendo longe da cidade e do progresso, e crescendo junto aos meus pais e irmãos, lembro-me com exatidão que, aos oito anos de idade, conheci a Língua Portuguesa, pois até então era corrente o uso do italiano na região onde morávamos.

Naquela época, professor e aluno precisavam caminhar muito para freqüentar a escola, pois a centralização desses estabelecimentos era privilégio de algumas cidades. Eu, então, necessitava percorrer uma média de seis quilômetros por dia para estudar. Ora só, ora acompanhada, às vezes a oração era a única companheira neste percurso.

Algum tempo depois meu pai, fascinado por terras e reconhecendo as necessidades da família, decidiu mudar para um local mais próximo de recursos. Então a escola ficou mais próxima, mais fácil e estimulante.

Eu era a filha mulher mais nova e detinha alguns privilégios. Aos meus irmãos, mais crescidos, cabiam as mais diversas tarefas designadas pelo patriarca (homem de temperamento forte, às vezes amável, às vezes explosivo, contrastando com o temperamento de minha mãe, que, com seu jeito doce e sua voz sempre calma, era incapaz de causar ofensas ou dissabores).

Sempre fui aplicada na escola, apesar de, algumas vezes, devido às limitações financeiras de minha família, necessitar aguardar para obter o meu material completo para as aulas. Gostava de cumprir fielmente as tarefas dadas pela professora e comparecer, no dia seguinte, com a lição feita.

O clima em sala de aula era de entendimento fácil e agradável. A professora promovia um ambiente livre de tensão e de dispersão, o que facilitava a compreensão dos conteúdos, disponibilizando mais tempo para brincar.

O local era bem cuidado e limpo. O cultivo de várias espécies vegetais era priorizado e acompanhado com rigor por funcionários do Ministério da Agricultura sob a supervisão de engenheiros agrônomos contratados. Esta experiência está sempre presente em minha memória, pois foi um exemplo de respeito à natureza, além da qualidade de vida ali desfrutada.

Para passar do ensino primário para o ginásial, realizei o Exame de Admissão, patrocinado pela diretora da Estação Experimental Agrícola, entidade da Secretaria da Agricultura, área geográfica onde estava inserida a minha escola. Naquela época o ensino fundamental era dividido em Primário (da 1ª à 5ª série), ginásial (do 1º ao 4º ano) e científico ou clássico que equivaliam ao 2º grau atual. Para cursar os quatro anos do ginásio, o pré-requisito exigido era o Exame de Admissão.

Aprovada, no Exame de Admissão, passei a estudar em Veranópolis, pois a escola onde estudava oferecia ensino até a 5ª série.

Concluindo o curso ginasial, participei de um novo exame seletivo, desta vez na Escola Agrícola de Veranópolis, localizada ao lado da casa de meus pais. Fui aprovada e comecei a freqüentar o 2º grau. Foi inesquecível!

Nessa época, todos os desafios da adolescência permeavam minha vida. Muitas coisas foram acontecendo: a necessidade de decidir por uma carreira, dar-me conta da limitação financeira de minha família, embora o apoio emocional estivesse sempre presente; a escassez de saúde que minha mãe vivia. Enfim, a inexperiência limitaria o meu proceder

Chegou o final do 2º grau: é hora de Vestibular. Onde? Para que? Como? Questões conflituosas que deveria decidir.

Em Caxias do Sul, prestei exame vestibular para enfermagem e me hospedei na casa de meus irmãos mais velhos, os quais já residiam na cidade. Passei, e no primeiro ano de curso, já me interessei em trabalhar. Em busca de uma atividade remunerada, fui selecionada pelo Movimento Brasileiro de Alfabetização (MOBRAL) para trabalhar no turno da noite, em uma escola no bairro Aeroporto. Foi uma experiência marcante.

Na universidade, com a conclusão da cadeira de Fundamentos em Enfermagem surgiu a possibilidade de atuar na área hospitalar, quando estudei e trabalhei até minha formatura, que ocorreu em agosto de 1976.

No período de minha formação acadêmica, trabalhar tornou-se um ofício árduo que, certamente, roubou-me vitalidade para a atenção plena aos estudos. Por outro lado, promoveu

amadurecimento e crescimento pessoal. Trabalhar e estudar na área afim gera complementação de conhecimentos, no contexto técnico, humano e de inter-relacionamento, porque a vivência é uma experiência que jamais se esgota, acrescenta e aperfeiçoa, sempre.

Ao terminar o curso de graduação tive a sensação de que minha formação estava incompleta, o que determinou a busca de aperfeiçoamento. Por sorte ou pura casualidade, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) estava abrindo o primeiro curso de Especialização na área Materno-Infantil, que era do meu interesse.

Ao ser selecionada para o referido curso passei a residir e trabalhar na cidade de Porto Alegre, iniciando um novo período de minha vida. Paralelamente ao curso de especialização, assumi o cuidado direto em pediatria, inicialmente no Hospital Ernesto Dornelles, por um período de quatro anos.

Durante o período do desenvolvimento do trabalho profissional, muitas vezes a assistência e o ensino foram atividades paralelas, além da realização de cursos, pois sempre acreditei na necessidade do aperfeiçoamento contínuo, seja qual for a área a ser desenvolvida. Essa atitude de constante aprimorar modificou rumos, favoreceu meu crescimento e o reconhecimento profissional, motivando-me, cada vez mais, a criar parcerias tão necessárias para a humanidade e indispensável a todos os seres humanos.

Atualmente, sou enfermeira concursada e trabalho há 21 anos em um hospital universitário de atenção múltipla, passando por diversos setores de atendimento pediátrico (Emergência Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Sala de Recuperação Pós-anestésica). Atuando na área de formação profissional de nível médio, nível superior e ou na

área de Educação Continuada muitas inquietações e questionamentos levaram-me a procurar caminhos para solucioná-los.

Em 1996, ao tornar-me docente da Escola de Auxiliares e Técnicos em Enfermagem e, no mesmo ano, também membro do Programa de Educação Continuada (PEC) da Instituição, surgiu a oportunidade de trabalhar uma temática que há bastante tempo me despertava interesse, o atendimento em Reanimação Cardiorrespiratória, em Crianças.

Nas reuniões e debates do PEC a multiplicação dos saberes como tendência das empresas preocupadas com a qualidade e a uniformidade da filosofia de atenção ao cliente era muito discutida. Na época, havia um grupo de enfermeiros voltados para a multiplicação das ações do Serviço de Controle de Infecções, dentre outras áreas de atuação. A experiência de cuidar de crianças criticamente doentes, na área de Terapia Intensiva Pediátrica, levou-me a explorar o tema Reanimação Cardiorrespiratória em Crianças.

Partindo de um pressuposto sustentado pela bibliografia que afirma que a deterioração da função respiratória e circulatória na criança pode representar um tênue limite entre a vida e a morte, perguntava-me como poderia tornar efetivo este evento de cuidado, isto é, identificar os sinais de alterações respiratória e circulatória, providenciar pronta avaliação e intervenção, promovendo a prevenção do colapso, reduzindo seqüelas, sofrimento, tempo de hospitalização e custos. Assim, percebi que o caminho mais seguro seria o de preparar os profissionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, pessoas ligadas diretamente ao cuidado do paciente pediátrico, através de treinamento, com ênfase na atenção e identificação dos sinais de alterações respiratórias e circulatórias, conscientizando-os sobre a importância de comunicar imediatamente aos profissionais competentes as alterações observadas (à

enfermeira ou ao médico), a fim de garantir a avaliação e a intervenção necessárias àquela situação.

A fim de desenvolver as habilidades para cuidar do paciente pediátrico, considerando-se suas características fisiomorfológicas, o período de crescimento e de desenvolvimento, a necessidade natural de proteção contínua, de estímulo afetivo verbal e tátil, urge que a equipe de saúde esteja preparada e em constante aperfeiçoamento para atender a demanda de cuidado exigida nas mais variadas situações, associado a uma atuação interdisciplinar estreita, e extensiva à família.

Ao afastar-me do ambiente do Intensivismo Pediátrico para cumprir as atividades docentes, trabalhei esse tema. Em uma das reuniões do PEC surgiu o comentário de que instituições sólidas na área da saúde estariam trabalhando temáticas em forma de grupos de estudo. Essa forma de trabalho pareceu-me adequada para estudar a Reanimação Cardiorrespiratória na Criança e porque desejava realizar, com colegas da minha área, um trabalho de parceria no qual a grande beneficiada fosse a criança com potencial de risco e sua família. Iniciei, então, um grupo de estudos sobre esse tema no PEC.

## 2 CAMINHADA RUMO AO TEMA

Para explorar o tema Reanimação Cardiorrespiratória em Crianças fui buscar, através de grupo de estudos, informações sobre como ocorre a formação de um grupo de estudos. Encontrei em Klein, Beal, Bohlen e Raudabaugh os dados para iniciar minhas reflexões sobre o grupo. Beal, Bohlen e Raudabaugh (1972, p. 55)<sup>1</sup> afirmam que “formação de um grupo de estudos é um processo complexo pelo qual certo número de pessoas, com variados objetivos, valores, aptidões e inibições, transforma-se num grupo produtivo”. A formação e participação no grupo abrangem motivações, bloqueios e ajustamentos individuais. Há, no entanto, certos fatores básicos ao desenvolvimento de todos os grupos, e condições essenciais para o êxito de sua evolução: interesses comuns e prioridades.

Para Klein (1974, p.30),

ouvir os outros expressarem suas opiniões estimula nossas idéias; a função do grupo de discussão é combinar idéias num todo coerente, mas também o desejo de firmar um ponto de vista e chegar a uma conclusão coletiva. O homem não quer apenas se resolver; quer estar de acordo com os outros homens.

Klein (1974, p.9) salienta que “o trabalho de grupo exige três condições: compreensão da teoria, do conhecimento da sua aplicação e experiência de seu uso”.

---

<sup>1</sup> A formatação e as referências seguem as recomendações da ABNT conforme FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico**. Explicitação das Normas da ABNT. 11. ed. Porto Alegre: s.n., 2002.

Motivada, fui em busca de colegas adeptos do tema. A enfermeira-chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica e enfermeiras-chefe das unidades de internação pediátrica foram contatadas na intenção de solicitar que, em suas reuniões sistemáticas, convidassem uma enfermeira representante de cada unidade para fazer parte desse grupo. Também foram convidados um médico contratado e um médico intensivista do terceiro ano da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, representando a área médica.

Mediante a confirmação dos profissionais, o grupo foi formado por sete enfermeiros e dois médicos, representantes das seguintes unidades: Emergência Pediátrica, Unidade de Internação 3º Leste (oncologia pediátrica), Unidade de Internação 10º Sul, Unidade de Internação 10º N, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Programa de Educação Continuada (PEC) e Escola de Auxiliares e Técnicos em Enfermagem.

As reuniões desse grupo denominado Grupo de Estudos em Reanimação Pediátrica (GERPed), iniciaram em agosto de 1996. Confirmada a intenção de estudar e trabalhar o assunto, estabeleceu-se a sistemática de trabalho, a divisão de tarefas, a frequência às reuniões, o horário adequado e o tempo de duração.

Houve um consenso inicial para trabalhar a realidade interna do hospital, ou seja, as necessidades da instituição. Para tanto, fez-se um levantamento, através de um instrumento, baseado no cotidiano da prática profissional. Elaborou-se um roteiro, em forma de *check-list* (Anexo A), com as prováveis dificuldades enfrentadas pelas equipes médicas e de enfermagem no atendimento da criança em PCR. Foram questionadas todas as unidades pediátricas e serviços afins através do seu responsável, somando-se 18 setores (11 unidades de internação e 7 serviços): Unidade de Emergência, Unidade de Hemodinâmica, Unidade de Internação Pediátrica 3º Leste (Instituto do Câncer Infantil), Unidade de Internação 9º Sul,

Unidade de Internação 10° N, Unidade de Internação 10° S, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Internação 11° N, Unidade de Internação 11° S, Unidade de Transplante de Medula Óssea, Unidade de Hemodiálise, Sala de Recepção Pós-Anestésica, Centro de Cirurgia Ambulatorial, Serviço Ambulatorial Pediátrico, Serviço de Neurologia, Serviço de Quimioterapia, Serviço de Hemoterapia e Serviço de Radiologia.

O resultado do questionamento feito aos 18 setores determinou o prosseguimento das ações. Realizaram-se reuniões periódicas para estudar o planejamento de soluções para as dificuldades evidenciadas. As ações foram desmembradas de forma a envolver todos os integrantes do grupo de estudos, através da divisão de tarefas.

Aos profissionais da área médica coube revisar medicações utilizadas atualmente em reanimação infantil e atualizar o roteiro de reanimação ora vigente na Instituição, sempre norteado por bibliografia recente e conforme normas da *American Heart Association* (AHA 1998). Aos enfermeiros coube elaborar conteúdos específicos para serem abordados em um treinamento com a equipe de saúde das áreas de atenção pediátrica. Trabalhou-se com os tópicos teóricos mínimos, transcritos abaixo, julgados importantes para a composição de um possível treinamento: Anatomia e Fisiologia dos Sistemas Respiratório e Circulatório, conceitos relevantes, sinais premonitórios, sinais que exigem vigilância, sinais que requerem avaliação imediata, sinais que requerem avaliação imediata e potencial para intervenção, suporte básico de vida, suporte avançado de vida.

Ao término do preparo minucioso do material didático teórico, o GERPed tinha a pretensão de compor um material instrucional, impresso em forma de Manual, adaptado à realidade, com distribuição para todas as unidades e serviços de atendimento pediátrico. No Manual estariam estabelecidas as normas para atendimento a crianças com Parada Cardiorrespiratória (PCR) dentro da Instituição, em uma linguagem única, vindo ao encontro

das necessidades da equipe, a fim de padronizar as condutas e qualificar a assistência prestada, baseado na afirmativa de DiMauro (2000, p.60): “uma das melhores formas de informação e de fácil acesso são os materiais impressos”.

Assim, o lançamento do material instrucional concretizou-se com o auxílio de vários serviços e profissionais, com destaque para a coordenação do Grupo de Enfermagem, a Enfermeira-Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica, a Editoração Gráfica e o Serviço de Apoio Operacional.

Com esse material elaborado e oficializado, acompanhado da necessidade de treinar a comunidade interna, confirmada através do levantamento das dificuldades (Anexo B) e aliado à motivação e à confiança, os profissionais do GERPed, elaboraram um treinamento, com periodicidade mensal, junto ao PEC.

As ações do GERPed estão em ascensão, contemplando o aperfeiçoamento dos seus instrutores, comunidade interna e, atualmente, extensivo à comunidade externa, em forma de evento de atualização de conhecimentos.

Concorda-se com o economista e consultor para a área de Recursos Humanos, Sérgio Hillesheim, em recente participação no 8º Fórum de Enfermagem (2001), ao palestrar sobre o tema Vislumbrando as organizações do futuro, quando defendeu que “o conhecimento sofre desgaste; precisa ser renovado”.

Acompanhando as necessidades e a realidade interna da Instituição, através de reuniões interdisciplinares, foi criada uma Equipe Móvel de Atendimento em Suporte Avançado de Vida, constituída por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Esta equipe tinha o

objetivo de atender a criança ainda na fase de piora clínica e/ou em PCR, dando suporte à equipe externa da área de Intensiva Pediátrica, promovendo um intercâmbio inter e multidisciplinar.

Para dar início a este atendimento externo ao Intensiva Pediátrica foi necessária a aquisição de material diferenciado: o carro de reanimação, com capacidade para acondicionar todo o material indispensável para este tipo de atendimento; a determinação de uma equipe mínima voltada para esta atividade; elaboração de instrumentos que possibilitassem normatizar (Anexo C) e documentar as ações desenvolvidas tanto pela equipe móvel da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, quanto pela equipe do local de origem da criança (Anexo D) e treinamento institucional. O treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria era uma atividade desenvolvida por profissionais da área pediátrica da Instituição onde se realizou o estudo.

Marras (2001) defende que treinamento é um método de assimilação cultural de curto prazo, que visa reciclar conhecimentos, habilidades ou atitudes relacionadas diretamente à execução de tarefas e à sua otimização no cotidiano do trabalho.

O planejamento do conteúdo abordado no treinamento institucional em estudo segue os seguintes princípios: 1- Apresentação de conteúdos teóricos embasados nas mais recentes diretrizes norteadas pela American Heart Association; 2- Utilização de métodos de ensino que tornem o aprendizado do tema agradável e participativo; 3- Equipe multiprofissional (auxiliar, técnico, enfermeiro e médico) para o ensino das atividades práticas, tipo simulação.

Bastos (1994), ao referir-se ao fluxo de um treinamento, cita três fases: 1- a do planejamento e programação que possibilita revisar, repensar os objetivos e sua

operacionalização: para quem, como, onde, quando e como avaliar; 2- a de execução refere-se à implementação do que foi programado, é o treinamento em si; 3- a de avaliação, que se refere ao momento em que se detecta se os objetivos foram alcançados.

Acredita-se oportuno, além dos objetivos, nomear, em forma de tópicos, a síntese dos conteúdos abordados no treinamento e a dinâmica seqüencial. Assim, os objetivos são: atualização dos conhecimentos, uniformização das condutas, redução das seqüelas, dos sofrimentos, do tempo de hospitalização e dos custos.

A dinâmica seqüencial dos conteúdos é apresentada em quatro partes: preliminar, teórica, prática e avaliação.

• **Preliminar.** 1- Apresentação dos participantes: nome, local de lotação e tempo na instituição. 2- Atividade interativa (através da qual os participantes do treinamento tentam conceituar reanimação e parada cardiorrespiratória em pediatria, ou o instrutor cria nova estratégia para esta atividade interativa).

• **Teórica.** 1- Revisão da anatomia e fisiologia dos sistemas respiratório e circulatório. Nesse tópico, os participantes do treinamento assistiram a filmes com a descrição verbal e clara da anatomia e da fisiologia dos sistemas respiratório e circulatório, pois estes sistemas têm participação decisiva na parada cardiorrespiratória e, nesta ordem, deterioração da função respiratória seguida de falência circulatória. A revisão desses sistemas possibilita tanto a compreensão das alterações que a criança possa apresentar, quanto o entendimento das ações a serem desenvolvidas pela equipe no momento de uma urgência. 2- Causas, fatores predisponentes, situações que requerem vigilância, situações que requerem avaliação e intervenção imediata; Crianças, lactentes e RN desenvolvem falência cardiorrespiratória em condições diferente das do adulto. Neste tópico, são abordados aspectos relevantes

relacionados à epidemiologia da PCR, na infância. 3- Suporte Básico de Vida (SBV) - O suporte básico de vida na criança hospitalizada abrange todas as ações relacionadas à identificação das alterações da criança, à avaliação e à intervenção precoce, visando prevenir a falência cardiorrespiratória. Portanto, os participantes do treinamento são valorizados e incentivados a exercitar a observação, a comunicação verbal e escrita nos casos de alterações clínicas da criança hospitalizada. 4- Suporte Avançado de Vida (SAV) - O Suporte Avançado de Vida se dedica essencialmente ao atendimento de situações críticas, requer pessoas treinadas e material específico pediátrico. Aqui, o conhecimento e a habilidade no manuseio dos materiais e equipamentos se torna tão fundamental quanto o trabalho em equipe.

- **Prática.** A parte prática do treinamento envolve o uso de materiais e equipamentos específicos do tipo manequim pediátrico para a simulação de situações críticas e as respectivas ações de cuidado, colocando em prática o suporte básico de vida e o suporte avançado de vida. São enfatizadas as medidas de prevenção da Parada Cardiorrespiratória (PCR), ou seja, a atuação precoce e o trabalho de equipe, baseado na identificação das alterações da criança, que pode ocorrer em relação ao nível de consciência (resposta débil ou ausente ao ser chamada), aumento do esforço respiratório, ou da frequência respiratória, aumento ou diminuição da frequência cardíaca, perfusão sanguínea lenta, evidenciada por cor da pele moteada, sendo que a comunicação destas alterações, pronta avaliação e intervenção podem ser determinantes para o prognóstico.

- **Avaliação.** Na última etapa do treinamento, os participantes preenchem uma ficha de avaliação preconizada pelo Programa de Educação Continuada da Instituição (Anexo E). Avaliar tanto este programa de treinamento quanto os instrumentos utilizados para registrar o

atendimento das equipes é uma meta contínua à medida que os profissionais estão interessados no aprimoramento da qualidade do cuidado prestado à criança hospitalizada.

Desde o início das atividades do GERPed, já se passaram cinco anos. Portanto, é o momento de saber se os objetivos foram ou estão sendo atingidos.

Assim, a questão de pesquisa deste estudo é: **Quais são as percepções da equipe de enfermagem sobre o Treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria?**

Desta questão surge o objetivo:

**Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre o treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria.**

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

O estudo fundamenta-se em referenciais teóricos da Educação, Educação Continuada, Cuidado Humano e Reanimação Cardiorrespiratória, apresentados em forma de tópicos.

#### **3.1 EDUCAÇÃO**

Para Delors et al. (2000), a Educação, que ocorre ao longo de toda a vida, tem um papel fundamental para a essência do indivíduo: promove o pensamento crítico, auxilia no julgamento dos fatos e informações e na seleção do que pode ser saudável e útil para os homens na comunidade onde vivem.

O ser humano alcança o outro através do respeito às diversidades, cultura, escolaridade, raça e, a partir do autoconhecimento, fortalece a condição de ser, estar e compreender o outro na sua diversidade e história. Para a compreensão de algo é necessário falar, discutir sobre, a fim de despertar uma responsabilidade e um entendimento absolutamente convincentes, o que gera determinado comportamento.

A Educação é uma especial responsabilidade na edificação de um mundo mais solidário. O conhecimento da cultura e dos valores espirituais das diferentes civilizações, o respeito, a

ética podem contribuir para o nascimento de uma educação impregnada de novo humanismo (DELORS et al. 2000).

A interdependência planetária e a globalização são os fenômenos mais importantes do nosso tempo, em que a participação do todo promove a integração e previne a ruptura, reduz as diferenças e possibilita a compreensão do mundo do outro e o de si mesmo.

O objetivo essencial da educação, afirma Delors et al. (2000) é o desenvolvimento do ser humano na sua dimensão social. É a Educação que visa ampliar e aperfeiçoar o homem em seu desenvolvimento, e crescimento em determinada área de atuação.

Em uma sociedade desorganizada, o crescimento desordenado gera tensão, compromete os laços sociais, a qualidade de vida, a educação, tornando difícil o encontro do ser humano consigo e com o outro (situações de dificuldades que o próprio homem é chamado a resolver).

A convivência humana é um estado de ser e estar. É uma experiência que, quando bem vivida, sentida e aproveitada, pode gerar subsídios para aprender, ensinar, fazer e ser, e também pode ser geradora de conflitos, desconfortos e violência.

O educador exerce influência em vários domínios. Portanto, torna-se importante a consciência da sua função inovadora da educação, visto que ensinar é mais que arte, é ciência.

Para Delors et al. (2000), o cerne do processo pedagógico é a relação entre aluno e professor, independente da modalidade em que está estruturado o ensino. A grande força dos professores reside no exemplo que dão, manifestando sua curiosidade, sua abertura de espírito e mostrando-se prontos a sujeitar suas hipóteses à prova dos fatos e até a reconhecer os próprios erros. É essencial que transmitam a paixão pelo estudo, pelo que estão fazendo.

Determinadas áreas de atuação requerem aprimoramento continuado devido à velocidade com que as normas e conceitos tornam-se obsoletos, processo que Toffler (1972), autor de *O Choque do Futuro*, definiu como transitoriedade.

O crescimento populacional e a rapidez das mudanças tecnológicas tornam a adequação do saber muito veloz, o que exige, do ser humano, intenso planejamento e organização de sua vida. Assim, a universidade e as empresas exercem um papel fundamental no desenvolvimento da competência das pessoas, porque a formação deve ser contínua ao longo de toda a vida.

### **3.2 EDUCAÇÃO CONTINUADA**

Para Oguisso (2000, p. 24), a Educação Continuada é um processo dinâmico de ensino e de aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação das pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais.

Malvezzi (1994) salienta que o treinamento é fundamental numa gestão empresarial. Sua articulação, como método racional, representa a garantia da atualização dos trabalhadores, redução de erros, maior capacidade para realizar tarefas, necessidade observada já no século XVIII, era industrial.

Em 1900, foi introduzido um sistema de integração empresa/escola, visando ao enriquecimento da formação teórico/prática dos trabalhadores.

A partir de 1920, o treinamento já era uma instituição tradicional, evoluindo qualitativamente e ganhando novo status. Em 1930, o treinamento foi inserido como parte da estratégia empresarial.

Em 1970, os programas que envolviam formação e atualização representavam as metas essenciais do sucesso nos negócios, e, ao mesmo tempo, surgiam preocupações com os custos e os resultados.

As reflexões acerca do paradigma da administração científica, que instituiu uma relação entre o homem e o trabalho, dificultaram a utilização do potencial na sua condição ontológica, possibilitando uma revolução profunda e generalizada na era moderna, em busca de um novo paradigma.

A capacitação dos trabalhadores foi configurada como questão das ciências comportamentais, a partir deste modelo, envolvendo muitas pesquisas, estudos na área da capacitação humana e do desenvolvimento.

A partir dos anos 70, mudanças radicais e abrangentes começaram a abalar o mundo do trabalho; negócios competitivos e tecnologias novas caminharam para novas formas de organização, produção e integração dos trabalhadores. No novo paradigma, o emergente, o trabalhador planeja, realiza e avalia o seu próprio trabalho, numa atividade autogestora (MALVEZZI, 1994).

Bastos (1994, p.141), à semelhança da maioria dos estudiosos, defende que o “treinamento é a educação que visa adaptar o homem a determinada atuação sistemática (profissional ou não), e desenvolvimento é a educação que visa a ampliar e aperfeiçoar o homem para o seu crescimento – em determinada carreira ou em sua evolução pessoal”.

Garcia (1994, p. 167), ao buscar o caminho da excelência, defende que “a base do trabalho está no homem”. O homem gera recursos materiais e métodos de trabalho. Ao compor uma equipe, o homem é impulsionado a perceber que sua contribuição é relevante e tem impacto, o que pode ser sustentado através de um ciclo em que estão presentes a participação com capacitação, comprometimento, competência, desempenho, criatividade e valorização. A valorização está diretamente relacionada à participação e ao desempenho.

Esses fatores visam à consciência e interdependência. O desempenho pode ser entendido como função da competência do indivíduo, capacidade para o cuidado com envolvimento e criatividade. A capacitação é resultado do desenvolvimento teórico-prático do conhecimento, é uma ferramenta que habilita a pessoa para a execução eficiente da atividade.

Para Garcia (1994), treinamento é um investimento de responsabilidade organizacional. O treinamento em serviço pode contemplar a busca de metas organizacionais: redução de *turnover*, aumento da qualidade, reflexos positivos morais.

Para Cunha e Coli (1998, p.69-70), “o treinamento adequado dos recursos humanos de uma empresa, continua sendo o único meio seguro de garantia à melhoria da qualidade dos serviços prestados”. É fundamental que a instituição ostente a convicção da importância na regularidade da reciclagem de sua equipe em busca da eficiência das pessoas. A constante ampliação dos conhecimentos e de capacidades deve ser uma meta compartilhada em todos os níveis da organização.

DiMauro (2000, p.60) afirma que

ninguém melhor para entender a importância do desenvolvimento profissional do que os educadores de desenvolvimento profissional. As mudanças são uma constante no mundo de hoje, especialmente em cuidados de saúde. O

comprometimento com o aprendizado de coisas novas e com o acompanhamento das mudanças é frequentemente impulsionado pela necessidade de se ensinar um novo procedimento à equipe.

Silva (1999), referindo-se ao enfermeiro de Educação Continuada (EC), defende que este tem de ter experiência em enfermagem, acreditar na importância da sua profissão e gostar muito dela. Outro requisito é ter bons conhecimentos e habilidade técnica, mas, também, deve entender muito do ser humano. Precisa saber lidar com os desafios que irá encontrar, pois trabalhará com educação de adultos (que já têm seus conceitos constituídos).

Dal Ben (1999) afirma que são as pessoas que fazem a diferença. E que os bons profissionais não trabalham apenas pelo dinheiro: são empreendedores, éticos, atualizam-se permanentemente e querem ser valorizados. As pessoas, em constante aperfeiçoamento, são capazes de cuidar melhor do próximo. Por conseguinte, devem se autoconhecer, autodesenvolver e estar sintonizados com a empresa, com os colaboradores e com os clientes.

Bezerra (1999) salienta que cabe também aos enfermeiros de EC, estimular a cultura do conhecimento junto com os demais profissionais, e que a melhor maneira de fazê-lo é estar aliado à comunidade docente.

Para Pomi (1999), empreendimentos educacionais nas organizações só são viáveis através de pessoas essencialmente compromissadas consigo mesmas e aliadas aos organismos a que pertencem. Líderes transformacionais, educadores de um novo tempo, compreendem que só empreenderão organizações saudáveis, sólidas e competitivas à medida que contribuirão para o crescimento e o desenvolvimento de pessoas, facilitando o desabrochar das potencialidades humanas na recriação do trabalho e no compartilhamento de seus frutos.

A mesma autora enfatiza que a Educação não pode estar restrita ao período acadêmico.

Deve constituir esforço de atualização que se prolongue por toda a vida. O mercado deste ensino contínuo já assume grandes dimensões, pois cada vez mais funcionários e executivos de grandes empresas e profissionais liberais buscam, de tempos em tempos, junto a instituições credenciadas, reciclagem de conhecimento para ampliar o nível de informação sobre suas áreas específicas de atuação. Isto acaba por lhes propiciar uma visão mais completa das mudanças que se operam em diferentes campos da pesquisa tecnológica, da economia, da ecologia e de tendências sociológicas e comportamentais.

É de fundamental importância decidir o que se pretende desenvolver, como conduzir um programa de treinamento e como ensinar o conteúdo programático, direcionando-se, sempre, para a reflexão: por que? para que? para quem? quando?

Os profissionais de Educação Continuada estão sempre atentos ao desenvolvimento, ao aperfeiçoamento, enfim, ao conjunto de atributos que os capacitem ao desempenho de suas funções, na tentativa de privilegiar não apenas a eficiência e a eficácia da ação desenvolvida, mas, fundamentalmente, a sua efetividade. Muito há para se refletir e explorar, e isto pode ser utilizado como forma para alimentar a motivação na construção de um saber individual e coletivo.

Oguisso (2000), ao se referir à Educação Continuada em outros países, relata que o reconhecimento das necessidades dessa Educação para as enfermeiras americanas data do final da década de 60 e que, em Porto Rico, o órgão da classe determina que a cada três anos os profissionais enfermeiros devem comprovar um percentual de créditos em cursos de atualização. Para essa autora, a motivação para a superação de obstáculos é a força que move os profissionais para o autodesenvolvimento, resultando na realização e na maturidade profissional, e deve ser como uma chama, constantemente acesa.

### 3.3 CUIDADO HUMANO

O cuidar sempre esteve presente na história humana, seja como forma de viver e ou de se relacionar. Desde o início da espécie humana, os estudos sobre o desenvolvimento mostram que o ser humano, independente do sexo, sempre teve a preocupação principal de sobreviver. Primeiro, buscava alimento e água; posteriormente, abrigo e proteção contra o frio e a chuva.

Segundo Waldow (1999, p.55), as mulheres, ao longo da história, além das práticas de cuidado relacionadas às funções reprodutivas, eram zelosas com os incapacitados e idosos, dedicando-se à educação dos filhos, à manutenção da casa, ao preparo de alimentos e ao preparo de medicamentos caseiros. Assim, “o cuidado humano é sentido, vivido, exercitado”. A socialização é iniciada quando os humanos deixam de ser nômades e passam a conviver em grupos ou comunidades. As relações ampliam-se, e os humanos começam a compartilhar habilidades, alimentos e vestuário.

De modo geral, cuidado independe do ponto de vista cultural. Pode ter a conotação de atenção, preocupação para com, responsabilidade por; observar com atenção, com afeto, amor ou simpatia.

O cuidado requer conhecimento do outro ser, o entendimento de suas necessidades. Respondê-las de maneira adequada possibilita resultados de reciprocidade, isto é, cuidador e cuidado são beneficiados.

Sensibilidade, autoconhecimento, humildade, receptividade, honestidade, coragem, apoio, coleguismo, confiança, esperança, são ingredientes aliados no acontecer do cuidado.

Ensinar o cuidado na urgência em Pediatria é um gesto de cuidado para com o cuidador,

pois significa o reconhecimento do potencial dos profissionais, seja individualmente, seja em equipe e o quanto podem auxiliar a criança e a família (Waldow, 1995).

A linguagem do cuidado está cada vez mais presente nas instituições de saúde. É necessário um conhecimento em bases científicas, legais e morais para a sustentação da prática dessa linguagem. Na instituição hospitalar, através da Educação Continuada, o tema pode ser inserido na versão tanto teórico-prático quanto técnico-científico e ético-comportamental.

### **3.4 A HISTÓRIA DA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA**

A ressuscitação cardiopulmonar em crianças tem sido uma temática de preocupação, tanto da área da Medicina quanto da Enfermagem. Cursos e treinamentos são, talvez, uma das estratégias mais valiosas para capacitar profissionais para o desenvolvimento e a consciência de uma atuação preventiva e curativa nas situações que exigem reconhecimento, avaliação e intervenção precoce, garantindo a vida, prevenindo seqüelas, reduzindo sofrimentos, tempo de hospitalização e custos.

A participação de renomados profissionais de várias sociedades médicas brasileiras está contribuindo para a formação de profissionais médicos e enfermeiros, tanto da área assistencial quanto da área do ensino, desenvolvendo cursos com programação teórico-prática e uma avaliação positiva, pois sustenta o saber no cotidiano do exercício das ações voltadas para a esperança de salvar vidas. Os cursos proporcionam conteúdos atualizados com base nas diretrizes internacionais, como é o exemplo do *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, da *American Heart Association AHA* (1998).

O pioneirismo da reanimação foi exercido por Kaewenhovem e colaboradores, através da demonstração de compressões torácicas externas em vítimas de parada cardíaca, provendo, desta forma, o fluxo do sangue para o cérebro.

Na década de 60, conferências sucessivas possibilitaram a discussão da reanimação em adultos. Naquela época, a área pediátrica estava iniciando estudos quanto a drogas específicas para reanimação de crianças (AHA,1998).

Em 1978, um grupo de trabalho, chefiado por Leon Chameides, desenvolveu estudos em ressuscitação pediátrica, padronizando ações do suporte básico de vida em pediatria e normas para ressuscitação neonatal.

Em 1979, a *American Academy of Pediatrics* (AAP) reconheceu a normatização do Suporte Básico de Vida em Pediatria (SBV), do Suporte Avançado de Vida em Pediatria (SAV) e da Ressuscitação Neonatal.

Em 1982, na Conferência Nacional, nos Estados Unidos, houve representatividade de profissionais das subespecialidades e que cuidam de crianças criticamente enfermas. Um dos painéis de discussão foi a prevenção de lesões.

Na Conferência Nacional, de 1983, ficou clara a necessidade de se iniciar Cursos de Suporte Avançado de Vida em Pediatria e Neonatologia. Então, em 1988, em New Orleans, foi oferecido o primeiro programa de ressuscitação neonatal. E, neste mesmo ano, também ocorriam, na Flórida, na Califórnia no Missouri, os cursos de SBV e SAV a um grupo seletivo de instrutores (AHA, 1998).

Com o passar do tempo, e com os avanços na Medicina Pediátrica, foram realizados, no Brasil, cursos de formação de Instrutores para médicos e enfermeiros. Esses profissionais

recebiam habilitação para multiplicar os conhecimentos aos demais colegas da sua área, como é o exemplo de Sociedade Gaúcha de Pediatria, que vem realizando cursos de Suporte Avançado de Vida em Pediatria, o que possibilita uma atenção diferenciada à criança enferma.

Considerando-se os avanços na área da Medicina e também na de Enfermagem, e o número crescente de profissionais interessados em aperfeiçoar-se, é oportuno referenciar, tendo como base a bibliografia atualizada, tópicos de relevância para o atendimento de crianças com trauma e ou em situação de risco.

### **3.5 CUIDADO À CRIANÇA SOB RISCO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA**

Para a American Heart Association (1998), a epidemiologia da PCR em crianças difere dramaticamente da PCR em adultos. As crianças, devido às características anatômicas da sua via aérea e ou suas características fisiológicas, sempre mostram sinais de piora, através de alterações do sistema respiratório, perfeitamente detectáveis, bastando que haja conhecimento, sensibilidade e profissionalismo, requisitos indispensáveis para cuidar desse grupo etário tão vulnerável.

A intervenção mais importante na ressuscitação pediátrica é a prevenção, pois uma vez ocorrida a PCR a evolução é sombria. A chave para a prevenção da parada cardíaca em crianças é a manutenção da ventilação e da oxigenação, sendo, portanto, o ponto principal do suporte básico de vida.

A detecção precoce dos sinais de piora nas alterações respiratórias e circulatórias e a pronta avaliação possibilitam garantir a oxigenação, ventilação e perfusão, promovendo a prevenção de complicações.

Segundo a orientação da (AHA, 1998, p. 2), as situações a seguir descritas requerem rápida avaliação e intervenção cardiopulmonar, potencial suporte cardiorrespiratório.

- Frequência respiratória > a 60 movimentos por minuto (mpm).
- Frequência cardíaca:
  - . recém-nascidos: < 80bpm ou > 200 batimentos por minuto (mpm),
  - . 0-1 ano: < 80bpm ou > 180 bpm,
  - . 1-8 anos: < 60bpm ou > 180 bpm,
  - . 8 anos: 60bpm ou > 160 bpm.
- Aumento do esforço respiratório (retrações, batimento da asa de nariz, gemido).
- Cianose ou diminuição na saturação da oxihemoglobina.
- Alteração no nível de consciência (irritabilidade ou letargia inesperada, ou ausência da resposta ao estímulo dos familiares).
- Convulsões.
- Febre acompanhada de petéquias.
- Trauma.
- Queimaduras totalizando > 10% da área de superfície corpórea.

Destacam-se, a seguir, com base nas vivências de cuidado à criança hospitalizada, as situações que requerem vigilância.

- Manipulação das vias aéreas superiores (aspiração das secreções).
- Alimentação (por via oral ou por sonda).
- Uso e/ou suspensão da oxigenoterapia.
- Infusão de hemoderivado.
- Exames laboratoriais.
- Exames externos a unidade.
- Uso de antibióticos (aminoglicosídeos).
- Administração de anfotericina (Fungizon).
- Passagem de plantão.

O suporte básico de vida (SBV) na criança hospitalizada inclui a habilidade para identificar precocemente as alterações respiratórias e circulatórias, avaliação, intervenção e reavaliação de resultados.

A hipoxemia e a parada respiratória (pausa respiratória evoluindo para apnéia) podem contribuir para a deterioração aguda e PCR durante a infância. A determinação e a manutenção da via aérea permeável e o adequado suporte ventilatório são os componentes mais importantes do Suporte Básico de Vida.

O Suporte Avançado de Vida (SAV) envolve pessoas e ações que visam à ressuscitação da criança de modo a promover a menor chance de seqüelas neurológicas.

As ações tanto do SBV quanto do SAV são norteadas pelo ABC do atendimento, linguagem universal da Reanimação Cardiopulmonar para crianças e adultos, obedecendo a ordem em que aparece, a seguir.

- A- Caminho do ar (**Airway**), permeabilidade das vias aéreas superiores.
- B- Respiração (**Breathing**), recuperação da respiração.
- C- Perfusão sangüínea (**Circulation**), promoção da circulação.
- D- Medicações (**Drugs**), uso de medicações específicas.
- E- Exames (**Exam**), definidos pelo médico para identificar a etiologia da PCR (AHA, 1998).

A família da criança que sofreu trauma ou piora clínica grave merece atenção diferenciada por parte da equipe de saúde. Esse exercício do cuidado humanizado, felizmente está em ascensão nessa era de globalização.

### 3.6 CUIDADO À CRIANÇA TRAUMATIZADA

No período da infância, as causas mais comuns de Parada Cardiorrespiratória (PCR), são as lesões (intencionais ou não), que trazem risco de vida e incluem a síndrome da morte súbita, doenças respiratórias (obstrução das vias aéreas superiores, aspiração de corpo estranho), acidentes por submersão e doenças neurológicas (INITIAL...,1999).

Segundo a AHA (1998), os tipos mais comuns de trauma fatal em crianças e adolescentes de todo o mundo são: acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes com bicicletas, afogamentos, queimaduras e ferimentos por arma de fogo (incluindo lesões intencionais, homicídio e suicídio), e que, mais de 90% das mortes por aspiração de corpo estranho em crianças ocorre em menores de cinco anos de idade, sendo que 65% são lactentes. Esforços como o desenvolvimento de padrões de segurança dos produtos de consumo, normas seguras para a fabricação de brinquedos, têm sido incrementadas como medidas preventivas AHA (1998). Outra contribuição notável será a Educação preparatória para uma maternidade e paternidade consciente aos jovens, futuros pais, porque educar precocemente na escola e na família é um bem de incontável valor.

Nas crianças com idade acima de um ano, os traumas são a principal causa de PCR prehospitalar. A avaliação e o manejo adequado da criança traumatizada requer um entendimento profundo das características particulares do crescimento e desenvolvimento na infância.

Crianças apresentam padrões de trauma comuns e respostas fisiológicas particulares, além de necessidades especiais que dependem de seu tamanho, maturidade e desenvolvimento psicossocial. Ignorar essas condições é um convite ao desastre. Portanto, deve-se ter o conhecimento dos aspectos a seguir descritos (INITIAL...,1999).

### **Demográficos**

Na população pediátrica, é mais alta a incidência de trauma fechado em comparação com o trauma penetrante. As conseqüências do trauma penetrante são relativamente previsíveis, mas há maior potencial de trauma multissistêmico, a partir dos mecanismos do trauma fechado.

As quedas são a causa mais comum de trauma (39%) e ocorrem mais freqüentemente em crianças com menos de cinco anos.

### **Cinéticos**

O esqueleto da criança não está completamente calcificado, contém múltiplos centros ativos de crescimento, e, por isso, é mais elástico e mais suscetível a traumas nos órgãos internos, podendo ocorrer danos internos significativos e lesões externas aparentemente menores.

### **Hemorragias**

À semelhança do adulto, a criança lesionada compensa a hemorragia através da resistência vascular periférica e hipoperfusão. A pressão arterial sozinha é um marcador inadequado para se avaliar o choque. A perfusão orgânica ineficiente é a indicação mais adequada de choque e se evidencia pelo nível de consciência diminuído, perfusão cutânea também diminuída (temperatura baixa, palidez, atraso no retorno capilar) e débito urinário diminuído. No trauma, taquicardia pode ser consequência da hipovolemia, do temor ou dor.

Hipertermia com redução de volume sangüíneo circulante e choque compensado pode passar a descompensado reduzindo o transporte de oxigênio, e a acidose metabólica se instala em consequência da hipoperfusão (INITIAL...,1999).

O suporte circulatório da criança vítima de trauma requer controle da hemorragia externa, avaliação da função cardiovascular, perfusão sistêmica, recuperação e manutenção da volemia adequada, vigilância e pronto reconhecimento de existência de hemorragia interna. Sinais de choque podem surgir imediatamente ou evoluir gradualmente após o trauma. Se a perfusão sistêmica é inadequada e a pressão arterial está normal, o choque é compensado, devendo - se prevenir que evolua para choque descompensado. Uma equipe de atendimento,

quando habilitada, treinada, estará plenamente capacitada para a prevenção de complicações circulatórias decorrentes do trauma (AHA, 1998).

O exame cuidadoso dos sinais vitais da criança e uma avaliação rigorosa das intervenções terapêuticas devem ser preocupação constante da equipe de saúde que cuida da criança traumatizada. A criança, severamente lesionada, deve ser removida para um serviço que ofereça pessoal treinado e que possua equipamentos e materiais adequados para cuidados de vítimas de trauma (INITIAL...,1999).

### **Psicossociais**

A capacidade das crianças pequenas de interagirem com indivíduos que não lhe são familiares, em ambientes estranhos, geralmente é limitada, dificultando a coleta de informações e o exame físico cooperativo. Entender essas particularidades e manter uma atitude solícita para persuadir e acalmar uma criança traumatizada, com frequência é o modo mais eficaz para alcançar um bom resultado e uma avaliação mais abrangente do seu estado fisiológico. O cuidado adequado e humanizado pode representar aumento das capacidades fisiológicas dos sistemas fundamentais, como o SNC, e o circulatório, entre outros, e redução de incapacidades futuras. Os pais, em muitos casos, devem ser considerados um segundo paciente nesse evento de cuidado (INITIAL...,1999).

### **Prevenção de lesão encefálica**

A ressuscitação precoce adequada constitui a chave de potencial sobrevivência das crianças com lesão do SNC. As crianças com traumatismos fechados da cabeça frequentemente apresentam sensibilidade parcial à dor.

A perda da consciência é um dos principais indicadores de potencial lesão do SNC. Deve ser investigado e registrado em todos os casos (INITIAL...,1999).

### **Pronto atendimento**

O atendimento pré-hospitalar adequado e imediato através de uma abordagem sistemática, utilizando protocolo universal de Suporte Básico e Avançado de Vida, é a melhor defesa contra a omissão de um trauma que pode ser rapidamente fatal ou causar morbidade desnecessária.

O manejo ideal deve focar e assegurar via aérea permeável adequada, examinando a frequência e a profundidade da ventilação, a fim de garantir a ventilação alveolar também adequada e oferta de 100% de oxigênio, quando indicado. As crianças são mais suscetíveis que os adultos a hipoventilação e o suporte deverá estar previsto com recursos materiais, bolsa-valva máscara e intubação, acompanhados prontamente de recursos humanos treinados. A oxigenação e a ventilação adequadas são extremamente críticas no manejo de traumas fechados de cabeça. Mesmo crianças profundamente comatosas podem se recuperar se não desenvolverem hipóxia cerebral.

### **Considerações na avaliação inicial do paciente pediátrico**

A criança que sofreu trauma pode apresentar tanto falência respiratória quanto circulatória, exigindo intervenções rápidas e eficazes.

A idade do paciente, calibre dos vasos, características anatômicas das vias aéreas superiores, requerem equipamentos adequados, específicos de uso pediátrico para o sucesso do socorro.

O objetivo primeiro da ressuscitação inicial da criança com trauma é a restauração de uma adequada oxigenação tão rápido quanto possível. A oxigenação e a circulação são tão

essenciais para a criança com trauma quanto o são para o adulto. A melhor posição para proteger a via aérea da criança é a chamada posição de cheirar. É recomendável colocar um coxim ao longo do tronco, mantendo a coluna cervical em linha reta. Ao efetuar a manobra de elevação do mento deve-se ter o cuidado de evitar a compressão manual dos tecidos moles do pescoço e da traquéia. Se não houver náuseas, é indicada a colocação de uma cânula faríngea de tamanho adequado.

A confirmação de que a cânula está idealmente colocada na altura da carina é constatada através da ausculta pulmonar bilateral, descartando, inclusive, o pneumotórax.

A criança que necessita de via aérea permeabilizada, através de intubação deve ser constantemente vigiada, pois corre risco de alterações no volume de ar corrente na árvore traqueobronquial.

A hipoxia (redução de oxigênio na árvore respiratória), na criança, é compensada pela frequência respiratória elevada, esforço ventilatório, pausas respiratórias, apnéia. A identificação, a avaliação e a intervenção desses sinais podem prevenir o prosseguimento das alterações e evitar a PCR.

Quando o esforço respiratório é cada vez maior há a evidência de sinais, relacionados a seguir, que podem vir associados de agitação da cabeça em cada respiração; respiração entrecortada; batimento da asa do nariz (BAN); estridor ou rouquidão; tiragem supra-esternal, supraclavicular e intercostal; uso de músculos acessórios do colo e abdômen; distensão abdominal durante a expiração torácica.

A efetividade da ventilação da criança pode ser avaliada através dos seguintes indicadores: intercâmbio – frequência respiratória, profundidade e esforço (volume/minuto);

auscultação – murmúrio respiratório para confirmar a profundidade do intercâmbio do ar; presença de estridor, estertores alveolares ou bronquiolares indicam problemas de oxigenação alveolar ineficiente; cor da pele e mucosa (- rósea – respiração adequada; - obscura, grisácea, cianótica ou moteada, indicam intercâmbio insuficiente de oxigênio).

Estado mental - ansiedade, inquietude, agressividade; - letargia, depressão do estado de consciência ou inconsciência representam sinais avançados de hipóxia.

Durante a avaliação inicial da criança que sofreu trauma, se houver hipotensão severa a causa mais importante será a perda de sangue, seja por ferimento externo ou por trauma interno. A perda volumétrica por lesão abdominal é maior, pois a extensão da lesão não pode ser mensurada, por isso, com frequência, produz distensão e aumento da circunferência abdominal.

A reposição de líquidos em uma criança com hipotensão severa ou franco estado de choque deve ser realizada tão logo possível através de cateterização de acesso venoso central (subclávia) e ou intra-ósseo, a fim de evitar uma maior redução da pré-carga cardíaca. O ringer lactato (solução salina, isotônica) e o soro fisiológico 0,9% são soluções cristalóides que melhor repõem o volume perdido.

Nas crianças com traumatismo crânio-encefálico, a reposição de líquidos deve ser rigorosamente avaliada, a fim de prevenir risco para desenvolvimento de edema cerebral.

Em todas as crianças que sofreram trauma deve-se monitorar a frequência respiratória, a frequência cardíaca, a pressão arterial e a consciência. O choque silencioso deve ser uma preocupação primordial na criança que sofreu trauma. O estabelecimento de um acesso

venoso e infusão de líquidos pré-aquecidos é indicado na fase de transporte, respeitando-se a avaliação médica (INITIAL...,1999).

### **Déficit Neurológico**

A escala de Glasgow deve ser utilizada como indicador de déficit do sistema nervoso central, pupilas iguais, redondas e reativas à luz, orientação e estado mental, função motora e percepção sensorial são os itens pesquisados nesse protocolo de orientações.

Quanto a traumas, é importante recordar a rapidez com que uma criança pode deteriorar o nível de consciência, também do ponto de vista respiratório ou circulatório. Nunca se deve concluir que a vítima pediátrica de trauma está estável somente porque as cifras dos sinais vitais estão dentro dos limites aceitáveis. A avaliação de problemas potenciais no trauma deve considerar mecanismo da lesão, parâmetro qualitativo (avaliação clínica geral) e sinais vitais quantitativos.

A chave da sobrevivência no trauma pediátrico reside na boa e rápida avaliação conjuntamente com um manejo rápido, agressivo.

As lesões de cabeça continuam sendo a causa mais comum de morte na população pediátrica vítima de trauma. Medidas iniciais, garantindo a boa oxigenação, boa ventilação e circulação e a atenção com a imobilização da região cervical determinam a redução da mortalidade.

**O abuso infantil** é uma causa importante de trauma na infância, sendo essencial considerar a possibilidade de abuso infantil quando se percebe ou pressentir que isto esteja ocorrendo.

Em muitas jurisdições, os profissionais das emergências médicas são, legalmente, os denunciadores obrigatórios ao constatarem abuso infantil em potencial. São condutas de boa fé, com mérito de proteção legal em caso de ações movidas pela parte denunciada (INITIAL ...,1999).

Os procedimentos de denúncia variam de estado para estado norte - americano. A necessidade de denunciar o abuso infantil se deve ao fato de que os dados sugerem que até 50% das crianças abusadas e retomadas por seus abusadores morrem em consequência de reincidência dos abusos com carga mais agressiva.

Qualquer um dos itens abaixo, quando presentes, caracteriza um cenário a ser explorado e devem ser considerados suspeitos.

- 1- A discrepância entre a história e o grau de lesão física.
- 2- A passagem de um grande intervalo de tempo entre a hora do trauma e o momento em que o cuidado médico é buscado.
- 3- A inconsistência entre a história do trauma e o grau de desenvolvimento da criança, por exemplo, atribuir o trauma ao fato de um recém-nascido ter rolado da cama.

Considerar, também, as seguintes situações merecedoras de investigação: múltiplas lesões em diferentes estágios de resolução, lesões bizarras, como mordidas, marcas de cordas, queimaduras por cigarro, ou fortemente demarcadas e em áreas incomuns (INITIAL...,1999).

## 4 CAMINHADA METODOLÓGICA

A pesquisa não é um luxo acadêmico, mas um instrumento para desenvolver a qualidade das decisões, prescrições e ações de enfermagem. Como enfermeiras assistenciais, educadoras, administradoras ou pesquisadoras, temos responsabilidade para com a pesquisa, e negligenciar esta responsabilidade pode ser encarada como uma negligência profissional (MAC FARLENE apud KOIZUMI, 1999)<sup>2</sup>.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de avaliação com abordagem qualitativa. Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa de avaliação tem o propósito de descobrir como está funcionando um programa, uma atividade prática. Na formação de enfermeiros e em outras categorias da área da Saúde, por exemplo, os técnicos em enfermagem, costuma ocorrer a necessidade de avaliar, questionando: como estamos nos saindo? Estamos utilizando a melhor didática para ensinar? Estamos atingindo nossos objetivos? Existe uma maneira melhor de fazer as coisas?

Para Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa envolve a coleta e análise sistemática de materiais narrativos reais subjetivos. Na pesquisa de abordagem qualitativa, os

---

<sup>2</sup> Texto da palestra proferida pela Dra Maria Sumie Koizumi, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em Seminário de Pesquisa, Porto Alegre, fevereiro de 1999, citando Mac Farlene.

conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus atores.

## **4.2 CONTEXTO DA PESQUISA**

O presente estudo é desenvolvido em um contexto em que ocorre um trabalho prévio para detectar possíveis dificuldades relacionadas ao atendimento da criança de risco e que pode evoluir para PCR.

Os locais envolvidos na realização deste estudo são as Unidades de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Unidade de Internação Pediátrica 10 andar Ala Norte (UIP 10N), Unidade de Internação Pediátrica 10 andar Ala Sul (UIP 10 S), Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Internação 3 Leste (3Leste), que compõem o Serviço de Enfermagem Pediátrica da Instituição, criado em 1979, com uma característica pioneira: a permanência conjunta da criança e família.

O 10º andar, Ala Norte, tem capacidade para atender trinta e sete crianças. A preferência é para pacientes pediátricos na faixa etária de meses até três anos (lactentes e infantes). Os leitos estão disponibilizados em enfermarias com cinco leitos cada uma, uma enfermaria com 10 leitos e dois quartos privativos ou convênios.

Na Ala Sul, são atendidas, especialmente, crianças em idade escolar. O sistema é de quartos, semiprivativos e privativos, estes últimos destinados àquelas situações que requerem medidas preventivas e ou de proteção (cinco leitos). Além destes, a unidade possui uma enfermaria com capacidade para atender sete crianças, lactentes ou crianças portadoras de limitações neurológicas que necessitem de vigilância constante da equipe de enfermagem,

independente da permanência de familiar. Nesta Unidade são atendidas trinta e quatro crianças.

Na UTIP, a capacidade é de treze leitos, distribuídos em duas áreas. Uma composta por cinco leitos (tipo Box individual), dois destinados a crianças que necessitam de medidas preventivas ou de proteção, pois contam com sistema de ar condicionado independente. Um box foi projetado para o atendimento de crianças em pós-operatório de grandes cirurgias por exemplo o transplante hepático infantil. Outra é composta por oito leitos, preferencialmente ocupada por crianças pequenas (lactentes).

No 3º Leste, são atendidas crianças e adolescentes acometidas por câncer, em fase de investigação diagnóstica e/ou de tratamento. A capacidade dessa Unidade é de vinte e um leitos, entre semiprivativos e privativos.

Os pacientes pediátricos atendidos nas quatro unidades que este estudo abarca são procedentes de Porto Alegre, da grande Porto Alegre, do interior do Estado e de outros estados. O tipo de tratamento é variável, englobando o clínico, o cirúrgico, o psiquiátrico, o oncológico e a investigação diagnóstica, visto o Hospital de Clínicas ser uma instituição de referência para várias situações, por exemplo crianças que necessitem de investigação genética, transplante hepático infantil, tratamento da fibrose cística. Em consequência do tipo de necessidade decorrerá o tempo de hospitalização que, com frequência, é prolongado.

O cuidado de enfermagem, em todas as Unidades Pediátricas, segue um padrão determinado e preestabelecido de atendimento, orientado pelo modelo do Processo de Enfermagem, segundo George (2000), utilizado como instrumento que norteia a ciência de fazer Enfermagem através das etapas inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

A equipe de enfermagem que atende os pacientes pediátricos nessas unidades está distribuída em cinco turnos: manhã (M), tarde (T), noite um (N1), noite dois (N2), noite três (N3), sendo que nas UIP10° N E UIP10° S a equipe é composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, enquanto que na UTIP e 3° Leste a equipe é constituída por enfermeiras e técnicos em enfermagem. O atendimento médico é igualmente contínuo, sendo que nas Unidades 10°N, 10°S e 3° Leste é realizado no período diurno por médicos residentes e professores, e no período noturno por médicos contratados e residentes. Na UTIP, o atendimento é realizado por médicos contratados, nas 24 horas.

#### **4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Os participantes do estudo foram três auxiliares de enfermagem, quatro técnicos em enfermagem e quatro enfermeiros. Teve-se a preocupação de incluir, no estudo, os profissionais de enfermagem de diferentes categorias que estivessem atuando há, no mínimo, 6 meses na Pediatria da Instituição, que tivessem vivenciado e/ou participado de, no mínimo, uma situação de urgência, e freqüentado o treinamento do PEC desenvolvido pelos profissionais do GERPed.

Os participantes da pesquisa, preservando-se os princípios da ética na Pesquisa em Saúde, foram identificados com o nome de flores (inspiração e homenagem à mãe natureza). Assim sendo, os participantes escolheram a flor que desejaram para validar a sua identificação.

O número total de participantes não foi previamente definido. A proposta inicial era de incluir dois auxiliares, dois técnicos em enfermagem e dois enfermeiros de cada unidade, totalizando, inicialmente, 16 participantes. Cabe salientar que, freqüentemente, nos estudos

com abordagem qualitativa, a definição do número de participantes é determinada pela densidade das informações (POLIT E HUNGLER, 1995), ou seja, quando as informações tornarem-se repetitivas. Assim, após serem entrevistados 11 participantes, os dados se repetiram, determinando o encerramento da coleta das informações.

A seleção dos participantes do estudo foi através de sorteio. Todos os profissionais sorteados aceitaram participar do estudo, não sendo necessários novos sorteios. A listagem dos profissionais que participaram do sorteio foi realizada através dos registros no PEC.

#### **4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES**

As informações sobre as percepções e as repercussões do treinamento em PCR em Pediatria no cotidiano profissional de auxiliares, técnicos e enfermeiros foram obtidas através de entrevista semi-estruturada (Apêndice A). Esse recurso possibilita uma conversa em que o pesquisador tem a intenção de elucidar as percepções dos respondentes acerca de determinadas situações sem que haja imposição.

Para Polit e Hungler (1995), o método de entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a exploração do problema ou da questão básica, a verificação de quão sensível ou controverso é o tópico, do modo como as pessoas contextualizam os problemas ou falam sobre eles e da gama de opiniões ou comportamentos existentes, relevantes ao tópico em questão. Esse método exige habilidade do pesquisador para organizar, analisar e interpretar materiais qualitativos

Para Minayo et al. (1999, p.57), “a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo”. Essa técnica reforça a importância da comunicação e do significado das falas, possibilitando obter dados sobre determinado tema científico.

O trabalho de campo requer muita aproximação, considerando-se que é fruto de um momento relacional e prático, pois as inquietações que levam a desenvolver a pesquisa nascem do universo do cotidiano.

Para a coleta das informações, foi feito um convite individual aos profissionais. Para a seleção dos entrevistados foram utilizados os instrumentos de inscrição para o treinamento, disponíveis no PEC. As entrevistas foram gravadas em fita cassete, com o consentimento de todos os entrevistados e a transcrição das informações foi realizada logo após a entrevista, evitando perda de informações. Os participantes receberam a informação de que as gravações seriam apagadas logo após sua transcrição, conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Porém atendendo às novas orientações da Lei dos Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998), as fitas serão guardadas por um período de cinco anos e, após, inutilizadas.

As entrevistas ocorreram em local preagendado, agradável, silencioso e sem interrupções, garantindo um tempo de contato com o entrevistado de, aproximadamente, 40 minutos.

#### **4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES**

As informações coletadas através de entrevista semi-estruturada foram transcritas com a linguagem utilizada pelos participantes do estudo descrevendo, assim, as percepções sobre o treinamento e as repercussões para o cotidiano do cuidado.

As informações constantes nas entrevistas foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2000), organizadas em três pólos cronológicos: preanálise, exploração do material e o tratamento dos resultados - inferência e interpretação.

Bardin (2000, p.96) refere que, na pré-análise, faz-se a leitura flutuante que consiste na ação de “estabelecer contato com os documentos, analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”, possibilitando estabelecer a operação de recorte do texto em unidades de categorização baseadas no critério de ordem semântica, identificando os temas emergentes da comunicação.

A exploração do material é a fase que consiste na sua essência em operacionalizar a codificação dos recortes efetuados. Para Bardin (2000, p.103), “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo”.

Na fase do tratamento dos resultados, as informações serão categorizadas de acordo com a qualidade e frequência dos elementos presentes na comunicação.

## **5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Goldim (1999a) afirma que as inquietações sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos manifestaram-se com a Segunda Grande Guerra Mundial. O código de Nuremberg, a Declaração de Helsinki, documentos que serviram de orientação quanto aos Direitos Humanos na realização da pesquisa clínica em enfermagem, respaldam o aspecto ético.

O relatório Belmonte, salienta Goldim (1999a), foi um documento que auxiliou na elaboração do código de ética das várias disciplinas, por articular três princípios que norteiam os padrões da conduta ética em pesquisa: o da beneficência, o do respeito à dignidade humana e o da justiça.

O princípio ético da beneficência refere-se à isenção de qualquer tipo de dano ao sujeito, tendo o pesquisador a responsabilidade na transparência para com a pesquisa e para com os sujeitos.

O princípio do respeito à dignidade humana refere-se à liberdade dos sujeitos na decisão de participar do estudo ou não, e a responsabilidade do pesquisador de, com clareza e com linguagem adequada, informar os sujeitos envolvidos na pesquisa.

O princípio da justiça refere-se ao tratamento justo, desde a seleção dos sujeitos, durante o transcorrer do estudo e seus resultados, exigindo senso crítico e adoção de padrões de excelência do pesquisador.

Para Goldim (1999a, p.49), “os princípios bioéticos da beneficência, do respeito à pessoa, e da justiça devem ser sempre considerados e utilizados como elementos balizadores de uma pesquisa em enfermagem.”

Os participantes deste estudo foram incluídos após serem informados pelo pesquisador sobre os objetivos, finalidades, metodologia utilizada e mediante o Consentimento Livre e Esclarecido assinado e impresso em duas vias, permanecendo uma via com cada participante do estudo e outra via com o pesquisador (Apêndice B).

A redação clara e acessível, com vocabulário adequado e contendo todas as informações necessárias e tomada de decisão dos participantes estão igualmente contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme sugere Goldim (1999b).

Foi garantido aos participantes do estudo o sigilo sobre sua identidade, o direito de receber os esclarecimentos necessários no transcorrer do estudo, e a liberdade de se recusarem a participar em qualquer parte da pesquisa sem prejuízo ao vínculo empregatício com a Instituição.

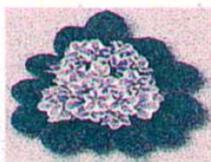
Após a aprovação desta Dissertação, os participantes deste estudo serão informados de seus resultados.

O Projeto deste estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comissão de Ética em Saúde da Instituição, sob o protocolo N-01-333 (Anexo F) após ser autorizado pela Coordenação do Serviço de Enfermagem da Instituição (Apêndice C).

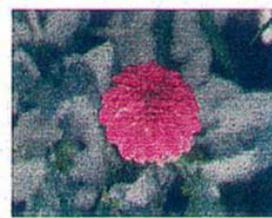
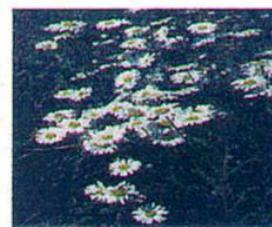
## 6 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

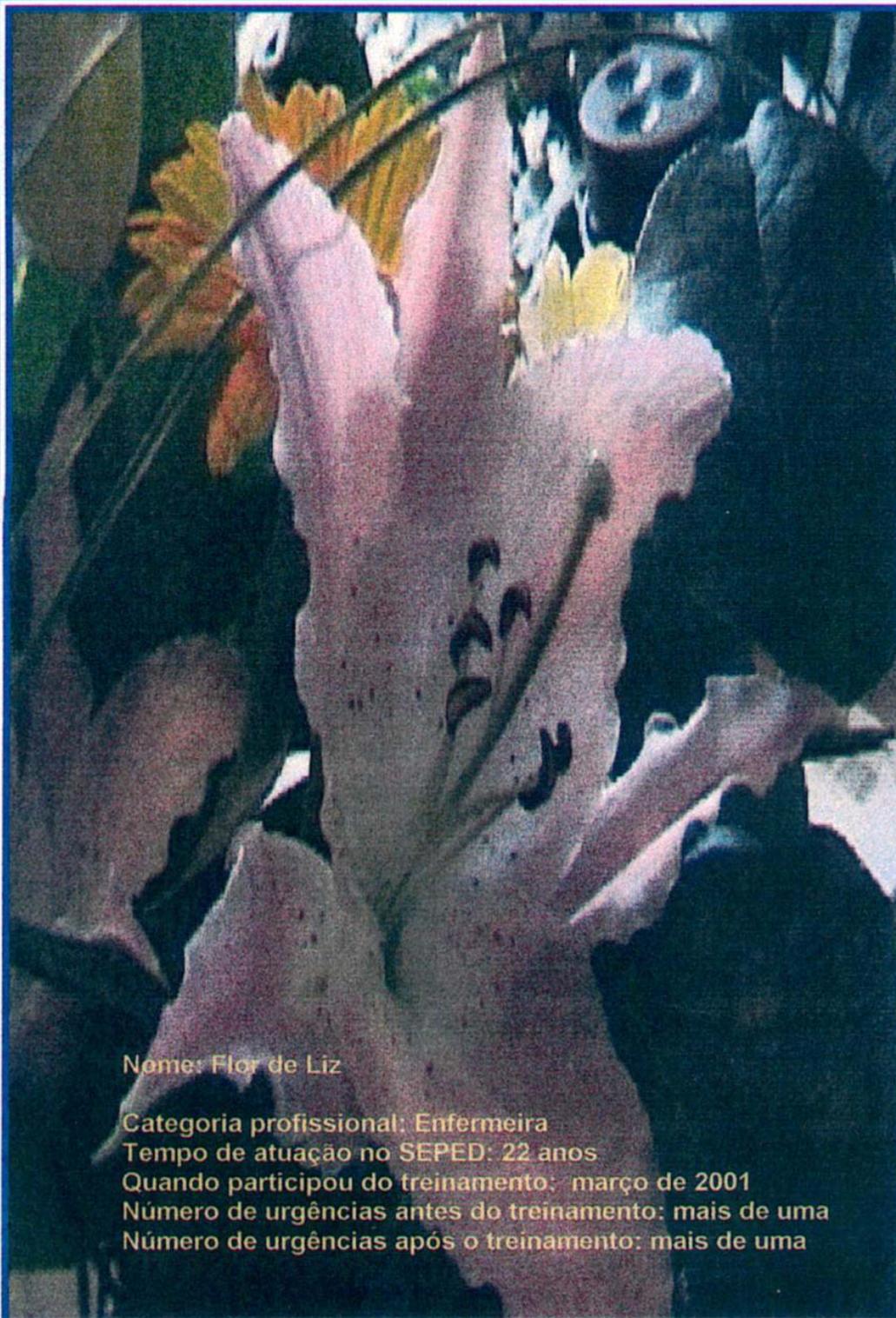


# APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO



Para facilitar a compreensão da análise das informações obtidas, a partir das entrevistas com os participantes do estudo, crê-se oportuno apresentá-los, trazendo peculiaridades que fizeram parte da Ficha Informativa e precederam respostas às perguntas da entrevista semi-estruturada.





Nome: Flor de Liz

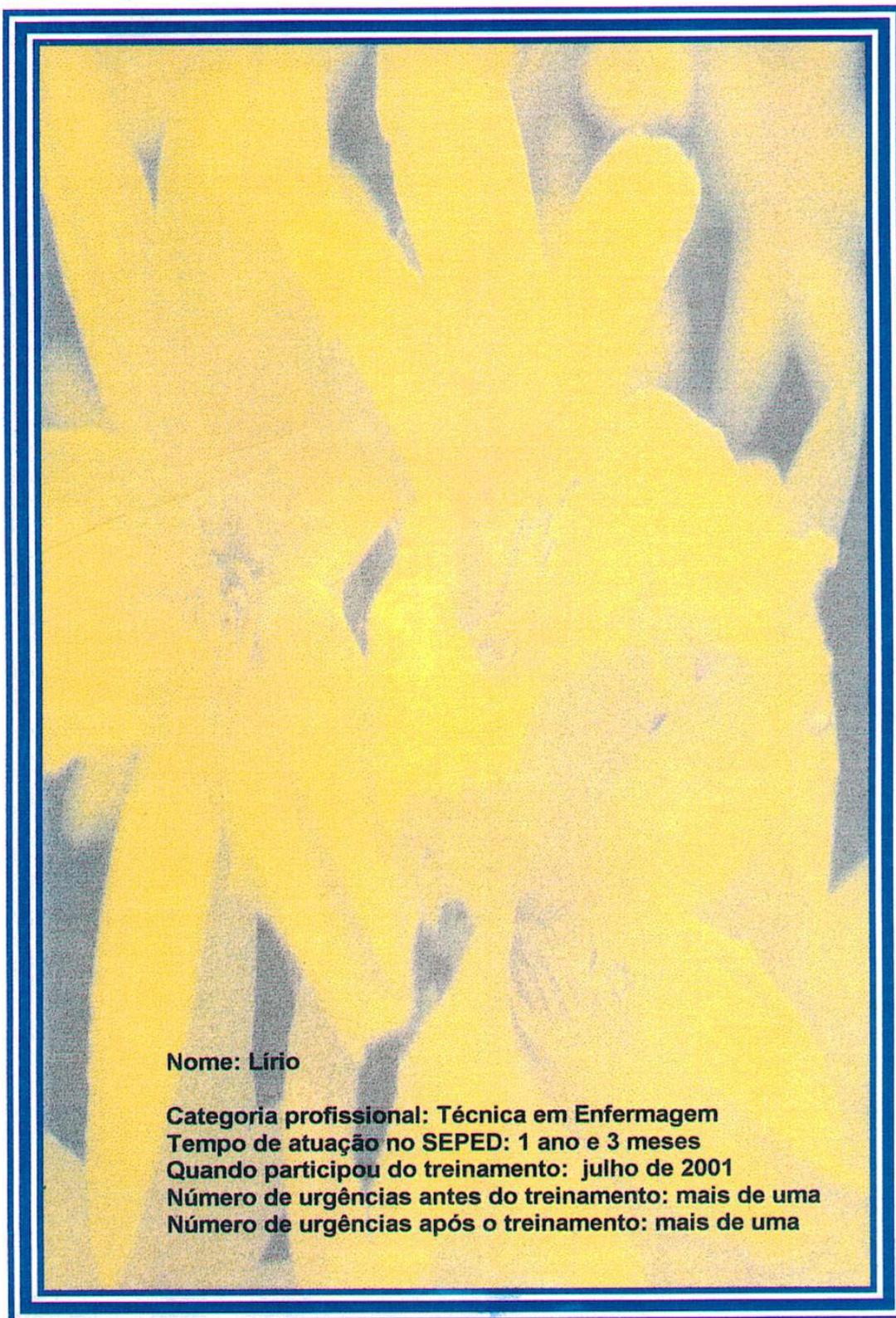
Categoria profissional: Enfermeira

Tempo de atuação no SEPED: 22 anos

Quando participou do treinamento: março de 2001

Número de urgências antes do treinamento: mais de uma

Número de urgências após o treinamento: mais de uma



**Nome: Lírio**

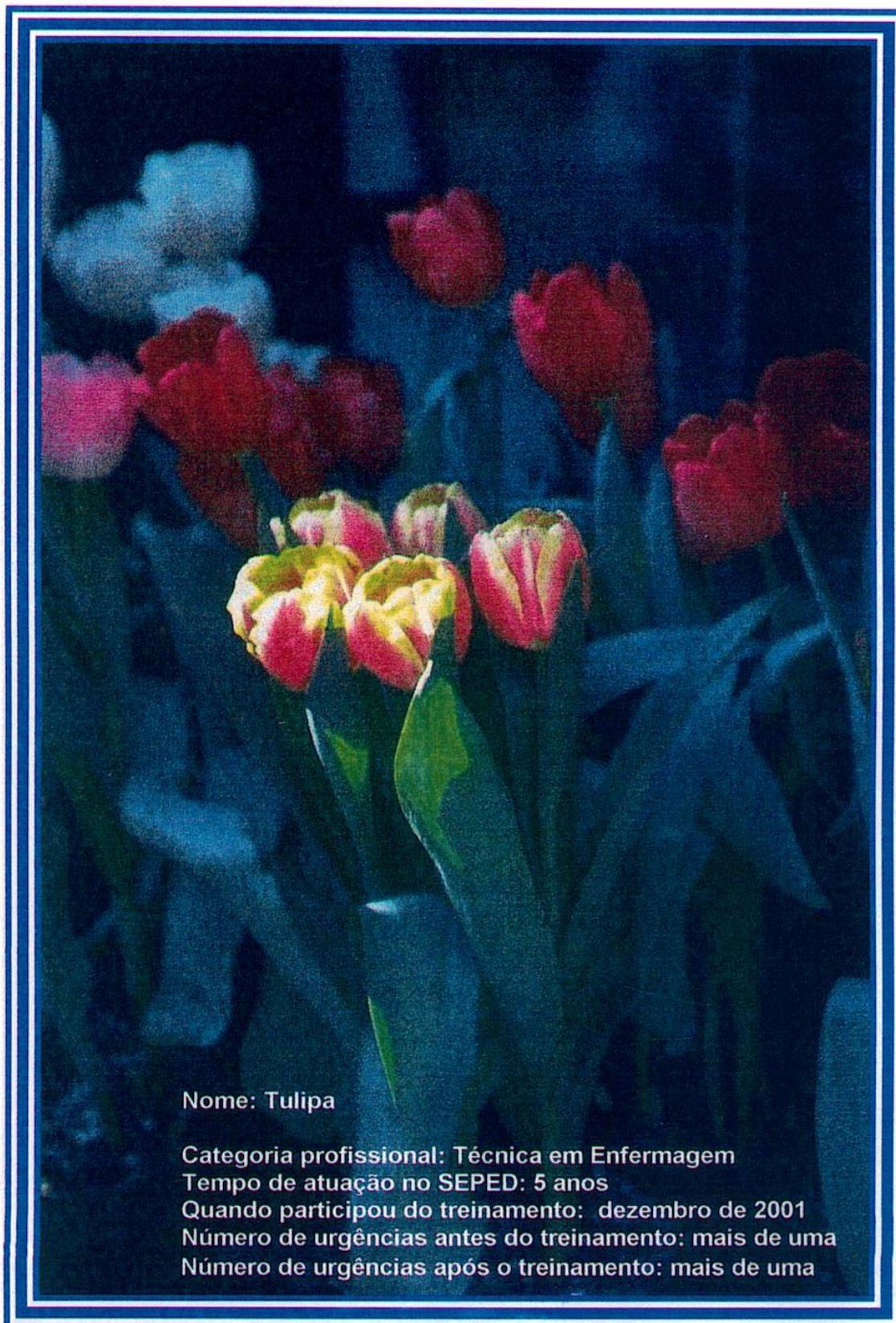
**Categoria profissional: Técnica em Enfermagem**

**Tempo de atuação no SEPED: 1 ano e 3 meses**

**Quando participou do treinamento: julho de 2001**

**Número de urgências antes do treinamento: mais de uma**

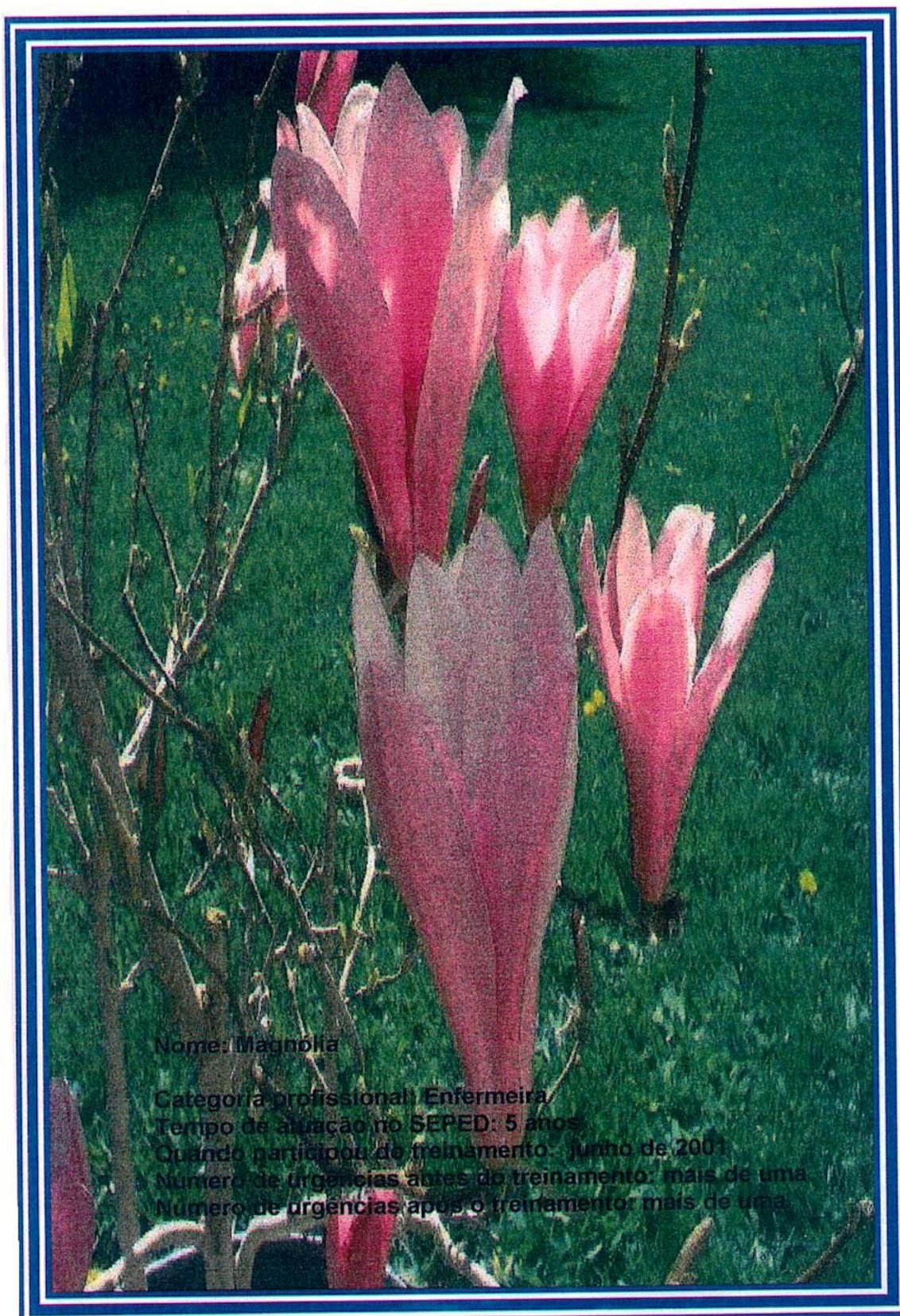
**Número de urgências após o treinamento: mais de uma**

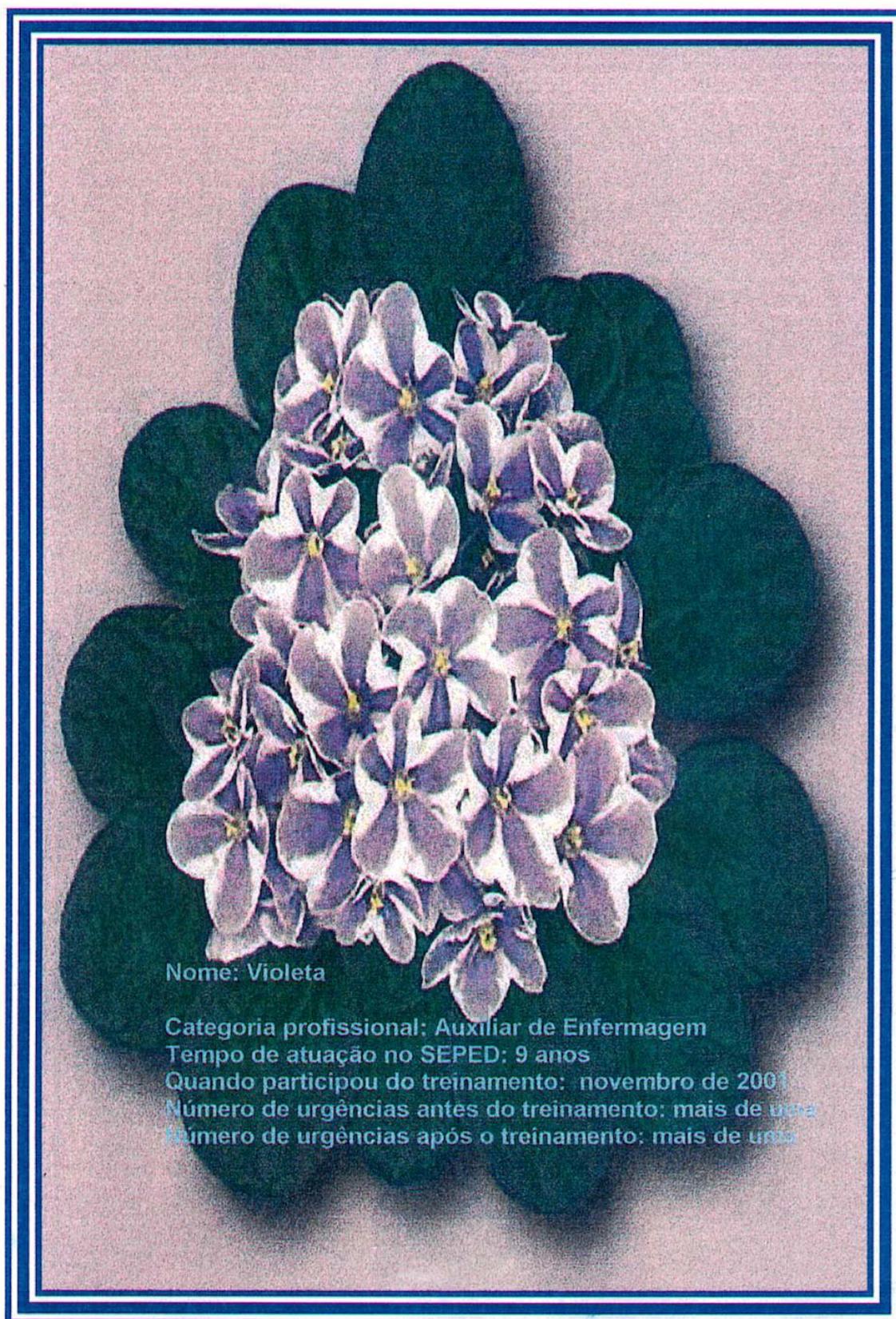


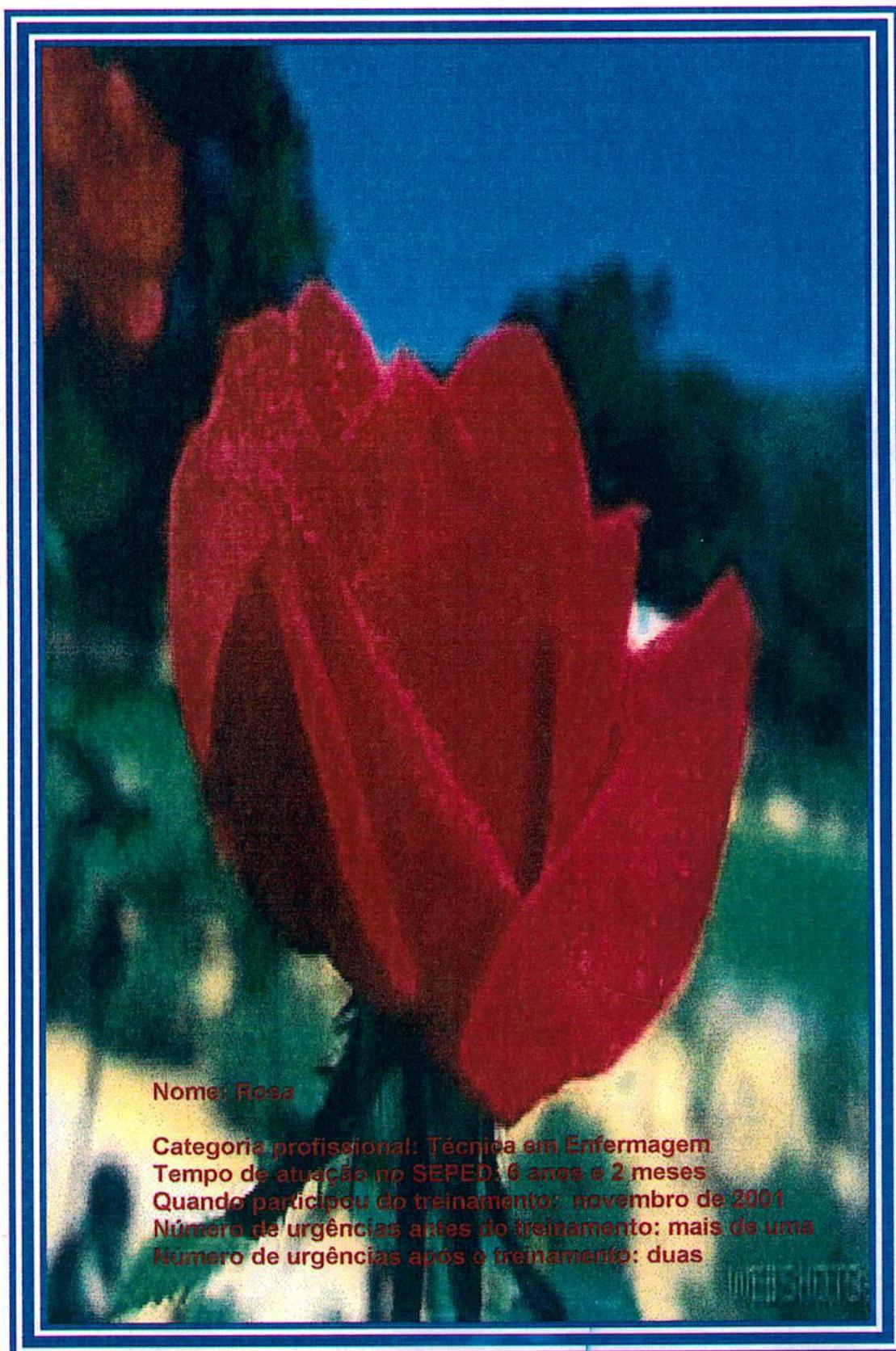








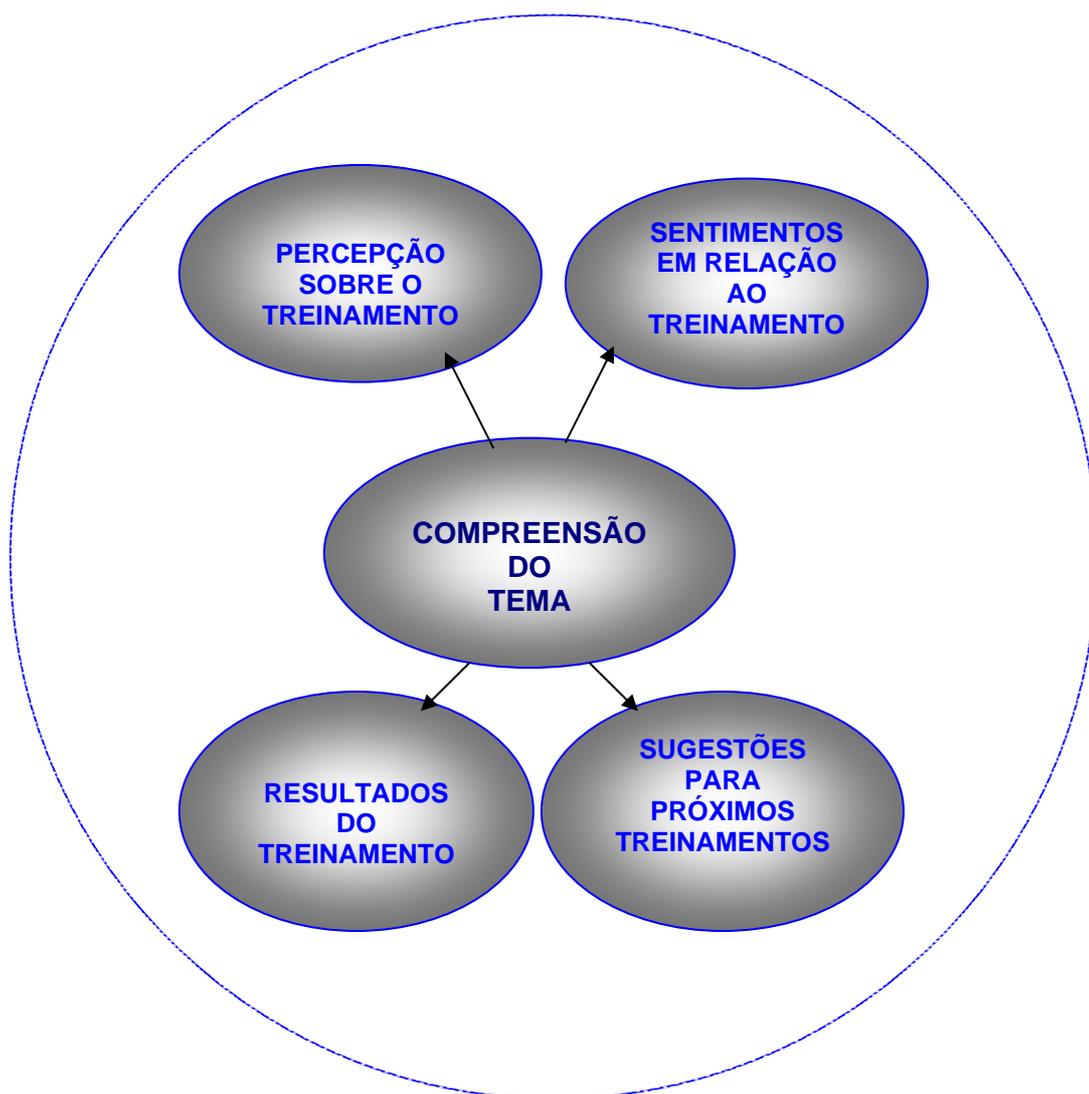






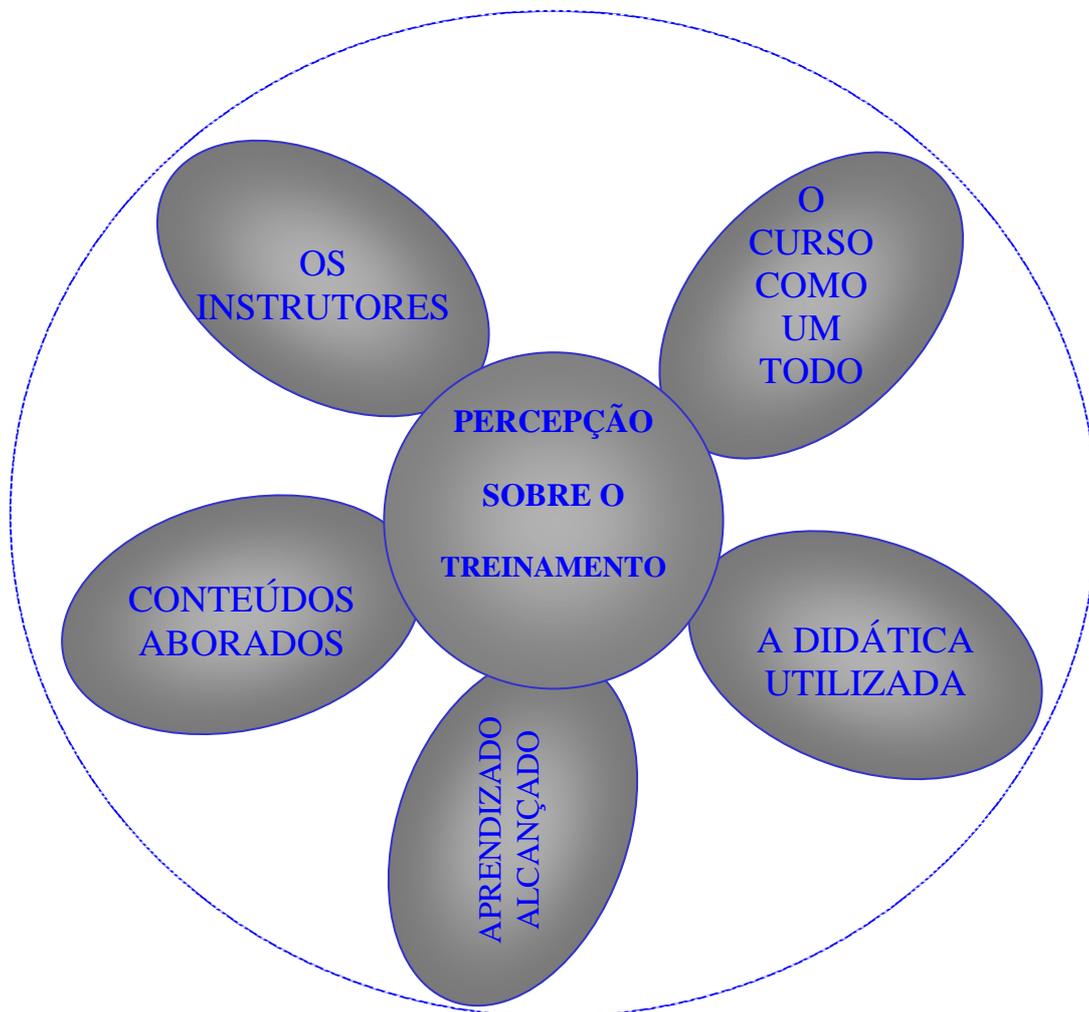


## 7 PERCEPÇÕES DO CUIDADOR DA CRIANÇA HOSPITALIZADA SOBRE O TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA



Neste estudo, após a análise de conteúdo das informações emergiram quatro categorias: 1- Percepções sobre o treinamento; 2- Sentimentos em relação ao treinamento; 3- Resultados do treinamento e 4- Sugestões dos participantes para os próximos treinamentos.

## 7.1 PERCEPÇÕES SOBRE O TREINAMENTO



Ao buscar compreender a percepção que os participantes do estudo têm do treinamento, constata-se que todos fazem uma avaliação positiva, através das suas falas, referindo-se ao curso como um todo, aos instrutores, aos conteúdos abordados, à didática utilizada e ao aprendizado alcançado.

Os participantes do estudo, ao realizarem uma avaliação geral sobre o curso, destacam aspectos de organização de um treinamento, a apresentação do programa priorizando a essência do tema e como foi ordenado, porque uma lógica sequencial do assunto facilita o

aprendizado. Tornar um treinamento interessante exige, dos instrutores, a habilidade de se posicionarem também como aprendizes, criando estratégias que favoreçam a interação e o entendimento das ações de forma agradável, motivando para um fazer melhor de como o é hoje. O treinamento prepara os cuidadores, oferece o conhecimento necessário para o bom desempenho na hora em que uma criança necessita de uma atenção adequada porque sua saúde está se tornando tênue. Dizem que é possível a organização na hora da urgência quando conhecem as medicações, sabem quem faz o quê, e o que fazer primeiro o que torna o atendimento rápido e ágil. Dizem perceber que mesmo que a equipe de enfermagem tenha vários anos de formação e de experiência não significa segurança. Fazer o treinamento, sim, representa segurança, ter convicção da competência de cada profissional que compõe a equipe. As falas de Violeta e de Tulipa traduzem algumas percepções.

Acho que tem que ter pessoas treinadas[...], e a pessoa tem que ter calma, porque se ficar nervosa não consegue preparar a medicação podendo errar[....](Violeta).

Eu percebi que as pessoas que cuidam em unidade abertas não tinham uma visão do que seria uma urgência (Tulipa).

Um treinamento que visa a preparar a equipe para o pronto atendimento na urgência é necessário para os profissionais que convivem com mais frequência com a urgência e principalmente aqueles que poucas vezes se deparam com esta situação.

Para Bastos (1994), a organização de um treinamento envolve definição de objetivos, isto é, o que se pretende com a ação do treinamento, planejamento de conteúdos significativos e atualizados, abordagem através de linguagem acessível, utilização de recursos que despertem interesse dos treinandos e validação dos métodos e técnicas de forma a desvendar se os objetivos são alcançados.

Castro (2001) afirma que, quando um treinamento não é avaliado, os participantes continuam a fazer o treinamento em que não conseguem aprender, mudanças não podem ser realizadas, as atividades inefetivas não podem ser substituídas por atividades efetivas, e o treinamento pode se tornar uma ferramenta que esbanja recursos e há pouco resultado.

Assim, ao organizar um curso, deve-se ter a preocupação com o conteúdo a ser abordado, a sua distribuição, a população-alvo que busca o aperfeiçoamento, os objetivos e o tratamento dos resultados. Espera-se que o curso agrade a todos os participantes, mesmo àqueles que aparentemente não estavam estimulados a fazê-lo. O depoimento de uma participante reitera esse pensamento.

Bom, eu fui meio assim... sem saber o que esperar. Mas achei o treinamento muito bem estruturado [...]. Do jeito que foi feito quando eu participei, o treinamento atinge os objetivo (Magnólia).

Por se tratar de um treinamento para o atendimento pediátrico, observa-se que mesmo que todos tivessem experiência na área, houve uma receptividade favorável para fazer o treinamento.

Como nos foi apresentado [...] está muito bem montado, porque fica fácil também para o orientador, no caso quem vai ministrar o curso (Magnólia).

Eu gostei, foi muito bom, eu acho que deve ser sempre reforçado esse lado da enfermagem[...], do cuidado de observar o paciente, é muito bom perguntar se o paciente está assim... por exemplo com a frequência cardíaca alta, o que a enfermeira acha ?(Crisântemo).

As contribuições de Magnólia e Crisântemo fazem despertar a autocrítica e estimulam a sempre reavaliar as ações, a manter a posição de aprendizes, pois, de acordo com Milioni (2001, p. 68), treinamento “é a ação sistematizada de educação para a capacitação, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento do indivíduo”.

Quando os participantes do estudo avaliam positivamente o treinamento significa que os profissionais que o prepararam e os profissionais que o receberam possuem maturidade para esta missão, e isto é entendido como um passo para a melhoria profissional recíproca.

Percebe-se, através das falas dos participantes, que o treinamento contribuiu positivamente, por exemplo, quando se referem que foi bem-estruturado, como documenta a fala de Magnólia.

Ao se referirem aos instrutores que ministraram o treinamento, os participantes destacaram aspectos que se acredita serem fundamentais nesse tipo de atividade, o que pode ser comprovado quando os participantes revelam que eles conseguiram passar o conhecimento que possuem e, mesmo tendo experiência, prepararam-se para ministrar o curso com boa abordagem didática, evitando tornar o treinamento cansativo. Vários participantes perceberam que os instrutores associavam, com frequência, o conhecimento teórico com a prática, buscando a forma mais adequada para transmitir suas vivências de maneira atraente, dinâmica, participativa, evitando que a platéia perdesse o interesse, assegurando-lhe a motivação, durante o treinamento.

As falas a seguir representam a opinião dos participantes do estudo quanto à habilidade dos instrutores para ministrar o treinamento.

As pessoas que ministraram as palestras sabiam, conseguiram passar o objetivo delas (Lírio).

Não é maçante para quem assiste, porque quatro horas, às vezes a gente pode perder um pouco a fluidez, pode ser cansativo (Magnólia).

Os profissionais enfermeiros que ministraram o treinamento, ora em estudo, procuraram o seu autodesenvolvimento, participando de várias comissões no próprio Serviço de

Enfermagem Pediátrica. Buscaram o aperfeiçoamento realizando cursos fora da Instituição, direcionados especificamente ao atendimento da criança grave, como é o caso do curso de Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS), da Sociedade Brasileira de Pediatria.

O profissional que se propõe a ensinar, em geral expande seu conhecimento também para outros saberes, como lidar com pessoas, aperfeiçoando a comunicação, requisito cada vez mais exigido no mundo atual.

Para Neves (2001), a comunicação é o elemento estratégico para a integração de pessoas, metas e objetivos, e está presente ao falar, escrever, escutar, ouvir, ver, silenciar e no ato de as pessoas se movimentarem.

A metodologia utilizada pelos instrutores para expor os conteúdos do curso beneficiou a compreensão e o entendimento do tema, com aproveitamento adequado por parte dos participantes do treinamento, como fala Dália.

No treinamento deu pra ver que a coisa, o [atendimento] é mais organizado do que eu pensava (Dália).

Um treinamento é necessário até para desmistificar o cenário que surge durante um atendimento de urgência que, certamente, impõe ansiedades, fato confirmado pela fala de Dália.

O fato de os instrutores exporem suas experiências do cotidiano, situações que realmente acontecem durante a hospitalização da criança, contribuiu para o entendimento dos conteúdos, salientadas na fala de Lírio.

O treinamento foi muito interessante, abordou tópicos que realmente acontecem, os primeiros sintomas e o que fazer(Lírio).

A reanimação cardiopulmonar é um tema que aborda situações que envolvem a vida e a morte. Portanto, é necessário criar estratégias que demonstrem a importância da ajuda que pode ser oferecida à criança que a necessita. Valorizar o avanço dos treinandos representa incentivar a autoconfiança, fortalecer alianças e o trabalho em equipe, requisito indispensável quando se cuida da criança em situação crítica, independente do diagnóstico e prognóstico.

Para Mosquera (1977), o professor, além de ensinar, deve exercer o modelo, assim sua contribuição será impregnada de motivação constante, conduzindo para a busca do melhor para si e desenvolver a capacidade para a autocrítica, mola que impulsiona e amadurece gerando crescimento.

Ao se referirem à didática no treinamento, os participantes valorizaram a união da teoria com a prática. As simulações promoveram a oportunidade de cada participante dar a sua contribuição, esclarecer a definição de papéis no atendimento e a prioridade das ações em situação de urgência. Quando falaram que a teoria e a prática se complementaram enfatizaram que são as situações vivenciadas no cotidiano ali demonstradas, a forma correta de atuar, valorizando a importância dessa demonstração, do funcionamento de todo o material utilizado em situação de urgência, consequências decorrentes do uso incorreto dos materiais, da possibilidade de manipular o material, o que permite se familiarizar com ele e de fixar particularidades em relação aos cuidados necessários para com o material .

Ao se referirem às simulações, estratégia de ensino utilizada na aula prática do treinamento, os participantes enfatizaram a importância na simulação de papéis e o fato de cada um poder viver vários papéis e em momentos diferentes, podendo compreender as

prioridades do atendimento de urgência e a seqüência de cada procedimento. Ainda em relação a este tópico, valorizaram a oportunidade de todos os participantes do treinamento poderem participar, emitir opiniões e realizar troca de experiências no grupo.

Para documentar a importância da didática na execução do treinamento em estudo, transcreve-se as falas a seguir.

Eu achei bom ter a explicação teórica, poder ver, manusear o material específico para reanimação em pediatria, o papel da enfermeira, do auxiliar, do técnico no momento da urgência (Margarida).

Eu achei bom, uma explanação teórica, uma revisão da fisiopatologia da PCR, o manuseio com o material específico, corrigir erros, o papel da enfermeira, a coordenação da equipe no momento da PCR (Lírio).

O fato de se proporcionar a cada participante do treinamento a assumir o papel de cuidador em um momento crítico da hospitalização da criança, através da simulação de uma urgência significa experienciar posicionar-se como se fosse uma urgência real e contribuir para o fortalecimento profissional. A seqüência criteriosa na apresentação dos conteúdos tanto na parte teórica quanto na parte prática do treinamento é um aspecto que conduz para um adequado ensino e aprendizagem.

Conhecer o funcionamento do mecanismo sadio da respiração e circulação interfere na atuação da equipe, na hora de realizar cuidados ou de prevenir que a criança evolua para uma parada cardiorrespiratória e na hora de reanimar uma criança. Por esta razão é um assunto abordado na parte teórica do treinamento.

As particularidades do grupo pediátrico exigem o conhecimento ligado às suas especificidades, por exemplo, utilizar um ressuscitador de adulto requer o ajuste de pressão para a criança, sob pena de causar iatrogenias decorrentes da falta de conhecimento.

Um treinamento que permite a manipulação de material específico, proporcionando a sua exploração sem medo de errar e até corrigir lapsos, questionar e sugerir enriquece o modo de fazê-lo e a relação com o momento de aplicação desse conhecimento. Igualmente, a distribuição de papéis e de tarefas vivenciados durante a prática simulada favorece a atuação do participante, como se fosse um momento real, permitindo-lhe associar concretamente o ato simulado ao real, e experimentar parte do resultado da sua ação.

A didática, na parte prática, foi bastante citada e valorizada, por ter permitido que todos participassem e fossem estimulados. A prática valorizou a troca de experiências, pois eram profissionais de vários serviços e ou unidades de atendimento pediátrico que participaram do treinamento. Essa troca enriquece a interação e o aprendizado, motiva para o saber e o saber fazer, gerando um contentamento e realização pessoal.

Eu achei bom a oportunidade de todos poderem praticar, todos foram chamados a participar da prática e eu observei também a minha reação (Lírio).

Percebe-se que, com a didática e pelos os conteúdos utilizados, houve um bom aproveitamento do treinamento, sobre o qual os participantes abordam dois aspectos relevantes: aprendizado para a prática profissional e para o cotidiano da vida.

Quanto ao aprendizado (feedback) decorrente do treinamento, a maioria enfatizou o aspecto da atualização de conhecimento, principalmente o relacionado à tecnologia e às medicações, comprovando a não acomodação frente ao que já sabiam. O treinamento estimula a estudar, não ficar na acomodação, estar atento ao uso de novas medicações, seu efeito, ao uso de novas tecnologias para melhor realizar o cuidado no cotidiano do atendimento à criança hospitalizada

Constata-se, portanto, que o treinamento promoveu a oportunidade de corrigir erros, ensinar o que fazer primeiro, as ações imediatas, a agilidade no momento da urgência na unidade. O treinamento possibilitou exercitar o papel de cada membro da equipe durante uma urgência, evitando ações duplicadas, desperdício de tempo, e o quanto se pode beneficiar a criança quando a equipe está preparada e organizada. As falas que se seguem documentam essa percepção.

Nós trabalhamos em uma área que temos que estar sempre estudando... a enfermagem tem que estar sempre estudando para realizar melhor o seu trabalho, não ficar na comodidade porque surgem coisas novas, doenças novas, medicações novas (Tulipa).

Com a crescente e constante evolução da Ciência, a validade do conhecimento pode se tornar mais breve porque, segundo Goldim (2002), a pesquisa científica é uma atividade em constante evolução, conduzindo para novas descobertas, estimulando a busca contínua do conhecimento.

É importante um treinamento, os benefícios que ele traz para a criança, para a equipe, o manuseio dos materiais, tem horas que a gente perde um pouco, a agilidade é retardada pelas dificuldades com o material específico (Magnólia).

Cabe ressaltar que as instituições de saúde, os hospitais de grande porte, semelhantes àquele no qual este estudo se desenvolveu, se direcionam para pesquisas em áreas específicas, determinam avanços tecnológicos de ponta, o que exige aperfeiçoamento contínuo de sua equipe.

Cada treinamento faz com que a gente veja que tem coisas que a gente vai aperfeiçoando, em função do uso dos materiais de reanimação cardiorrespiratória, assim como os ressuscitadores, porque muda a marca, muda o sistema e atrapalha se a gente não sabe (Flor de Liz).

À medida que surge nova aparelhagem e o hospital a adquire, o treinamento é necessário para que toda a equipe receba as informações sobre o completo funcionamento e

normas de uso, conservação e manutenção dos equipamentos, garantindo que tudo corra bem no momento em que se faz necessário o uso de aparelhos novos, como relata Flor de Liz.

Pelo menos uma participante (Rosa-cor-de-rosa) afirmou claramente que o aprendizado obtido no treinamento pode ser utilizado também no cotidiano da vida, pois pode-se defrontar com pessoas que necessitem de ajuda fora do contexto hospitalar, por exemplo, familiares, amigos, a comunidade em que se vive. Essa percepção também é compartilhada por várias pessoas que participaram do estudo.

Um treinamento pode ajudar muito, sempre, porque se a gente tiver aí fora uma necessidade, uma urgência faz o que sabe (...) (Rosa cor-de-rosa).

Para Olivares (1994), a atividade prática conduz à recuperação da coragem, ao desenvolvimento da autoconfiança e da auto-estima, de modo lúdico.

A avaliação do treinamento pode determinar o quanto se satisfaz as necessidades dos participantes, e em que medida os conteúdos e os métodos de ensino ajudaram a atingir o aprendizado, quanto e como o treinamento auxilia no cotidiano do cuidado e pode ser útil no cotidiano da vida.

Quando a equipe de atendimento de urgência está treinada, engajada com as rotinas da instituição, sente-se mais segurança em atuar nas situações críticas, por exemplo, a parada cardiorrespiratória. Mediante o treinamento, cada participante pode experimentar o quanto necessitava rever os conhecimentos e sentir o benefício da aquisição de novos saberes.

Geralmente, quando se programa um treinamento em serviço, busca-se qualificar a atuação dos profissionais e, algumas vezes, isso implica mudança de comportamento. Os

participantes do treinamento que também o são deste estudo, dizem que a mudança de comportamento foi resultado desse treinamento, que também lhes possibilitou reavaliar o fazer, adequar técnicas e corrigir erros.

A instrumentalização quanto ao uso correto dos materiais específicos, sua importância, as conseqüências decorrentes do descuido com o material foi uma abordagem necessária nesse treinamento, pois a vivência do cuidado cotidiano à criança hospitalizada mostra que pode-se salvar vidas quando há essa preocupação. A preocupação com o material é evidenciada pelas falas de Rosa cor-de-rosa, Lírio e Orquídea.

O carro de parada deve ter tudo aquilo [...] deve estar pronto, revisado, não pode faltar nada (Rosa cor de Rosa).

A importância de se manter o carro de parada em condições, saber onde estão as coisas...(Lírio)

Eu achei interessante o que o treinamento fez, depois do curso eu fui lá no nosso carro de parada, fui manusear o que tinha, revisando máscaras, ressuscitadores, eu sabia o valor destes materiais (Orquídea).

Os participantes enfatizaram, também, a necessidade da aquisição de conhecimentos através do treinamento, tanto ao desenvolver ações imediatas no momento da urgência quanto durante o tempo que aguardam a equipe móvel chegar, equipe esta composta por profissionais da unidade de terapia intensiva pediátrica. Conhecimento relativo à importância do reconhecimento de prioridades, à prontidão no atendimento aos sinais de piora, à mobilização e à organização da equipe. Este fato é confirmado com as manifestações que seguem.

Então foi bom este curso para as pessoas fora da UTIP, saber como funciona o procedimento da urgência, estar preparado, porque é na hora da urgência que tem que estar tudo funcionando, porque se o ressuscitador, o vacuômetro não estão funcionando a criança[...] (Crisântemo).

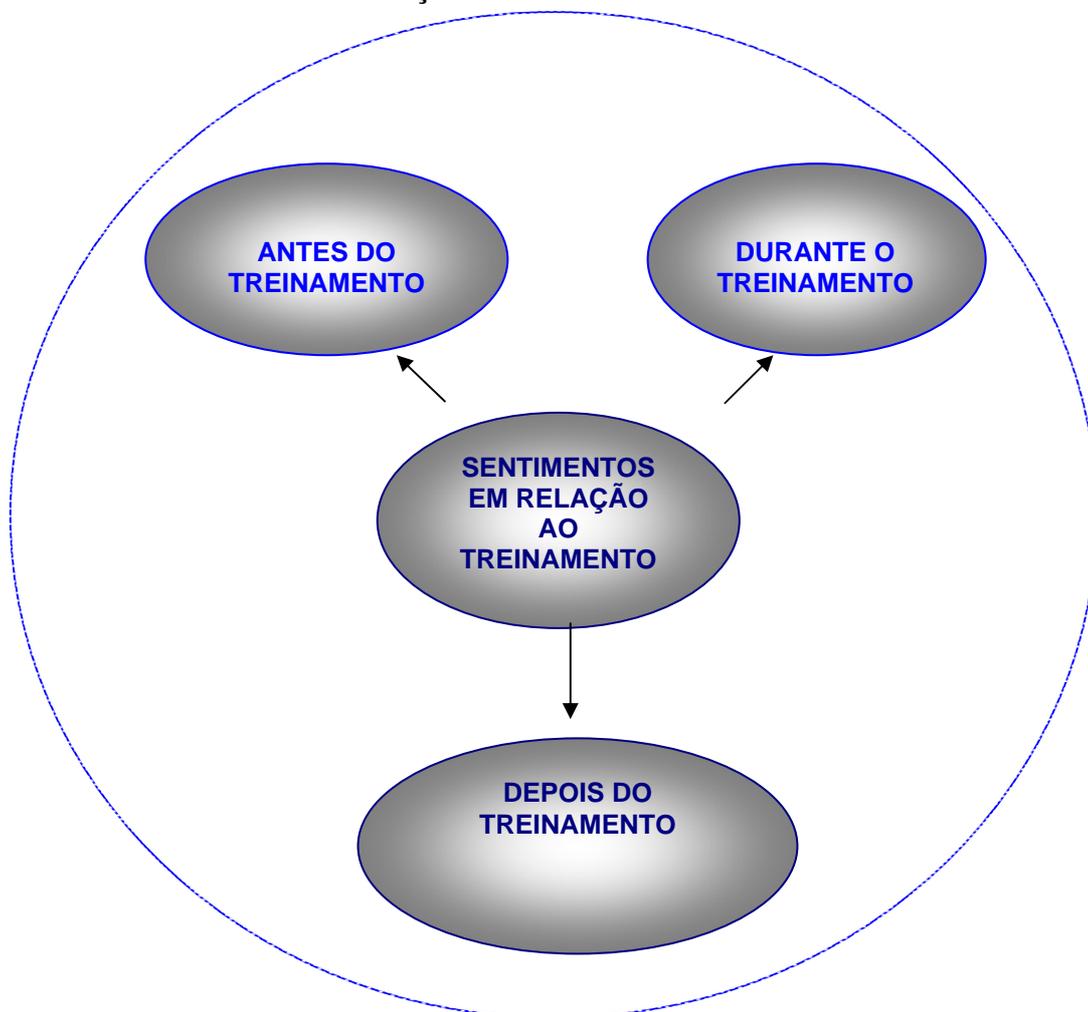
Na nossa unidade nós não temos muitas paradas, a [equipe da] UTIP, móvel, chega rápido[...] mas nós temos que saber o que fazer, dar o primeiro atendimento. (Rosa cor-de-rosa)

Ações ágeis, por ordem de prioridade, trabalho em equipe, precisão, prontidão e organização simbolizam o atendimento qualificado na urgência.

Quando os participantes do estudo revelam que o treinamento foi bom, no geral, pode ser entendido que os objetivos foram atingidos. É isto que prima a avaliação do treinamento e os organizadores a encaram como um crescimento e amadurecimento.

Concorda-se com Milioni (2001, p. 69), quando afirma que avaliar “significa submeter algo a um processo de análise, normalmente determinado por parâmetros concretos ou referenciais”. Também se concorda com Bartley (1969), ao afirmar que a percepção é utilizada para expressar diversos significados, qualquer ato, processo de conhecimento dos fatos e verdades.

## 7.2 SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO TREINAMENTO



Os afetos traduzem a maneira de se estar no mundo, através de dois estados: estado de ânimo, contentamento, quando se percebe o mundo colorido, positivo, com vontade; estado de depressão, quando se sente tristeza, desânimo e se percebe o mundo cinza, pesado, esvaziado.

Romero (1999) diz que os afetos se referem a qualquer modalidade específica da afetividade e estão presentes em todas as dimensões básicas da existência. Os afetos inscrevem-se no organismo em forma de reações psicossomáticas, envolvendo atividades fisiológicas para elaborar as respostas. Eles permeiam o relacionamento em forma de sentimentos que vinculam o ser de maneira positiva ou negativa ao próximo, fazendo com que a simpatia e a antipatia sejam as duas polaridades elementares do sentir. Beleza, Bondade, Verdade e Justiça, esses quatro valores supremos não apenas nos servem de referência para julgar a qualidade e o bem intrínseco das coisas e dos atos humanos, também nos comovem tocando nossa sensibilidade (ROMERO, 1999).

Para conhecer e compreender quais os sentimentos que afloraram durante treinamento, na opinião dos participantes deste estudo, julga-se adequado, inseri-los em três momentos: antes, durante e após o treinamento.

### **Antes do treinamento**

A análise das informações mostra que os sentimentos antes do treinamento se traduzem em insegurança, temor e sensação de despreparo técnico.

Os cuidadores, ao assumirem o primeiro emprego, independente da área de atuação, são acometidos de sentimentos de insegurança em relação ao mundo do ser, saber e fazer. Isso pode ser constatado na fala de Dália, quando informa que, ao término de sua formação em nível médio, conseguiu o primeiro emprego na área pediátrica e, mesmo considerando-o uma

conquista, surgiram sentimentos de insegurança e necessidade de complementar a sua formação. O treinamento então a auxiliou a preencher parte dessa necessidade.

Me formei, fiz o concurso e quando me chamaram foi para trabalhar na pediatria, e tudo[...] o que tiveres de informação vem bem![], como proceder na hora da urgência (Dália).

No cotidiano do cuidado à criança hospitalizada, o treinamento é fator imprescindível para o sucesso ao enfrentar situações críticas como é a urgência em PCR, momento que requer uma atuação em equipe, conhecimento e habilidade técnica.

Para habilitar os profissionais da equipe pediátrica é recomendado que periodicamente se promova atualização do conhecimento através de treinamento, grupo de estudos, seminários, entre outros.

O ingresso de um profissional na equipe é um momento relevante e propício para treinamento, considerando-se circunstâncias individuais, como o primeiro emprego, a primeira experiência na área pediátrica, a troca de horário de trabalho, de setor ou de serviço e, conseqüentemente, a troca de equipe de trabalho.

O sucesso no desempenho desse profissional poderá estar relacionado ao treinamento e ao acolhimento recebido da equipe, facilitando-lhe a adaptação e o desenvolvimento na nova função.

Espera-se que profissionais adaptados e treinados consigam desenvolver suas tarefas com eficiência, usando corretamente o material, evitando o desperdício para um cuidado efetivo e qualificado. Já, os profissionais não-treinados provavelmente sejam inseguros e o seu desempenho seja abaixo do esperado.

Sensação de despreparo também pode estar presente nos profissionais recém - chegados à instituição, ou que retornam após um período fora das atividades práticas, seja por licença saúde, férias, licença-prêmio ou licença para estudos, de maneira semelhante a pessoas com vários anos de atividade na instituição, que também manifestam a necessidade de se atualizar, de conferir sua prática. Essa realidade pode ser confirmada pela falas a seguir.

Antes do treinamento, quando eu cheguei, eu senti [...] que poderia estar despreparada e numa posição técnica inferior as minhas colegas. Para mim é como se fosse um recomeço, achei que o curso (treinamento) veio ao encontro das minhas necessidades técnicas e útil no cotidiano do hospital (Orquídea).

Eu também estava insegura, antes do treinamento, não medo, receosa, mesmo com vários anos no hospital e muitos anos de formada (Rosa).

Sentimentos de insegurança podem intimidar as relações entre a equipe, fragilizar o potencial dos profissionais que a compõem, enquanto que sentimentos de segurança favorecem o estreitamento das relações, fortalecem o potencial existente em cada membro da equipe, encorajando-os para a discussão de assuntos de interesse comum, o que pode ser constatado na fala de Margarida.

Quando a gente não sabe, a gente não mexe muito naquilo por temor de questionamentos que não pode responder. Com as informações que tu recebes no treinamento, tu podes compartilhar e multiplicar os conhecimentos (Margarida).

Orquídea fala sobre a importância da maturidade para expressar com naturalidade suas necessidades de revisão, confirmação, atualização, mesmo que se tenha conhecimento e experiência anterior, e isto se torna um gesto nobre no processo de crescimento e renovação do saber.

Embora eu já tivesse um conhecimento prévio, havia a necessidade de afluí-lo, de rever, de tornar claro, de, em algum momento, dizer sim, é assim mesmo que se faz, fazendo me sentir segura como profissional. Eu tinha feito treinamentos anteriores, sou formada há muitos anos, eu queria isso, eu queria sentir novamente esse ambiente técnico para assistir as crianças (Orquídea).

A literatura existente revela essa realidade, quando se manifestam autores em relação à durabilidade do conhecimento, dizendo que ele é cada vez mais curto e confirmando a necessidade de acreditar e praticar a Educação Continuada para o alcance da qualidade do exercício profissional, independente da área de atuação.

O cotidiano do cuidado de uma criança que vive a experiência de uma hospitalização não pode ser dissociado do de sua família, da realidade que procede, da etapa de crescimento e desenvolvimento. Isto deve ser entendido e praticado pelos cuidadores, independente de sua formação e área de atuação. Sensibilidade, preparo técnico, bom senso, entre outras habilidades estão presentes no cotidiano do cuidado à criança e sua família, que passa pela experiência da hospitalização.

No momento em que uma criança tem o seu quadro de saúde comprometido, ela requer, dos cuidadores, entendimento, conhecimento, atenção, discernimento, seja qual for o sistema orgânico afetado. Uma atuação em equipe se torna fundamental para que se possa oferecer-lhe a garantia do atendimento das suas necessidades. Aqui, o trabalho em equipe significa o preparo adequado dos profissionais que participam do cotidiano do cuidado em Pediatria, e abrangente de forma a contemplar as situações de baixa e de alta complexidade.

### **Durante o treinamento**

Para que o treinamento atinja os objetivos é necessário que os instrutores promovam um clima de descontração e equidade no desenvolvimento das práticas relacionadas e assim permitir que, de modo natural e espontâneo, os integrantes possam participar e assimilar os conhecimentos ao ritmo e necessidade de cada um.

O treinamento tem o objetivo de instrumentalizar a equipe com o conhecimento e a habilidade para o atendimento da criança em situação de PCR. Espera-se que o participante que tem um bom aproveitamento sinta-se seguro e sem medo de enfrentar uma PCR.

Quando os profissionais são requisitados para desenvolver o cuidado em Pediatria e não estão habilitados para enfrentar situações críticas como é a PCR, podem passar por vivências que os marcam para sempre. Uma maneira de prevenir essa lacuna é incluir todos os profissionais no treinamento, porque toda a equipe deve se sentir preparada para uma urgência.

Com essa preocupação, durante a parte prática do treinamento, os participantes foram convidados a compor uma equipe de atendimento simulado a um lactente com seis meses de vida hospitalizado para investigação diagnóstica, e que apresentava as intercorrências: sonolência, tosse freqüente e acessos prolongados, sudorese, pausa respiratória, pele moteada, abdome distendido, sendo que a última mamada lhe havia sido oferecida há uma hora por via oral.

A partir da situação apresentada os participantes e o instrutor discutiram as ações, os cuidados específicos que deveriam ser aplicados à esta criança um a um, sua fundamentação e os resultados esperados. Salientou-se que a prioridade devia atender a via aérea sempre, pois somente será efetiva a oferta de oxigênio se a via aérea estiver livre de secreções. O cenário de canalização da via aérea artificial foi ilustrado com a apresentação e manuseio do material – ressuscitadores ambu e máscara adequada, laringoscópio, lâminas, tubos endotraqueais, material de fixação e material de precaução universal. O fato de manusear, desmontar e remontar o material, conhecer as características de cada um para o seu pleno funcionamento, produz a segurança necessária ao bom desempenho nas intervenções reais

A experiência positiva do atendimento de urgência, saber fazer o atendimento com fundamentação, só é possível com o estudo, com o conhecimento da anatomia e fisiologia dos sistemas implicados, os fatores que podem levar a uma PCR, a identificação dos sinais e sintomas, as ações por ordem de prioridade, o que se torna imprescindível na atuação em pediatria, visto a vulnerabilidade da criança.

Os participantes do estudo, ao se referirem aos sentimentos durante o treinamento, expõem os sentimentos de constrangimento aqui compreendidos como inibição, insegurança e medo. Um treinamento, portanto, visa a contribuir para conhecer o novo, sem a intenção de discriminar a experiência e o conhecimento prévios, mas para compartilhar experiências, sejam elas relacionadas ao cuidado com o adulto ou com a criança. Assim, para demonstrar os sentimentos que marcaram a vivência durante o treinamento, os participantes se manifestaram da seguinte forma:

Bom, eu no momento do treinamento, eu lembro que fui convidada para participar nas atividades práticas e fiquei constrangida em fazê-lo por medo de não saber fazer. A PCR em crianças é uma situação que mexe com a gente, e há uma família [...] (Margarida).

Nas situações de ensino e de aprendizagem é necessário e muito oportuno que os treinandos tenham a capacidade e maturidade de verbalizar os sentimentos que certamente não são exclusivos de uma única pessoa. O instrutor, por sua vez, tendo a capacidade de demonstrar afeto, paciência, tolerância e interesse em ensinar, respeitando as individualidades, promoverá a fluidez necessária que cada momento exigir, diz Mosquera (1977). Um treinamento tem a finalidade de auxiliar a se conhecer o que não se sabe e gerar um conhecimento atualizado, o que pode acontecer de várias maneiras.

São inúmeras as diferenças das ações de cuidado na urgência pediátrica em relação às ações de cuidado na urgência em adulto, a começar pelos sinais indicativos de piora. É através de estudos teórico-práticos e treinamentos que se pode alcançar o fortalecimento deste conhecimento, o que possibilita compreender as falas dos participantes deste estudo ao abordarem os seus sentimentos.

Para ir fazer a parte prática tem que perder o medo e com crianças tem pessoas que bloqueiam...(Lírio).

Quando a habilidade sobre determinada situação prevalece e o sujeito se defronta com o novo, cujo domínio ainda não alcançou, mas buscou é natural o sentimento expectante. O conhecimento pode ser posteriormente adaptado ao já existente. É importante respeitar-se esta ordem em benefício do aproveitamento do treinamento. Situação semelhante ocorre quanto às afinidades pessoais, ou seja, o desejo de fazer a demonstração prática com um colega com quem se mantém um relacionamento mais estreito, como ilustra a fala de Orquídea.

Na parte prática há um grupo que vai primeiro, eu preferi observar e ir no segundo grupo (Orquídea).

A parte prática do treinamento permite a participação dos integrantes, na demonstração de cuidados em situação de urgência. Nesse momento, uma equipe é composta e apresenta-se uma situação (caso clínico), em que todos se dispõem para o atendimento em diferentes papéis. A simulação permite aos integrantes de um treinamento experienciar uma situação crítica fictícia e como se comportar numa situação real de urgência. Também a oportunidade de manipular o material, conhecer os detalhes do funcionamento de cada um, é o diferencial para bem usá-lo, mantê-lo e preservá-lo.

### **Após o treinamento**

Ao se referirem aos sentimentos após o treinamento, os participantes dizem experimentar maior segurança, sem entrar em pânico na hora da intercorrência. Afirmam com veemência a importância de todos saberem o que fazer na hora da urgência, de cada um estar preparado, treinado, em parceria com a equipe médica, em favor de melhor resultado, menor estresse. Este é um fator positivo e de crédito ao treinamento e à Educação Continuada. Constatou-se, neste estudo, que tranquilidade e segurança foram os termos mais utilizados pelos participantes, após o treinamento.

O depoimento de Orquídea dá a idéia de que a tranquilidade sentida por ela não está relacionada apenas ao “saber fazer”, na urgência; tem uma dimensão maior, pois se refere ao preparo dos profissionais, requisito fundamental em pediatria para o sucesso do cuidado nesse momento crítico.

Após o treinamento, eu sabia como avaliar, o que fazer, como mobilizar a minha equipe, como conversar com os profissionais médicos. Eu fiquei mais tranqüila e acho que esta criança foi bem atendida (Orquídea).

A fala também se refere ao encadeamento das ações de cuidado que inicia com a atenção na identificação precoce dos sinais de piora, seguida pela comunicação, avaliação e a coordenação efetiva de sua equipe de trabalho, promovendo ações precisas, rápidas e fundamentadas quando a intervenção se for necessária. Cita a interação com a equipe médica e, principalmente, a avaliação de resultados do atendimento da PCR, ao dizer que a criança foi bem atendida, que sua avaliação foi adequada, e que a mobilização da equipe contemplou as necessidades da criança.

Moscovici (1999) considera equipe um grupo de pessoas que compreendem os seus deveres, objetivos e está engajado em alcançá-los, por uma atuação compartilhada. Um grupo

de pessoas passa a ser uma equipe quando está atento à sua própria maneira de agir e colabora na resolução de problemas que afetam o funcionamento do grupo. Várias são as possibilidades de se fortalecer uma equipe, revisar a atuação desenvolvida em um momento do cuidado cotidiano, apontar o que foi bem feito, atendido, mostrar com fundamentação científica o que poderia ter sido melhor e outras.

A literatura e o cotidiano da prática pediátrica reforçam as vantagens de se discutir, rever como foi o atendimento, o que foi suficiente e o que pode ser incrementado. Equipe e criança são os maiores beneficiados quando este exemplo é exercido, e não deveria haver constrangimento, receio em fazê-lo, pois o fortalecimento do conhecimento pode ser solidificado com esta prática.

O depoimento de Flor de Liz revela outra dimensão, a capacitação de toda a equipe, enfocando a importância da instrumentalização individual e coletiva em busca da qualidade do cuidado.

Eu acho que me sinto um pouco mais tranqüila em relação ao atendimento [...], porque eu vou ter o acompanhamento da equipe de cuidado um pouco mais aperfeiçoada, por isso te dá mais segurança (Flor de Liz).

A participante também diz que, caso a equipe não ande no mesmo compasso, os resultados poderão ser desastrosos para a criança, pois a gravidade do seu estado de saúde tem que ser percebido e valorizado por todos. De maneira semelhante refere-se à equipe, quando sua avaliação não é considerada na intensidade necessária.

Eles (médicos) acham que exageramos (enfermeiras) um pouco, duvidam por vezes da nossa avaliação, e isto te deixa uma insegurança. Eu me sinto mal quando eu avalio e o plantão não entende a gravidade da criança na mesma proporção (Flor de Liz).

Com um treinamento coletivo, é esperado que a equipe tenha a mesma linguagem e utilize os mesmos critérios de avaliação. Quando o treinamento é individual, a instrumentalização é heterogênea e o cuidado poderá ser desigual.

É possível que ocorra um atendimento harmônico, com sintonia adequada dos profissionais envolvidos, quando todos foram treinados, enquanto que poderá ocorrer um atendimento marcado por estresse e frustração quando realizado por profissionais não - treinados, cuja sintonia não atenda aos princípios de um trabalho em equipe.

O depoimento de Orquídea reforça o de Flor de Liz quando enfoca a necessidade de instrumentalização coletiva, promovendo a credibilidade e entrosamento entre os integrantes da equipe.

É necessário valorizar mais a avaliação da enfermeira [...], eu acho que eles (os médicos) têm que acreditar um pouco mais na enfermagem e valorizar na mesma intensidade as alterações da criança [...](Orquídea).

Em hospitais-escola há o ingresso anual de médicos residentes que desenvolvem atividades de aperfeiçoamento teórico e prático no seu currículo de pós-graduação acadêmica, também nas unidades de internação pediátrica. A necessidade de adaptação à instituição é um fato que ocorre sobremaneira e a integração torna-se uma necessidade mútua, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica.

Quando um novo profissional é inserido num grupo de trabalho, diferenças individuais que englobam conhecimentos, informações, opiniões, preconceitos, atitudes, experiências anteriores, gostos, crenças, valores e estilo comportamental trazem inevitáveis diferenças de percepção, opinião e sentimento em cada situação compartilhada. Desse modo, a maneira de lidar com as diferenças individuais exige de cada profissional um domínio nas relações

interpessoais, tendo forte influência sobre o grupo de trabalho no processo de comunicação, no desempenho pessoal, no comportamento, na organização e na produtividade .

O relacionamento interpessoal pode tornar-se e manter-se harmonioso, possibilitando um trabalho cooperativo, em equipe, com integração de esforços, conjugação de energias, conhecimento, experiências, em benefício da criança que tem seu quadro clínico alterado. Falhar nesse relacionamento pode ser catastrófico e pode evoluir para resultados e sentimentos conflituosos.

A American Heart Association (1998) é clara ao se pronunciar sobre avaliação de crianças: o reconhecimento precoce dos sinais de alterações da criança, a avaliação, o estabelecimento de intervenções de forma precoce podem determinar o prognóstico dessas alterações.

Salomão (1994, p. 416), ao discorrer sobre o desenvolvimento de equipes, refere que “o que caracteriza uma equipe são os resultados comuns obtidos por interatividade, as pessoas juntas oferecem suas competências e conjugam seus esforços para fazerem coisas que são da responsabilidade do conjunto, mesmo que haja uma chefia que se responsabilize pelas mesmas”.

O autor também refere que equipe é um tipo especial de grupo, por reunir pessoas que interagem para que os objetivos comuns sejam alcançados, focando o seu desenvolvimento muito mais na otimização dos processos interativos necessários ao seu papel do que em comportamentos ou desenvolvimentos pessoais.

É no cotidiano que se depara com o confronto das dificuldades, falhas de comunicação, tarefas mal - entendidas, e que o fator humano se faz presente. E é no momento de lidar com

conflitos que se percebe quanto as pessoas podem influenciar nos resultados. O motor do desenvolvimento é o desejo consciente de compartilhar soluções.

Concordando com Moscovici (1998), ao se referir às relações interpessoais, pode-se afirmar que, no cotidiano do cuidado à criança hospitalizada, existem atividades predeterminadas, interações, sentimentos, resolução de problemas emergentes, administrativos e, ou assistenciais que envolvem a criança, a família e, muitas vezes, a equipe. Quando predomina um clima de comunicação, cooperação, respeito, amizade, competência, esses encargos previsíveis e não-previsíveis tendem a ser solucionados de forma positiva, com resultados satisfatórios, embora o embaraço com que certas situações possam se apresentar. Constata-se que sentimentos positivos e empatia promovem aumento da interação, produtividade, qualidade, satisfação e realização profissional.

Por sua vez, sentimentos negativos, antipatia e rejeição tendem a diminuir as interações, desfavorecendo a condução das tentativas de resolução de problemas durante determinado expediente de atividades. Até profissionais competentes tendem a render menos sob a influência de desajustes interpessoais.

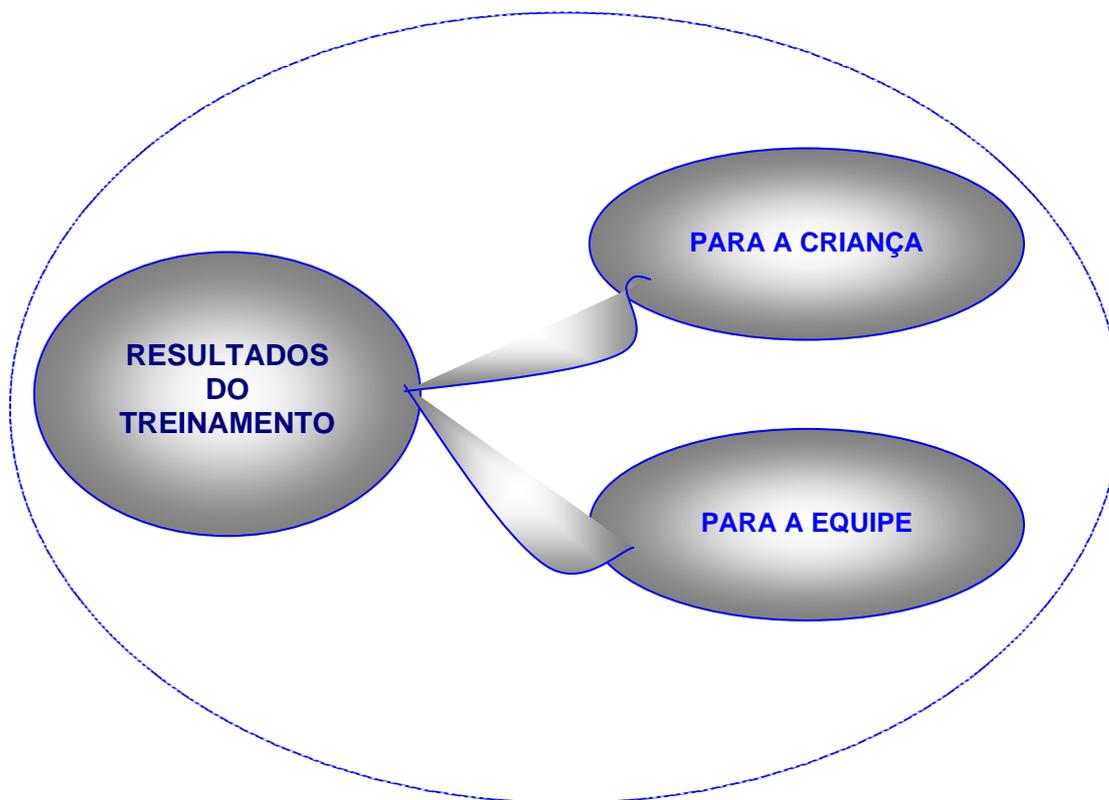
Após o treinamento, a equipe sente-se mais segura e confiante para detectar precocemente os sinais de alerta para a PCR e, se necessário, realizar o atendimento de forma adequada, traduzindo-se em bons resultados e competência profissional.

No entanto, conhecimento e habilidade podem gerar novos sentimentos, relacionados aos profissionais da equipe que ainda não participaram do treinamento. Os que não participaram podem se sentir motivados para a atualização ou simplesmente se sentirem em posição inferior e desconfortável, o que implica, também, qualidade do cuidado. O trabalho

em equipe também pode implicar interesse de todos os membros que possuem habilidade e conhecimento para as situações que o cotidiano exigir.

No cotidiano de cuidar e ensinar, tanto no exercício profissional quanto no convívio familiar, o entendimento das peculiaridades do ser humano, em todas as etapas da vida, representa um estado de maturidade que propicia a experiência positiva do viver. No entanto, para que isso ocorra é indispensável que se esteja seguro e se tenha profundo conhecimento pessoal.

### 7.3 RESULTADOS DO TREINAMENTO



Para identificar e documentar a percepção da equipe de enfermagem sobre os resultados do treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica, julga-se oportuno agrupá-los em resultados para a criança e resultados para a equipe.

#### **Resultados do treinamento para a criança**

Em relação aos resultados do treinamento que beneficiam a criança, a grande maioria dos participantes relata o quanto absorveram a importância de cuidar preventivamente em relação à PCR. Acreditam na atenção à criança, na vigilância das alterações relacionadas aos sinais vitais, ao sensorio, e imediatamente comunicá-las à enfermeira ou ao médico, podendo, assim, além de avaliá-las, realizar as intervenções necessárias.

Concorda-se com Marras (2001, p.161) quando cita os fatores indicativos de resultado de um treinamento, os quais se assemelham aos objetivos do treinamento em estudo. Envolvem aumento da produtividade, redução de custos, otimização da eficiência, modificações percebidas nas atitudes e comportamentos, elevação do saber, aumento das habilidades, redução do índice de acidentes, redução do índice de manutenção corretiva das máquinas, melhora do clima organizacional, aumento da motivação pessoal, redução do absenteísmo e redução do *turnover*.

Neste estudo constata-se que os indicativos de resultado do treinamento apareceram com destaque nas falas dos participantes do estudo, quantitativa e qualitativamente.

A maioria dos participantes diz que promoveu o cuidado preventivo em relação à PCR na criança. E é decorrente da utilização do conhecimento e interação entre as equipes de enfermagem e médica que pode ser mobilizado um atendimento ainda na fase de alterações reversíveis e evitar as complicações que poderão ser de caráter limitante, ou seja, gerar incapacidades, seqüelas, maior tempo de hospitalização, mais custo, mais sofrimento para a criança, família e equipe. Margarida mostra, através da sua fala impregnada de sensibilidade, o quanto os profissionais podem fazer, mesmo com todo o preparo esperado para enfrentar uma situação crítica da criança.

Eu acho que a gente, mesmo tendo o conhecimento, de todas as maneiras deve tentar evitar que ela (a criança) chegue a passar por uma urgência como a parada cardiorrespiratória. As informações sobre os sinais de piora são passadas para a equipe médica (Margarida).

Vários participantes reforçam que, após o treinamento, é facilmente possível detectar os sinais de piora da criança, possibilitando a intervenção precoce, evitando, muitas vezes, que ela chegue a uma PCR. Além de detectar precocemente as alterações da criança, preocupam-

se com o material que possam vir a necessitar, mobilizam-se, contemplando as necessidades com uma visão do contexto, qualificando o cotidiano do cuidado.

A gente fica mais atenta em relação aos sinais vitais, se a criança está entrando em deficiências de várias coisas, se está diminuindo a frequência respiratória[...]. Já fica-se atenta no material, onde está! Se sente um pouco mais segura, dá um amparo em nível técnico (Rosa).

Lírio diz, com a sapiência que merecem as peculiaridades da criança em relação à atenção das alterações, que a avaliação e a intervenção precoce são detectáveis, o desencadeamento característico da PCR, em Pediatria, exige muita atenção.

A urgência é quando está parado! Estar atento aos primeiros sintomas, avaliar bem os sinais vitais se consegue fazer tudo[...], agora se chega tarde[...]. Uma parada não acontece de cara, ainda mais que nossos pacientes não param de repente[...], mostram alterações nos sinais vitais antes. Eles não são cardiopatas. Em pacientes cardiopatas a incidência é rápida (Lírio).

Do mesmo modo, outras participantes se manifestam:

Eu agora consigo trabalhar preventivamente em relação à PCR, eu estou avaliando melhor (Orquídea).

Na nossa área (pediatria), eu acho muito distinto[...], sabe?, porque No adulto, a PCR é uma coisa que acontece de repente, ele tá bem, de repente tem uma parada. Na pediatria, a nossa parte de observar conta muito. É difícil pegar uma criança que tá bem e de repente acontece alguma coisa [...] (Crisântemo).

Diversas habilidades são requeridas no momento da piora da criança, para a prevenção das complicações. Aguçar a sensibilidade, a capacidade de percepção, e a relação estreita entre as equipes de cuidado pediátrico são requisitos imprescindíveis.

Rosa fala sobre as particularidades do cuidado pediátrico durante o período noturno e vê com a pertinência adequada o cuidado durante o sono da criança.

O cuidado é redobrado, as crianças são instáveis. Durante a noite é diferente e durante o sono é diferente. Teve uma criança que tinha uma frequência respiratória de 4mpm, eu coloquei o saturômetro e avisei a enfermeira. A criança tinha usado muita medicação para hemoderivados e para a anfotericina, a pré-medicação e acabou deprimindo ela. Foi decorrente das drogas que ela utilizou (Rosa).

A criança em estado alerta interage e mostra a sua sintonia com o mundo nas várias formas de ser e estar durante a alimentação, a recreação, os procedimentos, com os familiares, com os cuidadores, com os seus pares.

Durante o período do sono, a vigilância à criança é necessária, inclusive a relacionada à especificidade do tratamento. Ter esta compreensão e este conhecimento possibilita a qualidade do cuidado, a previsão de intercorrências e o pronto atendimento.

A afirmação acima pode assim ser exemplificada: a criança hospitalizada, que usa medicações opióides de forma contínua ou outra sistemática para a analgesia, requer avaliação rigorosa dos cuidadores, sob pena de serem surpreendidos pela ventilação afetada da criança.

Assim, a percepção da equipe sobre a repercussão do treinamento para a criança esta claramente evidenciada na qualidade do cuidado.

Para Waldow (1999), falando sobre cuidado, refere que “o cuidar” é para o paciente e envolve uma ação interativa, baseada em valores e conhecimento dos profissionais. O cuidado, em Pediatria, tem uma dimensão diferenciada, pois essa especialidade exige um conhecimento, um preparo do paciente, um tempo, uma ética e uma estética peculiares.

Os cuidadores da área pediátrica têm características particulares pelo contato intensificado que têm com a criança e sua família, pela necessidade de entender a linguagem verbal e não-verbal da criança, pela habilidade de compartilhar o cuidado, pela tarefa de registrar com precisão o que é observado e realizado na criança, entre outras, e quando esses fatores são exercitados e valorizados geram melhorias tanto para a criança e a sua família quanto para a equipe.

O cuidado ocorre em sua plenitude quando os cuidadores expressam o conhecimento e a experiência no desempenho técnico, na prestação de informações e orientações, na educação para o autocuidado para o paciente e sua família. Tem-se, então, que os objetivos do cuidar entre outros, são os de avaliar, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, dar e fazer.

Concorda-se com Waldow (1999, p.129) quando afirma que “a finalidade de cuidar na enfermagem é prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar os meios para manejar com as crises e com a experiência do viver e do morrer”.

Na instituição em que ocorreu o estudo, os profissionais são preparados para o cuidado com a criança e sua família. Desde a implantação do Serviço de Enfermagem Pediátrica na Instituição, a família foi inserida no cotidiano do cuidado, seja nas unidades de menor ou maior complexidade, o que representa um avanço em eliminar lacunas tanto no crescimento e desenvolvimento da criança que passa pela experiência da hospitalização quanto na prática do cuidado humanizado.

Periodicamente, os profissionais buscam o aperfeiçoamento no cuidado, especializando-se ou produzindo conhecimentos compartilhados internamente e/ou na comunidade.

Concorda-se com Motta (1998, p.125) quando afirma que

a presença dos pais é essencial para a equipe. São os porta-vozes da criança, representam os sentimentos, as atitudes, os comportamentos socioculturais internalizados no mundo da vida da criança. São os mediadores da criança no mundo do hospital. Estão ali para auxiliar os filhos a ter coragem, a compreender o que está acontecendo com o seu corpo, com a sua vida, a ter esperança de recuperar-se, que vai ser novamente um ser saudável. Também transmitem à equipe as mensagens enviadas pela criança.

A comunicação e os registros em Pediatria são relevantes, porque funcionam como elos na cadeia de cuidado e envolve a criança e a família. Os cuidadores atuam como intérpretes e mensageiros da criança, traduzindo e respondendo aos estímulos a que é submetida durante a hospitalização.

Para Ribeiro (2001, p. 200),

a presença dos familiares geralmente promove e mantém a inter-relação criança/família, neutraliza os efeitos decorrentes da separação criança/família, colabora na assistência integral à criança, melhora a sua adaptação ao hospital, facilita a aceitação do tratamento, promove a positiva resposta terapêutica, ameniza os fatores estressantes da doença, dos procedimentos e da hospitalização.

No depoimento de Lírio constata-se a valorização do familiar na tradução das queixas, ou da maneira de estar da criança, pois a mãe, o pai, a tia, a madrinha possuem um conhecimento maior de sua maneira de viver, de se expressar e isto deve ser entendido e considerado.

Reforçou os conhecimentos, fiquei mais atenta aos sinais vitais, às informações que o paciente te passa. Tens que valorizar o que ele diz, ou o seu familiar. Já aconteceu de um paciente se queixar de cefaléia e eu constatar que sua pressão estava alta, os familiares são as pessoas mais indicadas para te informar, pois eles ficam 24 horas com a criança. Quando ele diz que está com uma dor, tem que ser valorizado. (Lírio).

O familiar que está acompanhando a criança deve ser orientado quanto à evolução da sua melhora ou piora, e a equipe de saúde, quando ciente do papel que lhe cabe na atenção dos familiares, estará cumprindo uma responsabilidade profissional e de cunho ético.

Para Motta (1998), ao se pronunciar sobre a equipe de saúde no mundo do hospital, defende que a solicitude é o modo de ser real, transparente com o outro, de valorizar o outro no seu existir, no seu modo de se cuidar e de se tornar livre. Através da solicitude pode-se sufocar, dominar ou libertar, favorecer ao crescimento e amadurecimento. Estar presente no cuidado da criança que tem contínua presença do familiar durante a hospitalização requer um reconhecimento de si (profissional) e do outro, entender o seu saber e o seu perceber,

estabelecendo uma relação enriquecedora de cuidado, pois o mundo da presença é um mundo compartilhado com o outro.

A vivência profissional confere a legitimidade do benefício de se incluir o familiar na relação de cuidado, participação no brincar, valorizar os avanços que a criança mostra durante a sua hospitalização, o que pode representar a adaptação ao tratamento, e com isso se encaminhar para a melhora, cura.

O modelo, isto é, o planejamento de um Serviço de Enfermagem Pediátrica com a presença de familiar durante as 24 horas, foi considerado pioneiro no Brasil e serviu de modelo para instituições de outras cidades do País, na organização de seus serviços de enfermagem pediátrica.

### **Resultados do treinamento para a equipe**

Segundo os participantes do estudo, os resultados do treinamento para a equipe se enquadram em vários segmentos de cuidado, descritos a seguir.

Para a equipe, segundo os participantes, os segmentos beneficiados pelo treinamento foram: área do conhecimento teórico, conhecimento oferecendo amparo técnico, mais organização para o enfrentamento de situações críticas, mais qualificação e satisfação pessoal no cotidiano do cuidado, possibilidade de compartilhar e multiplicar conhecimentos, mais interação, motivação, tranquilidade e segurança, autocrítica com mudança de atitude e, por fim, conhecimento para o cotidiano da vida.

No treinamento, os participantes vivenciaram momentos de interação, tanto na parte teórica quanto prática. Desde o início da apresentação dos conteúdos foi enfatizado o trabalho

em equipe, o encadeamento das ações na hora da urgência e a importância da atenção da equipe voltada para a prevenção da PCR. Assim, a parte teórica preparava para a prática, e Lírio depõe referindo-se a este benefício:

O curso facilitou o entendimento de distribuição de tarefas na hora da urgência (Lírio).

Situações semelhantes às do cuidado cotidiano são apresentadas e discutidas permitindo a composição simulada de uma equipe de atendimento, em que os participantes podem experimentar a habilidade e competência nos diferentes papéis que uma situação de urgência exige. Os participantes também são mobilizados para a previsão de intercorrências como se constata na fala de Lírio.

Se temos uma criança que recebe uma medicação que pode dar reação, mesmo que ela tenha recebido pré-medicação, eu deixo sempre organizadas as drogas prescritas para serem aplicadas, deixo-as em uma bandeja para ser rápida, a dose também fica previamente calculada e disponível para o atendimento ser mais rápido (Lírio).

O atendimento sempre deve priorizar a perviabilidade da via aérea, garantindo a entrada de oxigênio e eliminação de gás carbônico. Com a via aérea pérvia é possível ventilar a criança, sendo que o método ideal para a oferta de oxigênio será definido de maneira a suprir de forma mais eficiente a necessidade da criança no momento da urgência, o nível de saturação de oxigênio pode ser acompanhado com o uso de oxímetro de pulso. O uso de ressuscitadores ambus e máscaras devem ser adequados ao tamanho da criança para o sucesso da intervenção respiratória.

Quando a circulação esta afetada, manobras de pronto restabelecimento serão instituídas, iniciadas, assim, a massagem cardíaca externa é aplicada de maneira sincrônica com a ventilação. Drogas, medicamentos, também podem ser necessários para a recuperação

da criança. A investigação da etiologia da piora clínica da criança é necessária e será esclarecida por exames definidos pela equipe médica. Registros, igualmente são importantes, pois representam a orientação para a seqüência do tratamento e conferem a legalidade ao atendimento.

Quando a equipe de atendimento de urgência é coesa, treinada, e o material está organizado, pronto para o uso, é certo que um bom atendimento está sendo oferecido. O depoimento de Crisântemo revela o envolvimento profissional de cuidado, de responsabilidade desde o início do seu turno de trabalho.

Bom, em nível de observar mais o paciente, comunicar qualquer alteração, porque é melhor pecar por excesso do que por falta. Sempre procurar ter o material à mão, chegar na sala (enfermaria) olhar o que tem de material, já repor o que está faltando, repor, porque tu nunca sabes quando tu vais precisar. E nas situações de urgência, a gente já tenta organizar na hora, eu vou pegar tal coisa, tu faz tal coisa...(Crisântemo).

Bastos (1994) defende que o treinamento é um processo educacional que objetiva gerar mudanças de comportamento (transmissão de conhecimento, desenvolvimento de habilidades, mudança de atitude). Por conseguinte, o treinamento provoca reações que levam ao aprendizado, à mudança do comportamento profissional e interativo na equipe.

As falas de Lírio e Crisântemo demonstram a habilidade e a capacidade para a previsão de intercorrências e providências tomadas antes da intercorrência, a PCR, acontecer. O conhecimento sobre as peculiaridades dos medicamentos e o momento que a criança está atravessando são igualmente importantes e devem ser conhecidos, conduzidos e respeitados na medida certa.

A parte prática (do treinamento), eu achei excelente, a diluição das medicações, a fixação do tubo endotraqueal. O rodízio das pessoas, o número de pessoas, o que fazem, ver a finalidade de cada uma (Lírio).

Cada hospital tem uma rotina diferenciada, o interesse é de cada um, claro tem o treinamento mas [...] não és obrigado saber tudo, mas pedir ajuda quando precisa (Lírio).

A equipe necessita além do conhecimento de como agir nas situações de urgência, saber as rotinas preconizadas na instituição onde desenvolve o seu cuidado em detrimento de possíveis desajustes e prejuízo no atendimento. A linguagem da equipe no momento de atender uma criança em urgência deve ser uniforme, coesa, saber como ajudar e porquê fazer assim.

Não tendo o treinamento a pessoa fica meio esquecida (Rosa-cor-de-rosa).

Um treinamento tem a finalidade de atualizar a equipe, rever, lembrar, aflorar, tornar claro, confirmar, ouvir novamente como se faz. A equipe instrumentalizada de maneira uniforme tem condições de abreviar o tempo entre o início das ações e seu possível efeito.

Eu me sinto mais instrumentalizada [...], porque muitas vezes, o que poderia ficar no achômetro [...] eu acho que tal coisa está ocorrendo, uma piora (da criança), a gente já consegue definir melhor o quadro e já partir para a ação, já acionar os técnicos em enfermagem, em relação às possíveis alterações [...] e ações (Mágnolia).

Na nossa área, quem trabalha em UTIP, é do cotidiano (a urgência), a gente tenta, a gente tem que [...], se alguém te oferecer uma teoria que comprove que há uma prática correta tu tens que seguir, tens que buscar, senão tu foges do contexto, não vais ajudar. (Magnólia).

A experiência da equipe, mesmo aquela que vivencia com mais frequência as situações de urgência, não está isenta da necessidade de se atualizar, ao contrário, é necessário frequentemente fortalecer o conhecimento e se inteirar das novas diretrizes documentadas pela literatura.

E como (o treinamento) é um curso que é oferecido, um treinamento para todos (equipe de enfermagem), possibilita tu discutires com os técnicos o que realmente é, na prática, a tua atuação, podendo sempre trazer o curso, pra enriquecer, para realmente fazer correto, para que atinja o objetivo na hora da urgência, então isso é muito bom (Magnólia).

Este instrumento (o treinamento), como é uma linguagem para toda a equipe e vem sendo oferecido com frequência, melhora muito neste sentido, a gente revisa teoricamente o que a gente acaba fazendo na prática meio empiricamente, porque anos tu faz assim, então aquele momento do treinamento; vamos ver se é realmente o que está sendo esperado, se é o correto, eu achei muito importante. (Magnólia)

Na fala de Magnólia percebe-se o quanto o treinamento beneficia a equipe, de maneira a revisar a prática fundamentada na literatura atualizada e com uma linguagem unificada de acesso a toda a equipe. A uniformidade das ações é possível quando o acesso à atualização de conhecimento se torna possível e os profissionais estiverem interessados. O treinamento beneficia a equipe de enfermagem, amparando-a, em termos de conhecimento teórico e prático. Desse modo, o empírico dá lugar ao fundamentado e representa o suporte científico do fazer.

O treinamento sustenta o fazer. A prática fundamentada no treinamento, que segue as diretrizes atualizadas, preestabelecidas e divulgadas em forma de diretrizes através da American Heart Association, significa que está respaldado em normas comprovadas e com credibilidade assegurada.

Moscovici (1998) refere que a situação de aprendizagem deve caracterizar-se por uma atmosfera adulta, com relações horizontais, paritárias, entre coordenadores, facilitadores, colaboradores e treinandos.

O clima psicossocial de respeito mútuo possibilita que os próprios colegas sejam recursos de aprendizagem de um para o outro, através das experiências, exemplos, facilitando a compreensão e a aquisição dos conhecimentos, pois são significativos, reais e concretos. A clareza na distribuição dos papéis a serem exercidos durante uma urgência qualifica o atendimento como um todo. O compromisso da equipe neste evento de cuidado se estende à família da criança.

A teoria da aprendizagem vivencial possibilita a comunicação mais fluente, a discussão do cotidiano, o aprendizado da cooperação. O estabelecimento de um clima propício nos programas de treinamento para adultos envolve atividades que possibilitem a abertura, confiança, ética, aumentando o envolvimento de cada um, a participação, a obtenção de benefícios.

Em cada profissão, as competências técnica e interpessoal são necessárias e possíveis de serem adquiridas de várias maneiras: cursos, seminários, leituras, atividades em laboratório, onde a percepção, sensibilidade, inteligência, flexibilidade, comportamento ético têm oportunidade de serem colocados em prática.

Eu acho que qualquer treinamento que seja dado, por mais que se tenha aprendido na teoria, muitas dessas coisas na prática enriquecem muito. Porque é a experiência de outra pessoa que se prepara para te passar aquilo, e, com isso, a gente vai se autocorrigindo. A equipe se sente mais tranqüila porque sabe que tu te preparaste para aquela intercorrência (Margarida).

Margarida ressalta a importância do preparo do instrutor, sua experiência e segurança na promoção de mudanças de comportamento. O treinamento promove a habilidade para lidar com as urgências, com o material específico, promovendo a autonomia profissional.

Para Zen (1996), a autonomia implica conhecimento e capacidade. O profissional é o elemento fundamental no processo de construção da sua autonomia, diretamente relacionada com a sua formação e a busca constante de aperfeiçoamento. A autonomia está relacionada à carreira, à identidade, à realização profissional, à dedicação, à convicção na idealização dos seus projetos individuais e de grupo.

Concorda-se com Mariotti (1999) quando afirma que se vive uma época em que o conhecimento e a informação são as bases da produção e a essência do produto. A capacitação

mais importante que uma pessoa pode ter é a sua disposição para aprender incessantemente e ser reconhecida. Portanto, diz o autor, qualidade de vida envolve examinar os fundamentos da existência e o homem total está fundamentado em oito dimensões e traduzem o ser, pensar, sentir e fazer.

As unidades de atendimento pediátrico nas quais, ocorreu o estudo estão equipadas com material específico que possibilita atender a criança que passa por uma urgência, independente do tipo. O fato de ser propiciado o manuseio de equipamentos e materiais específicos em urgências durante o treinamento trouxe, para os participantes do estudo, subsídios para o cotidiano do cuidado, mais valorização, interação, encorajamento para revisão periódica, manutenção, conservação e o reconhecimento da importância dele estar sempre organizado e disponível na hora da urgência.

Os participantes do estudo salientam a importância da intervenção consciente ainda na fase de piora e o conhecimento necessário em relação ao material e equipamento no momento de uma urgência, o que pode ser comprovado pela citação a seguir.

O fato de manusear o material na aula prática oferece segurança na hora da urgência. Hoje eu me sinto mais tranqüila diante de uma criança que está piorando (Margarida).

Em unidades de internação abertas, de menor complexidade em relação à uma UTIP, o uso desse material não é freqüente, visto que as crianças graves e com risco de complicações internam na UTIP. Porém, quando ele é necessário precisa estar em condições perfeitas para o uso. O treinamento tornou consciente esse aspecto, além de mobilizar a equipe na busca do reconhecimento de materiais e uma valorização maior. Margarida, Orquídea e Lírio, através de suas falas, mostram as reações que o treinamento provocou.

O treinamento atualiza, tu vens fresquinho para a unidade e com as informações que tu recebes, tu podes compartilhar e multiplicar os conhecimentos. A gente se anima a rever o material específico, a partir da experiência obtida no treinamento (Margarida).

Eu achei interessante o que o treinamento fez, depois que eu fiz o treinamento, eu fui lá no nosso carrinho, o da unidade, eu fui novamente manusear o que eu tinha, revisando as máscaras, os ambus, eu sabia o valor destes materiais. O treinamento fez com que de certa forma se valorizasse o material que a gente tem, o material é uma segurança para nós. Eu tenho que ter autonomia para trabalhar (Orquídea).

A importância de se manter o carro de parada em condições, saber onde estão as coisas (material, medicações), a diluição padronizada das medicações, não ter medo, porque em cada hospital tem uma rotina diferenciada (Lírio).

Para Moscovici (1998), aprender é o verdadeiro cerne de qualquer processo educativo. Aprender a se relacionar e a se comunicar fundamentam a existência do caminho mais importante para alcançar um ajustamento real e um rendimento efetivo da própria ação.

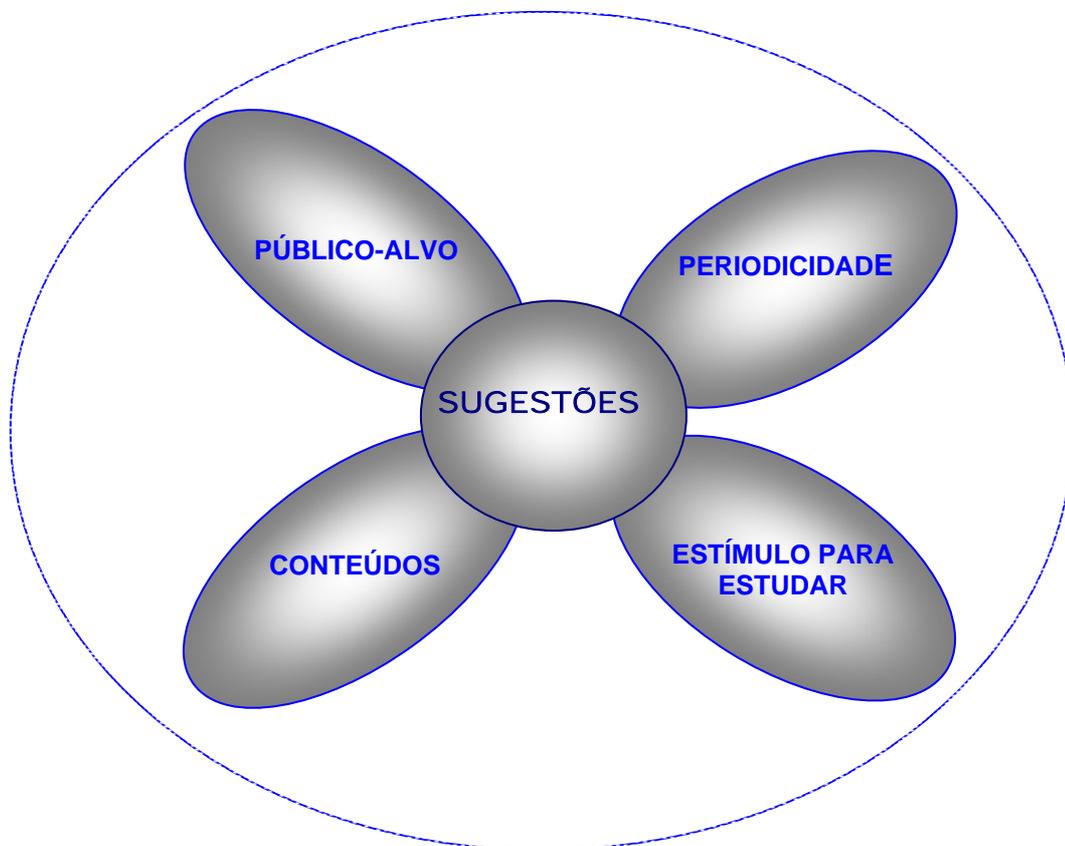
Ainda conforme a autora, hoje, talvez mais do que nunca, a maior carga efetiva de atividade e de trabalho é dispendida com as pessoas. Aprender a aprender significa um aprendizado para a vida, seja pelas próprias experiências e vivências, seja através das experiências das outras pessoas conjugadas às suas.

Mariotti (1999) diz que não se pode separar o homem do seu mundo e de seus semelhantes. As experiências humanas estão relacionadas às suas limitações. A visão de mundo resulta de um jogo entre suas necessidades e os caminhos para satisfazê-las, e isto é feito por contato com objetos, pessoas, e ambientes. A existência inclui o passado, o presente e o futuro. A temporalidade marca a dimensão histórica do ser humano enquanto que a capacidade demarca a existência corporal social.

Sair do social tem implicações para a própria condição humana. As necessidades do ser humano são biológicas, psicológicas e sociais, traduzidas por cuidado, afetividade, aceitação, liberdade e estão sempre em interação.

O conhecimento e o estudo podem contribuir para o cotidiano do trabalho e para o cotidiano da vida, tornando-o agradável, motivador, compensador. As pessoas diferenciam-se também pela sua educação. A vocação orienta a missão e define os resultados.

#### 7.4 SUGESTÕES DOS PARTICIPANTES PARA PRÓXIMOS TREINAMENTOS



As sugestões para o treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria surgiram a partir das questões direcionadas aos participantes do estudo, especificamente quando questionados se gostariam de acrescentar algo ao que já havia sido dito.

As sugestões foram agrupadas e relacionadas ao público-alvo, à periodicidade, à didática, aos conteúdos e ao estímulo para estudar.

Salienta-se que o treinamento em estudo é direcionado para os profissionais da área da enfermagem que atuam nos serviços da instituição com atendimento pediátrico, por exemplo o Serviço de Radiologia e as Unidades de Internação Pediátrica da Instituição.

Ao divulgar o treinamento, o PEC definirá quantas vagas por Unidade ou Serviço estão disponíveis, a fim de contemplar todos os setores de atendimento pediátrico. A enfermeira da unidade ou serviço terá condições de intervir, quando necessário, para determinar qual profissional será indicado para fazer o treinamento, com prioridade para aquele funcionário recém-chegado à empresa, o que precisa se atualizar ou aquele que demonstre interesse espontâneo em participar.

Em relação ao público-alvo, os participantes do estudo sugerem incluir a equipe médica no treinamento, tanto médicos residentes quanto contratados. Sugerem, também, que o treinamento seja compulsório para a equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. As sugestões dos participantes representam o desejo de um trabalho em equipe, tão necessário no momento crítico da PCR. Incluir a equipe médica e o caráter compulsório do treinamento para a equipe de enfermagem pode denotar um insucesso no entrosamento e coesão da equipe neste evento de cuidado, determinante para o sucesso das intervenções. A confirmação da necessidade de maior sintonia interdisciplinar pode ser constatada nas falas de Magnólia e Orquídea.

Então [...] eu acho que se houvesse treinamento que abrangesse também a equipe médica, os residentes com a ciência dos contratados, seria melhor, alcançaria melhores resultados, seria bem mais fácil [...] (Magnólia).

O treinamento que envolva a equipe interdisciplinar promove o saber unificado, possibilitando a sua aplicação quando necessário, porque houve a orientação, a seqüência das intervenções estarão baseadas em uma fundamentação prévia. As falas que seguem traduzem os benefícios do treinamento quando a equipe multidisciplinar passa a ter uma linguagem uniforme, em que todos possuem o entendimento de como funciona na instituição o atendimento da urgência em Pediatria

O que [...] deveria ser também bem clareado para os médicos residentes e contratados porque eles ficam muito ansiosos principalmente no primeiro ano, quando eles atendem, tu podes até tentar sincronizar o teu trabalho, mas às vezes por ansiedade te pedem trezentas coisas ao mesmo tempo. E para os técnicos e auxiliares que seja compulsório, tem que fazer (Orquídea).

Eu creio que o treinamento mais que voluntário, poderia ser compulsório, de alguma forma ser condicional. Eu acho que por nós não termos com frequência urgências na unidade, isso esfria muito o funcionário, o auxiliar, o técnico, o enfermeiro, e te diria até às vezes, o próprio residente e o plantonista da unidade. Eu acho que isso poderia ser dinamizado para atendimentos conjuntos com os médicos residentes e médicos contratados das unidades e demais membros da equipe, de forma compulsória, tem que ser feito. Primeiro para se criar uma linguagem única entre os contratados e residentes, para que cada um não faça o que quer do jeito que quer, para que não haja diferença no modo de atender a criança seja na UTIP, seja nas unidades de internação. Eu sugiro que haja um dia de treinamento que envolvesse toda a equipe, uma proposta! Para os auxiliares e técnicos, assim como já é feito, porém de forma compulsória (Orquídea).

Deve haver o preparo técnico e científico dos profissionais para atender uma criança com quadro clínico em piora progressiva. À medida que o agir estiver na mesma intencionalidade e conhecimento, o desfecho poderá ser mais favorável, independente dos resultados. O treinamento é uma forma efetiva de preparação para gerar habilidades e competência nos profissionais, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, que se defrontam com tais responsabilidades.

A falência abrupta das funções vitais na criança não é um acontecimento súbito. Há, sim, uma deterioração gradual, por exemplo, do sistema respiratório, manifesto por sinais e sintomas perfeitamente detectáveis e identificáveis, basta o cuidador estar treinado, ter olhos e coração para ver, capacidade de se comunicar, de discernir sobre o benefício da avaliação e da intervenção precoce, comunicando as alterações ao profissional enfermeiro e/ou ao médico.

Para a American Heart Association (AHA, 1998) a identificação precoce dos sinais de piora, a avaliação, a intervenção, o acompanhamento da criança e as reavaliações são as medidas efetivas que podem prevenir que uma criança chegue ao estado de parada

cardiorrespiratória. Cabe reforçar que é essa a essência do treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria. Enfatizar, do início ao final, o papel da equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada, a fim de aguçar a atenção para, precocemente, identificar as alterações e comunicá-las à enfermeira ou ao médico.

A instituição pesquisada conta com profissionais enfermeiras e médicos em todos os turnos e em todas as unidades de internação pediátrica. Os enfermeiros fixos nas suas unidades, os médicos, um contratado, um residente e um doutorando para o atendimento nas unidades pediátricas, podendo ser localizados através de BIP. Poder dispor dos profissionais médicos e enfermeiros, durante as 24 horas, nas unidades de atendimento pediátrico, é uma satisfação relatada pelo menos por um dos participantes do estudo, relatando a tranquilidade que isso representa para os auxiliares quando necessitam solicitar uma avaliação ou esclarecer dúvidas. A declaração, a seguir, constata essa realidade.

Aqui até, na própria instituição, a gente sente mais segurança, porque onde eu trabalhava, muitas vezes eu me senti sozinha, não tinha um plantão, tinha horários que tinha plantão, horários que tinha que sair procurando o plantão, aqui eu sinto mais segurança para trabalhar, principalmente nas situações que têm intercorrências (Violeta).

É de capital importância o modo como as organizações de saúde são estruturadas para oferecer um atendimento pleno e qualificado para os seus clientes, respeitando sua vulnerabilidade e especificidade. A área pediátrica, em especial, apresenta particularidades que, ao serem entendidas, podem estar sendo contempladas, e o treinamento é um meio.

Quanto à periodicidade, os participantes do estudo sugerem que o treinamento seja oferecido mais vezes, ou seja, com menor intervalo entre os dois meses, como é feito atualmente, e isto denota o amparo que o treinamento oferece para o cotidiano do cuidado à criança hospitalizada.

Cabe ressaltar que a periodicidade sugerida demanda profissionais com tempo disponível para se dedicarem a esta atividade. A frequência entre um treinamento e outro pode ser confirmada na fala de Rosa:

Acho que deveria ter mais vezes o treinamento sobre PCR, o que tu faz primeiro, o que tu pode fazer de imediato, deveria ser bem estudado, bem enfatizado, sugiro que haja treinamento tipo simulação (Rosa).

É possível que em médio prazo seja atendida a sugestão da menor periodicidade entre os treinamentos, considerando-se que a instituição dispõe de vários treinamentos/mês.

Quanto à didática, os participantes contribuem com sugestões do tipo: dedicar mais tempo à parte prática, explicar, mostrar, demonstrar. Promover a devolução da demonstração prática, a simulação, foi o item que mais apareceu como sugestão na didática para o desenvolvimento de treinamento, e que a simulação seja feita nas próprias unidades. Vários participantes sugeriram a simulação com os grupos, equipes, unidades de internação pediátrica, como pode ser constatado na fala de Violeta.

Podia ter mais [...], assim, pegar a equipe, dois três auxiliares, gurias, a criança parou, o que vamos fazer? Porque a adrenalina da gente sobe e é o que acontece no treinamento. Eu sugeri à enfermeira - chefe fazermos uma simulação surpresa, assim, tocar a campainha. A criança parou na sala de Procedimentos, fazer o pessoal correr, saber o que tem que fazer na hora. Eu tenho anos aqui, eu sei o que fazer na hora, mas tem muita gente nova que fica naquela atrapalhão não sabe o que tem que fazer. Eu acho que podia ter, mais simulações, combinar assim com a chefia da unidade, vamos tocar a campainha, sem ninguém saber, porque o importante é ninguém saber..., porque se a gente sabe... é bom tocar a campainha (Violeta).

A simulação é um método de abordar a prática da urgência que se enquadra perfeitamente nesse tipo de treinamento. No entanto, deve-se considerar que envolve um momento em que seja possível estreitar a escala de trabalho, quando se opta por aplicá-la durante o expediente de trabalho, a fim de deslocar alguns profissionais para o treinamento, o que pode ser surpresa para aqueles que realmente necessitam vivenciar aquela tarefa como se

estivessem atuando numa situação real. Recursos materiais devem ser previstos, por exemplo, um manequim pediátrico.

Quanto ao conteúdo, os participantes manifestam o reforço positivo em relação ao uso da linguagem unificada, o que tranquiliza a equipe. Dizem temer que alguma medicação seja solicitada pelo médico no momento da urgência da qual a Unidade não dispunha, enfatizam o valor da prática com “adrenalina” (a criança parou, o que fazer?) porque fortalece o cuidado preventivo em relação à PCR em crianças e como isso pode ser veementemente falado e orientado através do treinamento. A seqüência das ações contemplou o saber que muitos desejavam confirmar: o que fazer primeiro em uma urgência e o papel de cada membro da equipe — o enfermeiro, o técnico, o auxiliar e o médico.

No item conteúdo, os participantes sugerem treinamento sobre medicamentos, sua finalidade e seus efeitos. Cabe dizer que o PEC, junto aos enfermeiros da área pediátrica e serviço de farmácia, já atualiza as informações relacionadas aos medicamentos, abrangendo inúmeras particularidades — diluição, tempo de validade após reconstituídos, temperatura para conservação, dentre outros, vindo ao encontro das necessidades da enfermagem pediátrica. Além da atualização, um grupo de profissionais participa de estudos, sendo uma das funções a multiplicação dos conhecimentos.

Os participantes também disseram que seleção e seqüência dos conteúdos facilitou o aprendizado, tópico já abordado na percepção do treinamento.

Em relação ao item estímulo para o estudo, os participantes falam sobre a importância do estudo contínuo, a exemplo da equipe médica, e reforçar na equipe de enfermagem o quanto se pode beneficiar a criança com as ações preventivas em relação à PCR, estando-se

atento aos sinais de piora, solicitando avaliação ao médico ou à enfermeira ao observar alterações.

Na Pediatria, a nossa parte de observar conta muito, no caso assim é difícil pegar uma criança que tá bem e de repente acontece alguma coisa, ela pode estar prostrada, tu nota que a criança vai decaindo (Crisântemo)

A condução das atividades práticas em um treinamento envolvendo pessoas que cuidam de pessoas, especialmente quando se refere a crianças, requer, dos educadores, habilidade e sensibilidade, visando perceber as necessidades do grupo, encorajar a participação de todos, tratando-os com sabedoria, simplicidade e amabilidade.

A abordagem encorajadora, não-discriminativa, possibilita ao treinando auto avaliar-se e refletir sobre o seu ser, sobre o seu fazer nos momentos de desafio do cotidiano de cuidado à criança hospitalizada, de forma a enriquecer o seu potencial.

A atualização em relação à tecnologia é necessária, considerando-se a velocidade das mudanças e o surgimento de equipamentos cada vez mais modernos no mercado. Atualmente, o mercado dispõe de materiais cada vez mais sofisticados, adequados para o cuidado de crianças de risco, e com o acompanhamento da qualidade controlado pelo Ministério da Saúde, por exemplo, os ressuscitadores.

Ventilar corretamente uma criança ou um adulto significa recuperar, oferecer-lhe a vida, para isso é necessário saber realizar um posicionamento adequado das vias aéreas, o que difere entre adulto e criança. O correto uso de material específico adequado (máscara de tamanho correto) para crianças, é outro cuidado básico no atendimento a esta necessidade vital, a respiração, a correta adaptação à via aérea. Portanto, a Educação Continuada é o meio para se atingir o aperfeiçoamento neste e noutros procedimentos.

No treinamento em estudo já está sendo contemplada a sugestão de aplicar imediatamente o conhecimento teórico à prática, e na percepção da equipe que orienta essas atividades já se observa mais participação dos treinandos.

A simulação é uma prática que auxilia a instrumentalização e o fortalecimento dos profissionais para o atendimento da urgência, pois ela imita uma situação real de urgência que envolve a equipe em que participam auxiliares, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos residentes e médicos contratados. O procedimento sempre é conduzido por médico ou, na sua falta, pela enfermeira. Modelos de casos clínicos já vivenciados são citados para enriquecer a abordagem das ações que podem ser de cunho médico ou de enfermagem, assim os participantes se posicionam e atuam nos moldes de um atendimento real.

Ao final da atividade prática, o enfermeiro e os participantes realizam um feedback das ações, verbalizando o positivo e o que pode ser melhorado no atendimento simulado. Esta atividade está sendo realizada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica como uma prática de certa frequência. Nas unidades abertas, de internação, esta é uma meta que começa a ser construída, com apoio multidisciplinar.

Segundo Bísvaro (1994), a utilização do método de imitação da realidade para a aprendizagem traz consigo uma tradição que pode ser notada em certos grupos sociais, por exemplo: o treinamento militar, a formação clerical. Segundo esse autor, o uso da simulação em treinamento concede as seguintes vantagens: realização de tarefas com mais segurança, permite o erro, facilita a compreensão conceitual e reforça o entendimento em nível racional, permite aos profissionais menos seguros a participação e a tentativa de repetir técnicas, eliminando o medo de errar, além de permitir que se aprenda acertando ou errando, de forma mais descontraída.

As limitações, afirma Bísvaro, do uso da simulação, se relacionam com os seguintes fatores: custos, devido ao arsenal de material necessário, recursos humanos, pois os profissionais que desenvolvem a simulação devem ser pessoas que tenham a vivência prática do método e preparação didática, além de sensibilidade e senso aguçado de observação. O treinando pode se comportar como ator, sem mostrar o envolvimento esperado, incorporado, e a simulação é um método que não permite grande número de participantes.

Crê-se que a simulação é o método mais adequado para o desenvolvimento de habilidades manuais, verbais e de relacionamento, possibilitando um desenvolvimento global.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e a elaboração de um programa educativo para adultos com formação em nível médio ou superior, que visa à qualificação para determinadas ações de cuidado, envolve um saber relacionado, domínio do tema e conhecimento de sua aplicação.

Acredita-se que neste estudo foi possível desvendar as percepções de um treinamento Institucional em reanimação cardiorrespiratória, para os cuidadores da área pediátrica de um Serviço de Enfermagem, em um Hospital Universitário de Atenção Múltipla, de Porto Alegre.

Os participantes consideram o treinamento uma ferramenta imprescindível para a garantia da qualidade do cuidado, voltado para a prevenção da PCR, que desperta a autocrítica, estimula a reavaliação freqüente das ações, os mantêm na posição de aprendizes, promove a troca de experiências e a interação entre as equipes, porque o aprendizado motiva para o saber e para o saber fazer.

Pode ser apontado como o maior achado deste estudo e identificado na categoria resultado do treinamento, a atitude preventiva dos profissionais de enfermagem em relação à PCR na criança. Pelas falas dos participantes pode-se verificar que absorveram a importância

da atenção aos sinais de piora da criança, evidenciados através da identificação nas alterações dos sinais vitais e do nível da consciência, prostração, falta de interesse para brincar, baixa responsividade ao ser chamada, tocada, comunicando-as ao médico ou à enfermeira para que possam avaliar essas alterações e definir as intervenções. Portanto, a prevenção é a melhor estratégia para se evitar a PCR. A AHA (1998) é decisiva ao defender que a identificação precoce dos sinais de piora da criança, a avaliação e a intervenção são determinantes na evolução do prognóstico da criança.

Abordar a Reanimação Cardiorrespiratória em crianças, um tema que envolve a vida e a morte, reflete a necessidade de preparo dos instrutores, o conhecimento do assunto, habilidade de adotar estratégias de ensino e aprendizagem efetivas, abrangentes e possíveis de serem ensinadas e aprendidas para o desenvolvimento do cuidado cotidiano à criança que adoece e necessita de hospitalização.

Considerando-se a velocidade das mudanças na tecnologia, o surgimento de novas doenças, novos tratamentos, novas medicações, o saber precisa ser constantemente renovado. A equipe de enfermagem preparada e qualificada pode conduzir com êxito de prognóstico favorável quando conhece e entende o mecanismo que leva uma criança à urgência, e essa atuação, obrigatoriamente, deve ser conjunta com a equipe médica que, por sua vez, também deve estar qualificada.

Um treinamento pode ser fator decisivo na adaptação ao trabalho e qualificação de recursos humanos, locados em áreas com tantas especificidades como a Pediatria. Um treinamento pode, também, contribuir para as organizações, nas quais os critérios de excelência são julgados pelos investimentos em Educação Continuada.

O presente estudo poderá motivar para novas pesquisas, tendo em vista que o tema é de relevância para a área pediátrica cuja essência é o cuidado preventivo de complicações, mediante a qualificação da equipe.

Acredita-se que se o treinamento fizer parte do preparo dos profissionais de enfermagem e médicos, ao ingressarem na instituição, de forma compulsória, como foi sugerido pelos participantes do estudo, o resultado poderá ser bem mais abrangente e um estudo poderá ser feito para documentar a nova realidade.

Com o treinamento pode-se perceber o que se sabe e gerar um conhecimento atualizado, promovendo a uniformização de condutas e linguagem, favorecendo a atuação em equipe. Sentimentos de despreparo técnico dão lugar a sentimentos de segurança, maior interação entre equipes, mais comunicação, maior habilidade na previsão de intercorrências, amparo técnico, ingredientes que aparecem como resultado do treinamento para os participantes do estudo.

As sugestões para os próximos treinamentos são de grande valia, pois funcionam como indicadores positivos para a renovação do conhecimento. Os participantes sugerem a simulação durante o expediente de trabalho para manter os profissionais preparados para o enfrentamento das urgências em pediatria, tanto os que convivem mais com as urgências quanto os que convivem esporadicamente com urgência.

As percepções do treinamento estão claramente evidenciadas na qualidade do cuidado, o que representa o resultado decorrente do aperfeiçoamento contínuo da equipe. Os participantes dizem que pelo treinamento é possível produzir mudanças no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, ao modificar a bagagem particular de cada um ou

suprimindo as eventuais carências de conhecimento, habilidades e atitudes para o desempenho de um cargo, função.

O treinamento engloba objetivos específicos — formação profissional, especialização, reciclagem; e genéricos — produtividade, qualidade, incentivo motivacional, otimização pessoal e organizacional.

É pelo treinamento que o ser humano se desenvolve profissionalmente, sentindo-se valorizado, satisfeito e motivado, impulsionando o seu ambiente de trabalho, levando as organizações à excelência.

Recomenda-se que os profissionais da área da Saúde e que cuidam da população pediátrica busquem o aperfeiçoamento que as especialidades requerem, seja clínica, de atenção ao trauma, cirúrgica, reparadora, psiquiátrica, de proteção, ou outras, pois, à medida que o conhecimento é adquirido e renovado, a atuação é fortalecida e fundamentada, e pessoas serão bem mais capacitadas, mais crianças serão melhor atendidas, mais famílias terão mais informações, haverá menos sofrimento e maior reconhecimento e satisfação profissional.

Os avanços tanto da área médica quanto da área da enfermagem indicam a convocação para a atualização seja no âmbito do conhecimento técnico-científico, seja no que se refere ao tratamento do ponto de vista ético e humanizado.

Assim, encerra-se o presente estudo com a certeza de que avançar para além da teoria constantemente produz um profissional e um ser humano melhor preparado para enfrentar

com segurança e motivação o seu saber e fazer no cotidiano. Educar-se continuamente não é uma obrigação. É meta de vida do Ser desejoso de tornar-se mais.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em pediatria.** [São Paulo]: FUNCOR, 1998. 167 p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000. 225 p.
- BARTLEY, S. Howard. **Principios de percepción.** México: Trillas, 1969. 581 p.
- BASTOS, Octávio Paulo Manso. Diagnóstico e avaliação de T & D: processo de T & D. *In:* BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: ABDT.** 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 8, p. 137-162.
- BEAL, George M.; BOHLEN, Joe M.; RAUDABAUGH, J. Neil. **Liderança e dinâmica de grupo.** 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1972. 287 p.
- BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Educação continuada: ferramenta da nova era: editorial. **Educação Continuada:** boletim informativo da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem, São Paulo, v.1, n. 3, p. 2, abr./jun. 1999.
- BÍSCARO, Antonio Valdir. Métodos e técnicas em T & D. *In:* BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: ABDT.** 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 11, p. 209-236.
- BRASIL. Ministério da Justiça Lei dos Direitos Autorais. Lei 9610 de 1 de fevereiro de 1998. Disponível em > <http://www.mdic.gov.br> <Acesso em 21 de nov. 2002

CASTRO, Alfredo Pires de. Validação e avaliação do treinamento. *In*: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**: um guia de operações: manual oficial da ABTD. São Paulo: MAKRON Books, 2001. 284 p. cap. 4, p. 45-79.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Campus, 2000. 463 p. cap. 10, p. 429-461. Edição compacta.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; COLI, Rita de Cássia Pires. Pessoal e treinamento. *In*: CASTELLI, Moira; LACERDA, Denise Pourrat Dal-Ge; CARVALHO, Maria Helena Ribeiro de. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo: Roca, 1998. 434 p. cap. 7, p. 67-73.

DAL BEN, Luiza Watanabe. As empresas e o desafio econômico social: editorial. **Educação Continuada**. Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 2, jan./mar. 1999.

DELORS, Jacques *et al.* **Educação**: um tesouro a descobrir. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 288 p.

DiMAURO, Nancy M. Continuous professional development. **Journal of Continuing Education in Nursing**, New Jersey, v. 31, n. 2, p. 59-62, Mar./Apr. 2000.

FURASTÉ, Pedro A. **Normas Técnicas para trabalho científico**. Explicitação das normas da ABNT. 11. ed. Porto Alegre: s.n., 2002 143p.

GARCIA, J. F. Pereira. T & D mobilizando a organização para a qualidade. *In*: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**: ABTD. 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 9, p. 165-192.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**: fundamentos a prática profissional. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000. 375 p.

GOLDIM, José Roberto. Aspectos éticos da pesquisa em enfermagem. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 10., 24-27 maio, 1999, Gramado, RS. **Anais...** Gramado: ABEn/RS, 1999a. 100 p. p. 47-49.

\_\_\_\_\_. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. revisada e ampliada Porto Alegre: DACASA, 2000 180p.

HILLESHEIM, Sérgio. Vislumbrando as organizações do futuro. *In*: FÓRUM DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 8., jun. 2001, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Porto Alegre: HCPA, 2001. Não publicado.

INITIAL care and resuscitation of the child. In: NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **PHTLS basic and advanced prehospital trauma life support**. 4<sup>th</sup> ed. Saint Louis: Mosby, 1999. cap. 13, p. 265-280.

KLEIN, Josephine. **O trabalho de grupo: psicologia social da discussão e decisão**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1974. 205 p

KOIZUMI, Maria Sumie. Metodologia da pesquisa. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA, fev. 1999, Porto Alegre, RS. **Anais...** Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS, 1999. Não publicado.

MALVEZZI, Sigmar. Do Taylorismo ao comportalismo: 90 anos de desenvolvimento de recursos humanos. In: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: ABTD**. 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 2, p. 15-32.

MARIOTTI, Humberto. **Organizações de aprendizagem: educação continuada e a empresa do futuro**. 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 1999. 179 p.

MARRAS, Jean Pierre. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. 4. ed. rev. São Paulo: Futura, 2001. 319 p.

MILIONI, Benedito A. Integrando o levantamento de necessidades com a avaliação e validação do treinamento. In: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: um guia de operações: manual oficial da ABTD**. São Paulo: MAKRON Books, 2001. 284 p. cap. 2, p. 9-27.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 8. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998. 276 p.

\_\_\_\_\_. **Equipes dão Certo - a multiplicação do talento humano** 5 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. 240p.

MOTTA, Maria da Graça Corso da. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais**. Santa Catarina: USC, 1998. Tese (Doutorado), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

MOURIÑO MOSQUERA, Juan José. **Psicodinâmica do aprender**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 1977. 231 p.

NEVES, Carlos. Comunicação: chave para o desenvolvimento humano e empresarial. In: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento: um guia**

de operações: manual oficial da ABTD. São Paulo: MAKRON Books, 2001. 284 p. cap. 14, p. 255-272.

OGUISSO, Taka. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Nursing: revista técnica de enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 22-29, jan. 2000.

OLIVARES, Inês Cozzo. Técnicas alternativas e sua utilização em T & D. *In*: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**: ABTD. 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 16, p. 323-340.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

POMI, Rugênia Maria. Líderes transformacionais: educadores de um novo tempo. **Educação Continuada**: boletim informativo da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 7, abr./jun. 1999.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. A família enfrentando a doença grave da criança. *In*: ELSÉN, Albert E.; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Ed. da UEM, 2002. 460 p.

ROMERO, Emílio. A dimensão afetiva: emoções, sentimentos, estados de ânimo, paixões. *In*: \_\_\_\_\_. **As dimensões da vida humana**: existência e experiência. São José dos Campos: Novos Horizontes, 1999. cap. 7, p. 257-286.

SALOMÃO, Marco Antônio. Desenvolvimento de equipes. *In*: BOOG, Gustavo Gruneberg (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**: ABTD. 2. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994. 595 p. cap. 21, p. 413-438.

SILVA, Maria Julia Paes da. Maria Julia Paes da Silva diz que, às vezes, a comunicação não verbal transmite mais do que a verbal: entrevista. **Educação Continuada**: boletim informativo da Sociedade Brasileira de Educação Continuada em Enfermagem, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 4-5, jan./mar. 1999.

SIMMEL, Johannes Mario. **Ninguém é uma Ilha**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976. 564 p.

SOUTO, Maria Buratto *et al.* Identificação das dificuldades da equipe de saúde no atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) na criança [resumo]. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 17, p. 15, set. 1997. Suplemento especial com resumos da 17ª Semana Científica: temas livres.

TOFFLER, Alvin F. **O choque do futuro**. São Paulo: Artenova, 1972. 407 p.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, jul. 1992.

\_\_\_\_\_. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar** - a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, 203p.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. 202 p.

ZEN, Jaqueline. Autonomia do enfermeiro intensivista pediátrico. *In: EINLOFT. Liane et al. Manual de enfermagem em UTI pediátrica*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996. 655 p. cap. 40, p. 561-567.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A - Entrevista semi-estruturada para a coleta das informações com os participantes do estudo**

Nome:

Categoria profissional:

Tempo de atuação na pediatria:

Quando participou do treinamento:

Em quantas urgências participou após o treinamento?

Em quantas urgências participou antes do treinamento?

Tópicos a serem abordados durante a entrevista.

1- Quais as tuas percepções sobre o treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria?

2- Quais as repercussões do treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatra no teu cotidiano do cuidado à criança hospitalizada?

3-. Como te sentes agora com os conhecimentos adquiridos, cuidando de uma criança que está piorando seu estado de saúde?

4- Gostarias de acrescentar mais alguma informação?

## APÊNDICE B - Consentimento Livre e Esclarecido

Manter o aperfeiçoamento da equipe de enfermagem que cuida de crianças hospitalizadas é uma necessidade contínua em uma Instituição de saúde preocupada com a qualidade do cuidado prestado.

Tenho a intenção de realizar um estudo com o objetivo de identificar junto à equipe de enfermagem as percepções do treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria.

As informações serão coletadas através de entrevista semi-estruturada e gravadas, se houver o consentimento dos profissionais participantes do estudo e ou registradas de maneira escrita caso não forem gravadas. As fitas gravadas serão apagadas logo após a transcrição das informações.

É assegurado que a participação dos profissionais no estudo em nada implicará no vínculo empregatício com a Instituição, tendo eles o direito de cancelar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Todos receberão os esclarecimentos que necessitarem, serão identificados somente com pseudônimos e as informações fornecidas, utilizadas apenas para os objetivos propostos.

Sou enfermeira Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tenho como orientadora a Doutora Nair Regina Ritter Ribeiro. Podemos ser contatadas através dos telefones 3316-83-74 e 3316-54-22, respectivamente. Estou à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Nome: Maria Buratto Souto                      Ass:

Porto Alegre,-----de-----de 2002.

---

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido declaro que concordo em participar do estudo acima, pois fui esclarecido de forma clara e detalhada sobre os objetivos a e forma como será a minha participação nesta Pesquisa.

Nome:

Assinatura do entrevistado-----Porto Alegre-----de-----de 2001.

**APÊNDICE C – Solicitação à enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica  
da Instituição para a Realização do Estudo**

Ilma Sra.

Professora Helena Issi

Sou enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, venho através desta comunicar o meu interesse e solicitar a autorização para desenvolver o estudo sobre o Treinamento em Reanimação Cardiorrespiratória em Pediatria, as percepções do cuidador da criança hospitalizada, os enfermeiros, os técnicos em enfermagem e os auxiliares de enfermagem, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nair Regina Ritter Ribeiro.

Porto Alegre, Julho de 2001.

-----  
Maria Buratto Souto  
-----

Nair Regina Ritter Ribeiro

**ANEXOS**

**ANEXO A - Check-list**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
 GRUPO DE ENFERMAGEM  
 PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
 GRUPO DE ESTUDOS – ASSISTÊNCIA NA PCR EM CRIANÇA  
 Serviço de Enfermagem .....  
 Unidade de Internação.....  
 Profissional responsável pelo preenchimento.....

|  |
|--|
| <p><b>RESPONDA AO CHECK-LIST ABAIXO<br/>         E ENCAMINHE ESTA FOLHA AO PEC.<br/>         OBRIGADO.</b></p> |
|--|

| DIFICULDADES VIVENCIADAS PELA EQUIPE | SIM | NÃO |
|--------------------------------------|-----|-----|
| 1. Falta de treinamento em serviço   |     |     |
| 2. Prioridades no atendimento em PCR |     |     |
| 3. Conhecimento das medicações       |     |     |
| 4. Despreparo técnico e funcional    |     |     |
| 5. Ausência de plantão médico        |     |     |
| 6. Material de reanimação inadequado |     |     |
| 7. Falta de acesso venoso            |     |     |
| 8. Identificação de PCR              |     |     |
| 9. Material de ventilação inadequado |     |     |
| 10. Falta de trabalho em equipe      |     |     |
| 11. Falta de revisão do material     |     |     |
| 12. Conclusões                       |     |     |

**ANEXO B - Dificuldades manifestadas pelos diferentes setores de atendimento pediátrico**

|    | DIFICULDADES                      | NÚMERO | PORCENT. |
|----|-----------------------------------|--------|----------|
| .  | Falta de treinamento em serviço   | 15     | 83%      |
| .  | Conhecimento das medicações       | 15     | 83%      |
| .  | Prioridades no atendimento em PCR | 13     | 72%      |
| .  | Despreparo técnico e funcional    | 12     | 66%      |
| .  | Ausência de plantão médico        | 11     | 61%      |
| .  | Falta de acesso venoso            | 8      | 44%      |
| .  | Material de ventilação inadequado | 7      | 38%      |
| .  | Falta de trabalho em equipe       | 7      | 38%      |
| .  | Falta de revisão do material      | 8      | 44%      |
| 0. | Material de reanimação inadequado | 6      | 33%      |
| 1. | Identificação de PCR              | 2      | 11%      |

Fonte: SOUTO, Maria B. *et al.* (1997).

**ANEXO C - Normas do atendimento móvel**



**ATENDIMENTO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA  
NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA  
E SERVIÇOS COM ATENDIMENTO PEDIÁTRICO**

**AÇÕES DA EQUIPE LOCAL ATÉ CHEGADA DA  
EQUIPE MÓVEL DA UTIP**

**A - Medidas relacionadas diretamente ao  
paciente (Atuação de 1 Enfermeiro e 1  
Aux. de Enfermagem)**

1. Acionar ajuda
2. Posicionar a criança no leito;
3. Assegurar vias aéreas superiores pervias
4. Promover a ventilação com ambu e máscara adequados ao tamanho da criança;
5. Monitorizar a criança (oxigênio de pulso)
6. Retirar as roupas do tórax da criança;
7. Promover o esvaziamento gástrico;
8. Providenciar o acesso venoso periférico;
9. Adaptar um perfusor e uma cânula ao dispositivo venoso;
10. Se bradicardia com  $FC < 60$  bpm em lactentes com perfusão ruim MCE 5:1
11. Registrar o horário das ações e o horário das drogas administradas.

**B - Medidas relacionadas às ações diversas  
(Atuação de 1 Aux. de Enfermagem)**

1. Acionar UTIP (ramal 655);
2. Revisar e adequar o sistema de aspiração
3. Revisar e adequar o sistema de respiração
4. Solicitar os familiares para que aguardem fora do quarto;
5. Providenciar o carro de PCR junto a criança;
6. Disponibilizar a folha de PCR junto a criança Retirar os familiares presentes;
7. Providenciar coxim para a região escapular
8. Reorganizar o material necessário: para o esvaziamento gástrico, para obtenção de acesso venoso e intraósseo;
9. Alcançar material de proteção (luvas e óculos)
10. Manter próximo ao leito a tábua de PCR;
11. Reorganizar o espaço físico;
12. Retirar o carro de PCR da unidade com a chegada da equipe móvel pediátrica;
13. Preparar a maca de transporte.

## ANEXO D - Registros dos atendimentos externos à UTIP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA  
SERVIÇO DE PEDIATRIA  
EQUIPE MÓVEL DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

NOME DO PACIENTE: .....  
REGISTRO: ..... IDADE: ..... PESO: .....  
UNIDADE OU SERVIÇO: ..... Q/L: .....  
DATA DA INTERNAÇÃO: .....  
DIAGNÓSTICO: .....

DATA DO ATENDIMENTO: ..... HORA DO CHAMADO: .....  
HORA DA CHEGADA: .....

MOTIVO DO CHAMADO: .....  
LOCAL DE FÁCIL ACESSO: ( ) SIM ( ) NÃO  
SITUALIZAÇÃO ADEQUADA DO LOCAL DA PCR: ( ) SIM ( ) NÃO

### AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO

#### AÇÕES DA UNIDADE/SERVIÇO

1. PERMEABILIZAÇÃO DE VAS: ( ) SIM ( ) NÃO
2. POSICIONAMENTO DO PACIENTE: ( ) SIM ( ) NÃO
3. VENTILAÇÃO COM O<sub>2</sub> À 100%: ( ) SIM ( ) NÃO
4. COLOCAÇÃO DE TÁBUA DE PARADA: ( ) SIM ( ) NÃO
5. ESVAZIAMENTO GÁSTRICO: ( ) SIM ( ) NÃO
6. OBTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PREVIAMENTE: ( ) SIM ( ) NÃO
7. APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE PCR PREENCHIDA: ( ) SIM ( ) NÃO
8. OUTRAS  
QUAIS: .....
9. AS AÇÕES PRÉVIAS À CHEGADA DA EQUIPE MÓVEL FORAM:  
( ) SUFICIENTES  
( ) INSUFICIENTES  
PORQUÊ? .....

#### AÇÕES DA EQUIPE MÓVEL

1. PREPARO DE FÁRMACOS: ( ) SIM ( ) NÃO
2. ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS: ( ) SIM ( ) NÃO
3. ENTUBAÇÃO: ( ) SIM ( ) NÃO
4. MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA: ( ) SIM ( ) NÃO
5. OUTRAS  
QUAIS: .....
6. TRANSFERÊNCIA PARA UTIP: ( ) SIM ( ) NÃO
7. HOVE NECESSIDADE DE TRANSFERÊNCIA NA UTIP PARA RECEBER A CRIANÇA:  
( ) SIM ( ) NÃO

### RESULTADO DO ATENDIMENTO/ CONDIÇÕES DA CRIANÇA

## ANEXO E - Questionário para avaliação de treinamento



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

GRUPO DE RECURSOS HUMANOS

### QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TREINAMENTOS

CURSO: \_\_\_\_\_ CH: \_\_\_\_ horas

PERÍODO: \_\_\_\_\_

| 1- CURSO  | REGULAR        | BOM        | ÓTIMO        |
|---|----------------|------------|--------------|
| 1.1. Conteúdo ministrado                                  | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.2. Seu aproveitamento no curso foi                      | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.3. O atendimento do seu nível de expectativa foi        | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.4. Qualidade do material didático utilizado             | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.5. Utilização de materiais e recursos audiovisuais      | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.6. Carga horária total                                  | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.7. Adequação do horário das aulas                       | ☹              | ☺          | ☺            |
| 1.8. Outros: _____  | ☹              | ☺          | ☺            |
| <b>2 - INSTALAÇÕES</b>                                    | <b>REGULAR</b> | <b>BOM</b> | <b>ÓTIMO</b> |
| 2.1. Condições da sala de aula                            | ☹              | ☺          | ☺            |
| 2.2. Recursos auxiliares (quadro, vídeo, flip-chart, ...) | ☹              | ☺          | ☺            |
| 2.3. Níveis de ruído, iluminação, temperatura             | ☹              | ☺          | ☺            |
| 2.4. Outros: _____  | ☹              | ☺          | ☺            |
| <b>3 - INSTRUTOR</b>                                      | <b>REGULAR</b> | <b>BOM</b> | <b>ÓTIMO</b> |
| 3.1. Nível de conhecimentos teóricos                      | ☹              | ☺          | ☺            |
| 3.2. Nível de conhecimentos práticos                      | ☹              | ☺          | ☺            |
| 3.3. Capacidade de comunicação (didática)                 | ☹              | ☺          | ☺            |
| 3.4. Relacionamento Instrutor / Treinando                 | ☹              | ☺          | ☺            |
| 3.5. Atuação do instrutor de modo geral                   | ☹              | ☺          | ☺            |

#### 4 - OUTRAS INFORMAÇÕES

4.1. Pontos positivos do curso:

---



---

4.2. Oportunidades de melhoria:

---



---

4.3. Sugestões:

---



---

**ANEXO F - Parecer da Comissão Científica e Comissão de Ética em Saúde****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 01-333

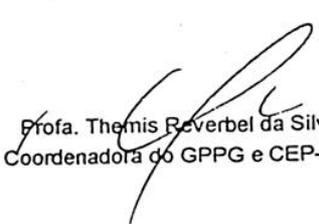
**Pesquisadores:**

NAIR REGINA RITTER RIBEIRO  
MARIA BURATTO SOUTO

**Título:** TREINAMENTO INSTITUCIONAL EM REANIMAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA E REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 22 de Novembro de 2001.

  
Profa. Themis Reverbél da Silveira  
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA