UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO

VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO

ANGELA ROSA DA SILVA

Ribeirão Preto
2006

ANGELA ROSA DA SILVA

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa O Processo de Cuidar do adulto com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Celia Barcellos Dalri

**Ribeirão Preto
2006**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Silva, Angela Rosa da
Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto, 2006.
192p.

Dissertação de Mestrado (Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Programa de Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Prof. Dr^a. Maria Celia Barcellos Dalri

1. parada cardiorrespiratória. 2. enfermagem. 3. técnica do incidente crítico

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANGELA ROSA DA SILVA

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa O Processo de Cuidar do adulto com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Celia Barcellos Dalri

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Tânia Couto Machado Chianca

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A **Deus**, pelas imensas oportunidades de aprendizado e crescimento... Por todos os momentos de alegria, vitórias, tristezas, perdas, por cada momento que vivi até hoje, principalmente durante este caminhar...*

Aos meus queridos familiares...

*À minha amada mãe, **Rita**, exemplo de caráter, de sabedoria, de determinação, de garra... Se hoje temos essa conquista, com certeza, você foi fundamental!*

*Ao meu valioso **Zé**, meu pai, meu amigo sempre presente, meu exemplo de cuidados infinitos... A sua confiança nos trouxe mais esse presente!*

*À **Fê**, minha irmã, que vivenciou toda essa conquista bem juntinho de mim!*

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especiais às pessoas mais do que especiais...

*À minha orientadora **Prof^ª. Dr^ª. Maria Celia Barcellos Dalri**, por todos os ensinamentos, incentivo e orientação... Sem esquecer, é claro, da convivência super agradável, da amizade e, principalmente, da confiança!*

*À **Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Laus**, pelos valiosos questionamentos, antes e durante o período do Mestrado. A você, Ana, os meus sinceros agradecimentos!*

*À **Prof^ª. Dr^ª. Tânia Couto Machado Chianca**, por todas as orientações quanto aos procedimentos metodológicos, pela amizade que nasceu nessa investigação e há de permanecer por todo o sempre.*

*À **Prof^ª. Miyeko Hayashida**, pela colaboração e sugestões, no Exame de Qualificação.*

*Às amigas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, **Cristiane, Jane Cristina, Regilene, Renata, Fernanda, Renata Roque, Prof^ª. Dr^ª. Maria Lúcia Robazzi e Sílvia Canini** pelo ombro amigo, pela compreensão e pelas palavras carinhosas, nos momentos mais difíceis...*

*À uma amiga especialíssima, **Paty**, que sempre esteve ali, de prontidão, sempre...*

*Às amigas companheiras sempre presentes, **Suzy, Fabiana, Viviane, Luciana, Kátia e Maria José...***

*Aos amigos, companheiros e instrutores do BLS, **Maria Alice, Leonice, Renzo, Lisandra, Ana Beatriz, Néia e Edmar**, pela companhia prazerosa nos finais de semana de trabalho...*

*A um companheiro maravilhoso, **Junior...** Que foi capaz de ter as mais belas e carinhosas atitudes nos momentos mais difíceis dessa conquista... Agradeço pelo carinho, pelo amor, pela confiança, por todo o auxílio durante esse percurso e pela confiança depositada em mim...*

*Aos funcionários especiais da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP: **Cidinha**, da recepção; **Deolinda, Bernadete e Lourdes**, da sala de leitura; **Edilaine, Eliana e Elaine**, do Departamento EGE...*

*Aos **enfermeiros** que participaram dessa investigação... A cada relato, pude ter um pedacinho da vida de cada um de vocês...*

Aos amigos da Graduação, da Pós-graduação e todos aqueles que encontrei durante todos esses anos...

Ei, você!!! Sorria...
Mas não se esconda atrás desse sorriso...
Mostre aquilo que você é, sem medo...
Existem pessoas que sonham com o seu sorriso, assim como eu...
Viva! Tente!
A vida não passa de uma tentativa...
Ei, ame acima de tudo, ame a tudo e a todos.
Não feche os olhos para a sujeira do mundo...
Não ignore a fome!
Procure o que há de bom em tudo e em todos.
Não faça dos defeitos uma distância, e sim, uma aproximação...
Aceite a vida, as pessoas...
Faça delas a sua razão de viver... Entenda!
Entenda as pessoas que pensam diferente de você. Não as reprove!
Ei, olhe...
Olhe a sua volta quantos amigos...
Você já tornou alguém feliz hoje?
Ou fez alguém sofrer com o seu egoísmo?
Ei, não corra.
Pra que tanta pressa?
Corra apenas para dentro de você...
Sonhe!
Mas não prejudique ninguém e não transforme seu sonho em fuga.
Acredite! Espere!
Sempre haverá uma saída, sempre brilhará uma estrela.
Chore, lute!!!
Faça aquilo que gosta, sinta o que há dentro de você.
Ei, ouça...
Escute o que as outras pessoas têm a dizer...
É importante!!!
Suba...
Faça dos obstáculos, degraus para aquilo que você acha supremo.
Mas não se esqueça daqueles que não conseguem subir a escada da vida.
Ei, descubra!!!
Descubra aquilo que há de bom dentro de você.
Procure acima de tudo ser gente...
Eu também vou tentar.
Ei, você... Não vá embora.
Eu preciso dizer-lhe que...
Te adoro...
Simplesmente... Porque...
Você existe!!!

Charles Chaplin

SILVA, A.R. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro**. 2006. 192p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas, principalmente das que sofrem um colapso não-presenciado e dos pacientes/clientes hospitalizados em estado crítico. Neste estudo, sob a luz da pesquisa qualitativa, fazendo uso da técnica do incidente crítico (TIC), foram entrevistados 30 enfermeiros de unidades de internação clínicas de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, a fim de se estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação neste hospital, através da vivência de enfermeiros durante as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), identificando os incidentes críticos positivos e/ou negativos durante esse atendimento, além das ocorrências iatrogênicas durante as manobras de RCP. Os dados coletados foram categorizados segundo as situações secundárias, uma vez que determinamos que a situação principal era a ocorrência da PCR, os comportamentos e as conseqüências decorrentes das diversas situações. Nas situações secundárias encontramos as seguintes categorias: estado e/ou condições clínicas do paciente/cliente; habilidades técnicas inerentes à profissão; conhecimento ou não acerca da PCR; identificação e reconhecimento (ou desconhecimento) do local de trabalho; condições dos materiais e equipamentos; capacitação e treinamento; e circunstâncias adversas. Relacionado aos comportamentos positivos, destacamos as seguintes categorias: vivendo a sistematização no atendimento à PCR; a questão dos materiais; e estabelecendo funções

durante o atendimento à PCR. Já, quanto aos comportamentos negativos, podemos destacar as seguintes categorias: vivenciando a falta (ou ausência) da sistematização no atendimento à PCR; convivendo com as dificuldades técnicas; o ambiente situacional; materiais: é difícil conhecer a sua importância?; vivendo as ocorrências adversas; e estabelecer funções: lidando com prioridades. Uma vez selecionadas as situações secundárias, os comportamentos positivos e os comportamentos negativos, podemos categorizar as consequências imediatas ao paciente/cliente; na categoria que traz as consequências positivas temos: restabelecimento das funções vitais; como categorias com consequências negativas ao paciente/cliente temos: até que ponto a RCP ajuda o paciente/cliente e sua família? e óbito. Avaliando as consequências positivas para a equipe de enfermagem temos a categoria: salvar vidas: o que isso proporciona ao profissional de enfermagem? E como categoria abrangendo as consequências negativas para esses profissionais temos: fazer parte da equipe de enfermagem é saber lidar com o sofrimento. A partir dos incidentes críticos identificados, pode-se estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR no local de estudo e, ressaltar que para um bom desempenho no atendimento à PCR é necessário rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica por parte de toda a equipe que realiza esse atendimento. Além disso, identifica-se a necessidade de infra-estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre todos os profissionais, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento, a recuperação do paciente/cliente e a ocorrência mínima de seqüelas. A partir do momento em que esses requisitos não são atendidos, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências iatrogênicas freqüentes e a segurança do paciente/cliente, seriamente comprometida.

Palavras-chave: parada cardiorrespiratória, enfermagem, técnica do incidente crítico.

SILVA, A.R. **Cardiac arrest in medical admission unit: nurse experiences**. 2006. 192p. Dissertation (Master) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

ABSTRACT

The cardiac arrest is an unexpected alternative in several moments, comprising a serious threaten to people's lives, mostly of those who suffer an unwitnessed collapse and those hospitalized patients in critical state. In this study, under the light of quality research, making use of critical incident technique, 30 nurses of medical admission units of a university hospital in the state of São Paulo were interviewed, in order to establish the critical requirements in taking care of cardiac arrest in admission units in this hospital, through the nurse experience during the maneuvers of cardiac pulmonary resuscitation, identifying the positive and/or negative critical incidents during such care, and also the iatrogenic occurrences during the maneuvers of cardiac pulmonary resuscitation. The recorded data were classified according to secondary situations, once we determinated that the main situation was the occurrence of cardiac arrest, the behaviors, and the alternative consequences of the several situations. On secondary situations, we found the following categories: the patient/client clinical state and conditions; ability of techniques of profession; knowledge or ignorance around the CRA; identification and recognition (or ignorance) of workplace; conditions of material and appliances; capability and training; and adverse circumstances. In relation to the positive behaviors, we highlight the following categories: experiencing the systemization in taking care of cardiac arrest; in relation to the materials; and determining the functions during the medical care to cardiac arrest. As for the negative behaviors, we can highlight the

following categories: experiencing the lack (or absence) of systemization in medical care to cardiac arrest; living with adverse occurrences; and to establish functions: dealing with priorities. Once the secondary situation, the positive and negative behaviors were selected, we could classify the immediate consequences to the patient/client, and as category the grouping of positive consequences we have: recovery of vital functions; as categories of negative consequences to the patient/client we have: to what extent does the cardiac pulmonary resuscitation help the patient/client and his/her family? and death. Evaluating the positive consequences for the nursing team we have the category: saving lives: what does it promote to the professional? And as category comprising the negative consequences for these professional we have: to be part of the team is to know how to deal with pain. From the identified critical incidents we can accentuate that for a good performance in taking care of CRA it is necessary rapidity, efficiency, scientific-technical knowledge and the ability of all the team who perform the medical care. Besides that we identify the need of the adequate infra-structure, harmonious work between all of the professionals, aiming the recovery of life, the limitations of pain, the recovery of the patient/client and the minimal occurrence of sequelae. From the moment those requirements are fulfilled risks become evident, the iatrogenic occurrences frequent and the patient/client safety seriously committed.

Keywords: cardiac arrest, nursing, critical incident technique.

SILVA A. R., **Parada Cardiorrespiratoria en unidades de internación: vivencia del enfermero**. 2006. 192p. Disertación (Maestria) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

RESUMEN

La paro cardíaco es una alternativa inesperada en diversos momentos, constituyendo grave amenaza a la vida de las personas, principalmente las que sufren un colapso no presencial y los pacientes/clientes hospitalizados en estado crítico. En este estudio, bajo la luz de la investigación cualitativa, haciendo uso de la técnica del incidente crítico, fueron entrevistados 30 enfermeros de unidades de internación clínica de un hospital universitario en el interior del estado de São Paulo, para poder establecer las exigencias críticas en la atención a la paro cardíaco en unidades de internación en este hospital, a través de la vivencia de los enfermeros durante las maniobras de resucitación cardiopulmonar, identificando a los incidentes críticos positivos y/o negativos durante esa atención, además las ocurrencias iatrogénicas durante las manobrias de resucitación cardiopulmonar. Los datos colectados fueron categorizados según las situaciones secundarias, una vez que determinamos que la situación principal era la ocurrencia de la paro cardíaco, los comportamientos y las consecuencias decurrentes de las diversas situaciones. En las situaciones secundarias encontramos las siguientes categorías: estado y/o condiciones clínicas del paciente/cliente; conocimiento o no de las técnicas de la profesión; conocimiento o no acerca de la paro cardíaco; identificación y reconocimiento (o desconocimiento) del local de trabajo; condiciones de los materiales y equipamientos; capacitación y entrenamiento; y circunstancias adversas. Relacionados a los comportamientos positivos, destacamos las siguientes categorías:

viviendo la sistematización en la atención a la paro cardíaco; la cuestión de los materiales; y establecer funciones durante la atención a la paro cardíaco. Ya cuanto a los comportamientos negativos, podemos destacar las siguientes categorías: vivenciando la falta (o ausencia) de la sistematización en la atención a la paro cardíaco; conviviendo con las dificultades técnicas; el ambiente; materiales: ¿es difícil conocer su importancia? Viviendo las ocurrencias adversas; establecer funciones: lidiando con prioridades. Una vez seleccionadas las situaciones secundarias, los comportamientos positivos los comportamientos negativos, pudimos categorizar las consecuencias inmediatas al paciente/cliente, como categoría con agrupamiento de consecuencias positivas tenemos: restablecimiento de las funciones vitales; como categorías con consecuencias negativas al paciente/cliente tenemos: ¿cuánto la resucitación cardiopulmonar ayuda al paciente/cliente y su familia? E óbito. Avaluando las consecuencias positivas para el equipo de enfermería tenemos la categoría: salvar vidas: ¿qué esto proporciona al profesional de enfermería? Y como categoría abarcando las consecuencias negativas para esos profesionales tenemos: hacer parte del equipo de enfermería es saber lidiar con sufrimiento. A partir de los incidentes críticos identificados, se puede resaltar que para un buen desempeño en la atención a la paro cardíaco es necesario rapidez, eficiencia, conocimiento técnico científico y habilidad técnica por parte de todo el equipo que realiza esa atención. Además, se identifica la necesidad de infraestructura adecuada, trabajo armónico y sincronizado entre todos los profesionales, proponiendo el restablecimiento de la vida, la limitación del sufrimiento, la recuperación del paciente/cliente y la ocurrencia mínima de secuelas. A partir del momento en que esos requisitos no son atendidos, los riesgos se hacen evidentes, las ocurrencias iatrogénicas frecuentes y la seguridad del paciente/cliente, seriamente comprometida.

Palabras clave: parada cardiorrespiratoria, enfermería, técnicas del incidente crítico.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AHA	American Heart Association
Aids	síndrome da imunodeficiência adquirida
ATP	trifosfato de adenosina
AVC	acidente vascular cerebral
BLS	Basic Life Support
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DEA	desfibrilador externo automático
DNR	Do-Not-Resuscitate orders (ordem de não-ressuscitar)
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FV	fibrilação ventricular
IAM	infarto agudo do miocárdio
ILCOR	International Liaison Committee on Resuscitation
ICC	insuficiência cardíaca congestiva
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IRC	insuficiência renal crônica
J	joules
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PCR	parada cardiorrespiratória
RCP	ressuscitação cardiopulmonar

SBV	Suporte Básico de Vida
SAVC	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Técnica do Incidente Crítico
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVO	34
3 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA	36
3.1 Considerações gerais	37
3.2 Parada cardiorrespiratória (PCR)	38
3.3 Reanimação cardiopulmonar (RCP)	42
3.4 A equipe de enfermagem e a PCR	51
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	57
4.1 Pesquisa qualitativa	58
4.2 A Técnica do Incidente Crítico	59
4.3 Local do estudo	72
4.4 O atendimento à PCR no HCFMRP-USP	75
4.5 População	81
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	82
4.7 Procedimento para a coleta de dados	83
4.7.1 Instrumento de coleta de dados	83
4.7.2 Operacionalização da coleta de dados	87
4.8 Procedimento para análise dos dados	88
4.8.1 Analisando as entrevistas	92
5 RESULTADOS	94
5.1 Caracterização dos enfermeiros	96
5.2 Apresentação dos incidentes críticos	96
5.2.1 Situações secundárias	97
5.2.2 Comportamentos positivos	99

5.2.3 Comportamentos negativos	100
5.2.4 Consequências imediatas para o paciente/cliente e para a equipe de enfermagem	102
5.2.5 Estabelecimento das exigências críticas no atendimento ao paciente em situação de PCR no HCFMRP-USP	103
6 DISCUSSÃO	108
7 CONCLUSÃO	156
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	161
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
10 APÊNDICES	185
11 ANEXO	191

INTRODUÇÃO

Corações param de bater todos os dias! (BECK; LEIGHNINGER, 1962). A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas, principalmente das que sofrem um colapso não-presenciado e dos pacientes/clientes hospitalizados em estado crítico. Os profissionais da área de saúde deparam-se constantemente com situações que envolvem risco de vida para os pacientes/clientes e que demandam intervenções de pequena, média e grande complexidade, em todos os níveis de atendimento. Uma ocorrência comum às diversas especialidades e níveis de atendimento à saúde, que requer atuação imediata desses profissionais, é o evento da PCR (BELLAN, 2006).

Para um bom desempenho durante o atendimento à essa ação é necessário rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica por parte de toda a equipe que realiza esse atendimento; além disso, ainda requer infra-estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre todos os profissionais, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento, a recuperação do paciente/cliente e a ocorrência mínima de seqüelas. A partir do momento em que esses requisitos não são atendidos, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências iatrogênicas freqüentes e a segurança do paciente/cliente fica seriamente comprometida.

O que tem orientado o desenvolvimento científico e tecnológico nas Ciências da Saúde é a busca da manutenção da vida e a luta contra a morte biológica. Dentre as diversas situações que podem ameaçar a vida dos indivíduos, uma das mais temidas é a PCR (TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998; CAPOVILLA, 2002). A PCR é uma situação de grande estresse, uma vez que a única chance de sobrevivência do paciente/cliente está vinculada à identificação precoce do episódio de PCR e à intervenção rápida e eficaz, a fim de possibilitar o retorno espontâneo da ventilação e da circulação, com o mínimo de seqüelas.

O Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória (1996) define a PCR como sendo a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular útil e suficiente e da respiração, desencadeando a situação de morte clínica. Para Coelho et al. (1997), a PCR pode ser entendida como a situação em que o débito cardíaco é inadequado para a adequada manutenção da vida. A PCR é uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000). E ainda, em suma, pode ser definida como o estado em que o indivíduo se encontra com ausência do débito cardíaco, ausência de respiração, porém ainda mantém atividade cerebral (CRUZ; SOUZA; PADILHA, 1992; COELHO et al., 1997; PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997; ARAÚJO, 1999).

A PCR, nem sempre, representa um indicador de má qualidade da assistência de saúde, mas demonstra, sobretudo, o nível de gravidade do paciente/cliente. Uma vez presente, a chance de sobrevivência depende, na maior parte, da aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação, que devem ser instituídas prontamente, com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível, constituindo o fator tempo uma variável fundamental na recuperação das atividades orgânicas do paciente (SAFAR, 1982; MULLER; BORBA, 1986; BARBISAN et al., 1988; LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; PARASKOS, 1991; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; LANE, 1993; GIROUD et al., 1995; COELHO et al., 1997; AMERICAN HEART ASSOCIATION, AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002).

Na literatura, encontramos diversas definições de PCR, sendo que todos os autores concordam e reafirmam a gravidade dessa situação e as sérias conseqüências que podem ocasionar à vida dos indivíduos (MCINTYRE, 1980; CURKA, 1993; LARSEN; EISENBERG; CUMMINS, 1993; CALLE et al., 1997; COELHO et al., 1997; ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

De acordo com a AHA e Fundação Interamericana do Coração (2002), além de dados do DATASUS, mencionados por Ferreira e Garcia (2001), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre homens e mulheres, nos Estados Unidos e no Brasil, matando duas vezes e meia a mais que a segunda causa de morte, que é o trauma, sob suas várias formas. Dentre as enfermidades cardiovasculares, as síndromes coronarianas agudas e as doenças cerebrovasculares são as principais responsáveis pelos episódios de morte súbita.

Segundo o Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória (1996) e AHA e Fundación Interamericana Del Corazón (2001), as desordens básicas do ritmo cardíaco na PCR são quatro: a *assistolia*, caracterizada pela ausência de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos; a *fibrilação ventricular (FV)*, que é a contração incoordenada do miocárdio em consequência da atividade elétrica caótica de diferentes grupos de fibras miocárdicas, resultando na ineficácia total do coração em manter um rendimento de volume sangüíneo adequado e cujo único tratamento é a desfibrilação elétrica; a *taquicardia ventricular sem pulso*, em que há uma sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à deterioração hemodinâmica; e a *atividade elétrica sem pulso*, caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de registro de atividade elétrica.

As tentativas de promover a reanimação cardiopulmonar (RCP) e vencer a morte são tão antigas quanto a nossa existência e há vários anos, esses métodos eram baseados em aspectos religiosos. Relatos sobre diferentes condutas e diversas técnicas de reanimação persistiram até meados do século XX, quando, no ano de 1948, realizou-se a Primeira Conferência sobre Ressuscitação, gerando um novo período no estudo e na padronização das condutas e técnicas a serem assumidas frente às situações de PCR (NATIONAL ACADEMY SCIENCE – NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1948).

Grandes Centros de Estudo, como o American College of Surgeons, a American Society of Anesthesiologists e o European Resuscitation Council, juntamente com a AHA,

padronizaram um conjunto de manobras e técnicas com o objetivo de promover e restaurar as funções cardíaca e respiratória, denominado Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) que, atualmente, constituem as manobras de RCP.

Segundo Ferreira e Garcia (2001), a essência do SBV é promover o atendimento imediato à PCR, desde o seu diagnóstico até a implementação de medidas que promovam a ventilação e a circulação artificiais, sem instrumental de qualquer natureza. O SBV inclui as intervenções que podem ser realizadas rapidamente por leigos treinados e pela equipe de profissionais de saúde (sem, necessariamente, a presença da equipe médica) que não compõem a equipe de reanimação, responsável pelas intervenções do suporte avançado, que oferece o suporte avançado, incluindo aqui a equipe de enfermagem, garantindo o reconhecimento das emergências, o acesso rápido ao SAVC e às vias aéreas, respiração, oxigenação e circulação adequadas. Compreende as seguintes etapas: diagnóstico rápido da PCR em pessoas não-responsivas e/ou agônicas; acionamento adequado e preciso do Serviço Médico de Emergência Local; posicionamento da vítima em uma superfície plana e rígida; abertura e desobstrução das vias aéreas; verificação da presença de movimentos respiratórios e o início das manobras de ventilação artificial e de compressão torácica externa na ausência de pulso, quando verificado por profissionais de saúde; e, atualmente, o uso do desfibrilador externo automático (DEA).

A RCP imediata, realizada por circunstantes (leigos treinados) é crucial em todos os esforços de reanimação (LARSEN; EISENBERG; CUMMINS, 1993). A vítima de uma parada cardíaca extra-hospitalar tem poucas probabilidades de ser reanimada com sucesso sem manobras de RCP imediatas realizadas por circunstantes, apesar da disponibilidade de uma equipe de paramédicos bem treinados, ou da própria equipe de atendimento avançado, com um tempo de resposta rápido (SWOR et al., 1995).

O SAVC é a fase seguinte ao SBV e inclui o uso de equipamentos adicionais para o suporte ventilatório, a monitorização cardíaca, a desfibrilação com o uso do desfibrilador convencional ou outras formas para corrigir arritmias, o estabelecimento de acesso venoso, a administração de fármacos e fluidos e os cuidados pós-reanimação (GUIDELINES 2000 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE – AN INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE, 2000).

A PCR pode ocorrer no ambiente extra ou intra-hospitalar; vários fatores predis põem o seu aparecimento, especialmente as doenças cárdio-circulatórias. Com o passar dos anos, observou-se que se a PCR ocorresse fora do ambiente hospitalar, o sucesso das manobras de RCP estaria associado a um pequeno intervalo de tempo entre os primeiros sinais e sintomas, o colapso, o início do atendimento básico (menos de quatro minutos) e à precocidade do atendimento avançado (menos de oito minutos) juntamente com o uso precoce do desfibrilador. Com isso, verificou-se uma média na sobrevivência dos pacientes/clientes em torno de 19%, com indivíduos evoluindo para a alta hospitalar (EISENBERG et al., 1980, 1982; FRESH et al., 1984; CUMMINS et al., 1985; KAYE et al., 1985; ATKINS, 1986; AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001).

A RCP apresenta como meta a preservação da vida, o alívio do sofrimento, a restauração da saúde e a limitação das incapacidades (COELHO et al., 1997; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002), promovendo a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente para o coração e o cérebro, até que as funções cardíaca e ventilatória espontâneas sejam restabelecidas.

Faz-se necessário, no decorrer do atendimento à PCR, considerar as reais possibilidades de recuperação cerebral após lesão anóxica-isquêmica, uma vez que essa condição estará determinando a futura qualidade de vida do indivíduo ressuscitado (SAFAR, 1982; PARASKOS, 1991; GUIMARÃES, 1992). A presença de lesão cerebral explica-se pela

alta complexidade dos neurônios, células do organismo humano mais sensíveis aos efeitos da hipóxia. Safar (1982) e Guimarães (1992) afirmam que a interrupção total da circulação cerebral por dez a 20 segundos é suficiente para provocar a perda dos sentidos e a inconsciência, com alterações significativas no traçado eletroencefalográfico; em um minuto sem circulação, as pupilas tornam-se midriáticas e fixas e em quatro a cinco minutos, os depósitos de ATP (trifosfato de adenosina) e glicose nos neurônios esgotam-se e, nessas circunstâncias, se a circulação não for restabelecida rapidamente, as alterações cerebrais são irreversíveis.

Timerman e Sauaia (1997) apontam situações importantes em que há maior possibilidade de insucesso das manobras de reanimação, seguidas de agravamento da condição clínica e diminuição da sobrevida dos pacientes/clientes. Tais situações incluem a duração da RCP superior a 15 minutos, a vigência de acidente vascular cerebral (AVC), a PCR em ritmo diferente de FV, a insuficiência renal crônica (IRC), a cardiopatia congênita cianogênica, o câncer metastático, a sepse, a PCR não presenciada e o tempo de início de reanimação superior a cinco minutos.

Um diagnóstico rápido e preciso da PCR é a conduta que inicia as manobras de SBV; a checagem de pulso em grandes artérias, como as carótidas, é responsabilidade de profissionais de saúde, uma vez que os socorristas leigos devem observar sinais de circulação, como a presença de tosse e os movimentos dos membros superiores e inferiores (AHA, 2005). A demora na verificação de pulso em circunstância de PCR pode aumentar a situação de colapso e atrasar as manobras de RCP; em média, a checagem do pulso não deve ultrapassar dez segundos (MOULE, 2000).

Segundo a AHA e Fundação Interamericana do Coração (2002), as manobras básicas de reanimação isoladamente não alteram a sobrevida dos pacientes/clientes, no

entanto, a instituição precoce de manobras básicas, seguida da implantação, também precoce e eficiente, do suporte avançado, aumentam as chances de recuperação imediata e de sobrevivência.

Para o sucesso do atendimento à PCR, a assistência adequada dependerá da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, de materiais e equipamentos, como também da determinação das funções de cada pessoa envolvida no processo; cabe ressaltar a importância da competência técnico-científica dos profissionais e a necessidade de protocolos de atendimento que visem a organização e a sistematização do atendimento.

Diversos autores, bem como associações de especialistas (SAFAR, 1982; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1987; BARBISAN et al., 1988; FELIPPE JUNIOR, 1990; WHITAKER et al., 1990; CRUZ; SOUZA; PADILHA, 1992; LANE, 1993; SKINNER; VICENT, 1993; GRANITOFF et al., 1994; CERDÀ VILA, 1996; PEIXOTO; COSTA; URRUTIA, 1998; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998; AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002) têm sido unânimes em salientar a necessidade de padronização das condutas por intermédio de protocolos para organização do atendimento na vigência de PCR.

Dentro desse enfoque, a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002) recomendam que o treinamento em RCP para profissionais da saúde seja amplamente disseminado e implementado por meio de programas específicos, com uniformização dos procedimentos e técnicas. Esse treinamento é recomendado com o intuito de garantir o rápido diagnóstico da PCR e o início imediato das manobras adequadas, bem como a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos de reanimação, que devem sempre estar preparados para o uso imediato, para que esse não seja um fator que interfira no sucesso da RCP (GRANITOFF, 1995; GARCIA-BARBERO; CÁRTULA-SUCH, 1999; ARAÚJO; ARAÚJO; CARIELI, 2001; UMMENHOFER et al., 2001; BELLAN, 2006).

Algoritmos específicos elaborados para o atendimento das diversas emergências cardiológicas, incluindo a PCR, vêm sendo periodicamente revisados e aperfeiçoados, considerando o avanço científico e tecnológico ocorrido ao longo do tempo. O Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória (1996), a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002) recomendam que todos os serviços de saúde realizem treinamento específico e contínuo em RCP, pois é comprovado que o prognóstico relaciona-se diretamente com a qualidade do atendimento prestado, ressaltando que o seu sucesso é dependente da destreza e rapidez com que as manobras são aplicadas.

Em estudo citado por Knobel, Ferraz e Capone Neto (1997), realizado no Estado de São Paulo – Brasil, os autores indicam que, aproximadamente, 30% das tentativas de RCP intra-hospitalares são bem sucedidas e também citam que dos pacientes/clientes sobreviventes ao procedimento inicial, apenas 10% recuperam-se sem seqüelas neurológicas ou com graus leves e moderados de incapacidade funcional. Quanto à mortalidade, 90% dos pacientes/clientes morrem no primeiro ano após o evento, dos quais 30%, direta ou indiretamente de causas neurológicas.

A PCR é uma emergência comum a todas as especialidades médicas, devendo, por isso, ser atendida em qualquer unidade hospitalar, que necessita estar equipada e preparada para tal atendimento. Timerman e Sauaia (1997) afirmam que quando esta intercorrência ocorre dentro do ambiente hospitalar, seu atendimento torna-se facilitado pela aplicação rápida do socorro básico e do atendimento especializado, porém, não é o que se tem observado mediante as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, como já foi relatado por Whitaker et al. (1990) e Capone e Capone Neto (1993).

O avanço tecnológico, juntamente às medidas emergenciais para a manutenção da vida geraram a expansão no papel da equipe de enfermagem em relação aos cuidados

prestados a pacientes/clientes em PCR. O conhecimento científico independe da área de atuação; é a base para o desenvolvimento da prática.

Sabe-se que, na maioria das vezes, o enfermeiro é o membro da equipe de saúde que primeiro se depara com o paciente/cliente em situação de PCR (GARCIA-BARBERO; CÁRTULA-SUCH, 1999; LEAH; COATS, 1999; CHELLEL, 2000; NYMAN; SIHVONEN, 2000; MURPHY; FITZSIMONS, 2004), devendo, portanto, estar preparado para concentrar esforços e atuar nos acontecimentos que precedem o evento da PCR, e conseqüentemente, na sua identificação precoce, no seu atendimento e nos cuidados pós-reanimação (CHELLEL, 2000).

O estudo de Granitoff (2003) sobre desfibrilação precoce praticada por enfermeiros revelou que esses profissionais detêm o potencial de serem as principais testemunhas do evento de PCR no hospital e que, portanto, são os profissionais que possuem competência, habilidade técnica, institucional e legal para iniciar os procedimentos de reanimação, que demandam a tomada de decisões rápidas, geradas a partir do processo de julgamento e avaliação da situação.

Dessa forma, os enfermeiros, em particular, deverão estar familiarizados e capacitados para executar com precisão as manobras de RCP, sabendo da sua importância em oferecer à vítima em PCR os primeiros atendimentos preconizados no SBV, assim como, proceder ao auxílio ao suporte avançado, na chegada da equipe médica, com o objetivo de tratar e reverter a PCR (CHELLEL, 2000; DAVIES; GOULD, 2000).

Diante desse fato, a enfermagem vem aprimorando seus conhecimentos e propondo alternativas de sistematização da assistência, sempre fundamentada em conhecimentos científicos. De acordo com Dalri (1993), a aplicação de um método na assistência de enfermagem proporciona uma melhor qualidade no atendimento ao

paciente/cliente e à sua família, com individualização e humanização do cuidado, permitindo delimitar o papel do enfermeiro.

O enfermeiro necessita ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente; deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando, para isso, conhecimento científico e muita experiência (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000). Relacionado ao atendimento de enfermagem ao paciente/cliente grave/crítico, a função do enfermeiro está disposta na lei 7498, de 25 de junho de 1986, no artigo II, relatando que cabe ao enfermeiro prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes/clientes graves com risco de vida, ou seja, instituir os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos com base científica, além de possuir capacidade para a tomada de decisões rápidas (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, COREN, 2000).

A ação do enfermeiro durante o atendimento à PCR ocorre desde o diagnóstico, estende-se na implementação das condutas de RCP e na organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados. No período pós-RCP, o enfermeiro deve assegurar um acompanhamento intensivo aos pacientes/clientes reanimados, cujas manobras obtiveram sucesso. Compete ainda ao enfermeiro e/ou equipe de enfermagem a realização do relatório ou evolução de enfermagem, checagem das medicações e reorganização do local onde ocorreu o fato (CHELLEL, 2000). O apoio aos familiares também deve fazer parte da assistência de enfermagem, sendo manifestado tanto em casos de sucesso das manobras de RCP, com reversão da PCR, como em casos de óbito; em ambos, o enfermeiro deve atuar esclarecendo as dúvidas e tentando minimizar, na medida do possível, as angústias e ansiedades vivenciadas pelos familiares.

O atendimento à PCR nem sempre ocorre de forma isenta de falhas e/ou iatrogenias; muitas vezes, realiza-se sem que as condições necessárias de infra-estrutura e

treinamento sejam adequadas, colocando em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida do paciente/cliente. Tal constatação leva, a saber, que a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, a falha na organização do atendimento, assim como a provisão insuficiente de materiais e equipamentos necessários para a realização das medidas de reanimação têm favorecido a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência aos pacientes/clientes em PCR (DYSON; SMITH, 2002), tanto em unidades hospitalares fechadas como Centros de Terapia Intensiva (CTI), quanto em unidades de internação das diversas especialidades.

Segundo Padilha (1998), a ocorrência iatrogênica é entendida como um evento indesejável, de natureza danosa ou prejudicial ao paciente/cliente, conseqüente ou não de falha do profissional responsável pelo cuidado e que compromete ou tem o potencial de comprometer a segurança do doente. Definição semelhante é apresentada por Beckmann et al. (1996a, 1996b) quando adotam o termo incidente crítico para explicar a ocorrência de um evento não intencional, que reduz ou pode reduzir a segurança do paciente/cliente no decorrer da assistência.

Estudos de Whitaker et al. (1990) afirmam que a ausência de definição de tarefas entre os elementos que compõem a equipe de atendimento, aliada à falta de treinamento específico e às falhas no suprimento de material e equipamentos apropriados podem ser consideradas como deficiências determinantes do atendimento tumultuado e estressante, freqüentemente observado em nosso meio, passível de culminar com o insucesso do tratamento. Existem na literatura relatos de deficiências graves em aspectos essenciais relacionados com os equipamentos, particularmente os ligados à manutenção das vias aéreas e à desfibrilação (DYSON; SMITH, 2002).

Com base no exposto, depreende-se que o atendimento à PCR deve estar voltado a um máximo de qualidade na assistência prestada visando, principalmente, a segurança do

paciente/cliente. Para Azevedo (1991, 1992), segurança pressupõe, em outras palavras, um mínimo de falhas no decorrer do atendimento e a prevenção de todo e qualquer desvio que possa ocorrer durante o processo de reanimação ou outro procedimento.

Atualmente, várias publicações acerca do tema PCR/RCP abordam questões como fatores de risco, causas, atendimento sistematizado, mas existe escassez quanto aos aspectos envolvendo as funções da equipe de enfermagem (MULLER; BORBA, 1986; WHITAKER et al., 1990; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; VIEIRA, 1993; GRANITOFF et al., 1994; PEIXOTO; COSTA; URRUTIA, 1998). Muller e Borba (1986) citam que o êxito no tratamento da PCR depende diretamente da rapidez, eficiência, interesse e plena compreensão dos objetivos a que se propõe uma equipe multidisciplinar especialmente treinada para tal fato, na qual todos os indivíduos executam tarefas específicas e igualmente importantes. A equipe de enfermagem deve estar treinada para iniciar as medidas de suporte básico, sempre que necessário.

Silva (1998) relata a respeito das ocorrências iatrogênicas presentes no atendimento à PCR em pacientes/clientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), retratando a necessidade de investimentos na capacitação técnica dos componentes da equipe multiprofissional da UTI, tanto na formação acadêmica, quanto no treinamento e reciclagem contínua, bem como para a grande importância do provimento adequado de materiais e equipamentos, com vistas a minimizar as ocorrências iatrogênicas no decorrer do atendimento aos pacientes/clientes que apresentam o episódio de PCR na UTI.

Guimarães (1992) corrobora essa afirmação ao dizer que a UTI é, verdadeiramente, a unidade ideal para o atendimento da PCR (e outras emergências) por dispor de recursos avançados para o seu maior controle. Dessa forma, afirma que neste local, as medidas empregadas para a reanimação incluem, além das manobras de RCP, o uso de equipamentos adicionais ao suporte ventilatório, monitorização cardíaca, desfibrilação ou

outras formas para a correção de arritmias, estabelecimento de acesso venoso, administração /de fármacos e cuidados pós-reanimação, garantindo, assim, o suporte avançado. Todavia, vale ressaltar que a UTI, enquanto unidade hospitalar provida de tecnologia avançada e com características próprias para atendimento de pacientes/clientes críticos, não se encontra dissociada do contexto hospitalar, fazendo parte desse sistema. A UTI, sendo um dos setores hospitalares destinados à prestação de cuidados a pacientes/clientes com alto grau de complexidade, requer disponibilidade de infra-estrutura própria, com provisão adequada de materiais e equipamentos, bem como, capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento do atendimento ao paciente/cliente e à sua família com segurança e eficiência. Assim, a infra-estrutura desse local deve assegurar maiores possibilidades de sucesso de reanimação por concentrar recursos estruturais e equipe multiprofissional treinada e especializada.

Sob esse prisma, Bellan (2006) afirma que a falta ou deficiência de qualquer material e/ou equipamento pode gerar estresse em toda a equipe durante o atendimento da PCR, além de ser fator de prejuízo no tempo e na efetivação das condutas preconizadas. O estudo de Silva (1998) aponta esses condicionantes durante o evento, uma vez que, na vigência da PCR, foram observados problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos gerados pela falta de checagem do carrinho de emergência, falhas do desfibrilador, ausência de materiais básicos (agulhas, seringas, medicamentos, ressuscitador manual), além do monitor cardíaco incompleto.

Durante o curso de graduação em enfermagem, foi surgindo e crescendo, a cada dia, meu o interesse acerca do tema PCR/RCP, intensificando as minhas buscas sobre o assunto, porém poucas foram as oportunidades em que pude presenciar a ocorrência e o atendimento a um paciente/cliente em PCR. Diante disso, várias questões referentes ao tema e a intensa vontade de estar presente durante um atendimento e poder fazer “algo mais” por

aquele paciente/cliente e por sua família me levaram a buscar informações mais precisas sobre a sistematização do atendimento em PCR, quando participei como aluna do curso BLS, ainda no último ano de graduação. A partir desse momento, as dúvidas anteriores estavam mais esclarecidas, no entanto, várias outras indagações foram surgindo, retratando, principalmente, a grande importância do conhecimento teórico, mas com ênfase nas habilidades técnicas de cada profissional envolvido nesse atendimento.

Enfim, o tema parecia fazer parte da minha realidade naquele momento, não mais com intensas dúvidas. A partir de então, surgiram outras indagações relacionadas ao tema PCR/RCP, juntamente à amplitude do assunto, fazendo nascer a fase de compartilhar o conhecimento apreendido, quando surgiram as oportunidades de cursar a Licenciatura Plena em Enfermagem, direcionada aos aspectos fundamentais da didática no ensino e de fazer parte do grupo de instrutores de BLS, situado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), após a realização de um curso preparatório para instrutores, podendo, a partir de então, auxiliar na difusão do conhecimento internacional, sistematizado mundialmente.

Paralelamente a essas oportunidades, iniciei a minha experiência profissional em uma UTI Pediátrica desse mesmo hospital, onde pude, continuamente, me indagar quanto ao atendimento ao paciente/cliente pediátrico em PCR, às funções da equipe de enfermagem e à capacitação de toda a equipe no atendimento à parada cardíaca. A PCR era uma ocorrência bastante frequente, por se tratar de um local onde a grande maioria dos pacientes/clientes eram pós-operatórios de grandes procedimentos cirúrgicos, como as cirurgias cardíacas e as neurocirurgias, motivo esse que intensificaria o cuidado especial a esse tipo de paciente/cliente crítico e à sua família. Ainda fazendo parte da equipe multiprofissional desse local, pude participar do curso PALS, resultando em maiores subsídios teóricos e práticos para o atendimento sistematizado ao paciente/cliente pediátrico em PCR.

A cada momento, a cada atendimento prestado ao paciente/cliente em PCR, crescia o meu interesse pelo tema, e todos esses questionamentos foram se intensificando a partir do momento em que fui apresentada a uma outra realidade: o atendimento à PCR em unidades de internação (enfermarias), local onde atualmente exerço as minhas funções enquanto enfermeira. Tratava-se de duas realidades diferentes nessa instituição hospitalar; enquanto a UTI possui garantia do suporte avançado, com o uso de equipamentos adicionais ao suporte ventilatório, monitorização cardíaca, desfibrilação, estabelecimento de acesso venoso, administração de fármacos e cuidados pós-reanimação, a unidade de internação fica na dependência de outros setores para a instituição do suporte avançado. Na ocorrência de uma PCR na UTI Pediátrica, o atendimento (suporte básico) era iniciado pela equipe de enfermagem, seguido do suporte avançado, realizado pela própria equipe médica do local, uma vez que dispúnhamos de recursos humanos capacitados e de materiais e equipamentos. Já na unidade de internação, ainda atualmente, necessitamos da equipe de reanimação, sediada na UTI Adulto, para dar seguimento ao atendimento e realizar o suporte avançado.

Assim, o desejo de investigar a vivência de enfermeiros que trabalham em unidades de internação quanto à PCR e as manobras de RCP, relacionada aos aspectos que marcaram o atendimento vem da necessidade de identificar as experiências positivas e/ou negativas na assistência à PCR/RCP, a fim de se estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR, sendo que, a identificação das possíveis iatrogenias durante a reanimação possa, futuramente, fornecer subsídios para a qualificação e melhoria do atendimento, minimizando as ocorrências adversas na assistência ao paciente/cliente em PCR.

A partir disso, surge mais esta oportunidade, a oportunidade de investigação, de conhecer e me aprofundar em mundos distintos sobre o mesmo tema: a PCR.

OBJETIVO

O presente estudo apresenta como **objetivo geral**:

⇒ Estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo.

E como **objetivos específicos**:

⇒ Descrever a vivência de enfermeiros no atendimento à PCR em unidades de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo;

⇒ Identificar os incidentes críticos positivos e negativos no atendimento à PCR em unidades de internação, sob o ponto de vista do enfermeiro;

⇒ Identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas por enfermeiros no atendimento à PCR em unidades de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo;

⇒ Identificar as ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à PCR em unidades de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, sob o ponto de vista do enfermeiro.

A glowing heart with radiating light rays. The heart is a vibrant orange-red color, appearing to glow from within. It is surrounded by numerous thin, golden-yellow lines that radiate outwards, creating a starburst effect. The background is a dark, muted purple or blue, which makes the heart and the radiating lines stand out prominently. The overall image has a soft, ethereal quality, with a slight blur around the edges of the heart and the radiating lines.

MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

3.1 Considerações gerais

As situações de emergências, incluindo a PCR, podem ser compreendidas como a ocorrência de danos abruptos e extensivos à vida, podendo ser atendidas com recursos locais. Essas situações produzem perdas públicas e privadas que são acumuladas e prejudicam a economia, a qualidade de vida e as possibilidades de resposta a eventos adversos de maior magnitude (MORALES, 2001). A PCR é uma intercorrência inesperada, que constitui grave ameaça à vida das pessoas, sendo necessário durante o atendimento, rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica por parte da equipe que realiza esse atendimento. Além disso, ainda requer infra-estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre todos os profissionais, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento, a recuperação do paciente/cliente e a ocorrência mínima de seqüelas.

Desde a sua existência, o ser humano lida com essas situações, buscando identificar a melhor maneira de estabelecerem-se padrões, para uma melhoria no resultado final. Atendimentos antigos e precários às vítimas em PCR retratam uma situação desordenada de procedimentos que visavam o restabelecimento da vida a partir de atos solitários, solidários e heróicos. A primeira citação escrita de um atendimento com sucesso à PCR retrata um caso relatado na Bíblia Sagrada, quando o profeta Eliseu reanimou o filho da mulher sunamita, que parecia estar morto, estendido em sua cama. Outros relatos esporádicos ocorreram através da história, entre os quais o uso da flagelação com o açoite, trotar sobre um cavalo com a vítima debruçada sobre este, rolar a vítima sobre um barril e outros, todos sem qualquer base científica, porém com alguns relatos de sucesso (POTTLE; BRANT, 2000).

A história da RCP moderna tem sua origem no final do século XX, nos trabalhos do professor Schiff, a quem é creditado o primeiro relato de uma RCP bem sucedida, com a

utilização da massagem cardíaca com tórax aberto em cães. Já em 1960, estudos comprovaram a eficácia das compressões torácicas, agora, em tórax fechado, resultado este, que passou a ser disseminado larga e mundialmente no atendimento à PCR (ARAÚJO, 1999).

Durante os últimos 50 anos, com a introdução das manobras de RCP, os princípios de padronização ao atendimento à PCR e às emergências cardiovasculares têm sido desenvolvidos e aprimorados ao longo do tempo, através de pesquisas realizadas por grandes Centros de Estudo.

Para os profissionais de saúde, o treinamento em RCP é recomendado para uma maior garantia de rapidez no diagnóstico dessas situações emergenciais e o início imediato das manobras adequadas, bem como a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos de reanimação, que sempre devem estar preparados para o uso imediato, para que esse não seja um fator que interfira no desenrolar do atendimento à vítima em PCR (GRANITOFF, 1995; GARCIA-BARBERO; CÁRTULA-SUCH, 1999; ARAÚJO; ARAÚJO; CARIELI, 2001; UMMENHOFER et al., 2001).

3.2 Parada cardiorrespiratória (PCR)

A PCR é um momento de intenso estresse para os familiares das vítimas e também para os profissionais de saúde, sendo que a chance de sobrevivência está vinculada à uma intervenção rápida e competente com a finalidade de retorno dos sinais vitais (ventilação e circulação espontâneas).

A PCR é a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular útil e suficiente e da respiração, desencadeando a situação de morte clínica (CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 1996). Para Coelho et al. (1997), a PCR pode ser entendida como a situação em que o débito cardíaco é inadequado para a manutenção da vida. Timerman e Sauaia (1997) definem a PCR como sendo a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular útil e suficiente e da respiração. Knobel (1998) define a PCR como a cessação súbita e inesperada da circulação, em pacientes/clientes cuja expectativa de morte não existia, e engloba todas as medidas terapêuticas que visam a recuperação das funções cárdio-circulatórias, respiratórias e a preservação da integridade funcional do sistema nervoso central. Para Araújo e Araújo (2000), a PCR é uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória. Guyton e Hall (2002) afirmam que a PCR é uma anormalidade na ritmicidade-condução do sistema cardíaco; tendo maior probabilidade de ocorrer durante a anestesia profunda, momento este em que vários pacientes/clientes desenvolvem hipóxia grave devido à respiração e ventilação inadequadas. A PCR pode ser definida como o estado em que o indivíduo se encontra com ausência do débito cardíaco, ausência de respiração, porém ainda mantém atividade cerebral (CRUZ; SOUZA; PADILHA, 1992; PIVA; CARVALHO; GARCIA, 1997; COELHO et al., 1997; ARAÚJO, 1999).

Muitas são as definições de PCR encontradas na literatura, mas todos os autores e associações de especialistas concordam e reafirmam a gravidade dessa situação e as sérias consequências que podem acarretar à vida dos indivíduos (MCINTYRE, 1980; CURKA et al., 1993; LARSEN et al., 1993; CALLE et al., 1997; COELHO et al., 1997; ARAÚJO; ARAÚJO, 2000; AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001).

Pazin-Filho et al. (2003) afirmam que a PCR é uma situação dramática, responsável por um elevado índice de mortalidade, mesmo em situações de atendimento ideal.

Na PCR, o tempo é um fator extremamente importante, estimando-se que a cada minuto que o indivíduo permanece em PCR sem atendimento, significa 10% de probabilidade de sobrevida perdida.

Associações médicas como a AHA, o American College of Surgeons, a American Society of Anesthesiologists e o European Resuscitation Council, nos últimos 50 anos, dedicaram-se a estudos visando o aprimoramento de técnicas e manobras a serem desenvolvidas, com o objetivo de promoção e restauração das funções cardíaca e respiratória, constituindo as manobras de RCP.

Assim sendo, a padronização de condutas na RCP tem sido a maneira mais rápida e eficaz de evitar a morte, minimizando seqüelas e favorecendo o restabelecimento das condições vitais do paciente/cliente. Também favorece uma conduta única dos profissionais de saúde, juntamente com o preparo e treinamento de pessoas leigas, de forma que qualquer indivíduo possa se capacitar para executar as manobras de RCP corretamente.

Apesar do conhecimento desenvolvido acerca da PCR, da padronização de condutas na RCP e sua divulgação como forma de capacitação de profissionais de saúde, e até de leigos, tais como Basic Life Support (BLS), o Advanced Life Support (ACLS) e o Pediatric Advanced Life Support (PALS), muitas dificuldades de atendimento aos casos de parada cardíaca ainda são observadas em ambientes hospitalares (LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; BERSÉN et al., 1992; CAPONE; CAPONE NETO, 1993).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003), a principal causa de PCR no adulto é a doença coronariana. Os fatores pregressos mais importantes que acrescentam riscos são: histórias anteriores de PCR, taquicardia ventricular, infarto agudo do miocárdio (IAM), miocardiopatia dilatada, hipertensão arterial sistêmica, cardiomiopatia hipertrófica, síndrome do QT longo e portadores de síndrome de Wolf Parkinson White com episódio de fibrilação atrial. O tratamento atual das síndromes coronarianas agudas é muito diferente do

atendimento oferecido há duas décadas; os agentes fibrinolíticos podem reabrir os vasos coronários obstruídos, diminuindo a isquemia miocárdica e melhorando a qualidade de vida. O diagnóstico e o tratamento rápido do IAM reduz o tamanho do infarto, melhora a função ventricular esquerda regional e global e diminui a incidência de insuficiência cardíaca. No entanto, para alcançar a máxima eficácia, tais intervenções devem ser realizadas dentro das primeiras horas a partir do início dos sintomas (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002).

Em uma pesquisa realizada por Timerman et al. (2001) no Instituto Dante Pazzanese – São Paulo – Brasil, sobre o prognóstico de pacientes pós-PCR, verificou-se que dos 536 pacientes que foram reanimados, 163 (30,4%) tinham como doença de base algum tipo de cardiopatia, destes pacientes, 93 (57,1%) na vigência de IAM, seguido por casos de miocardiopatia em 141 (23,3%) e por doença valvar cardíaca em 111 (20,7%) pacientes. Quanto às causas determinantes da PCR, a predominante foi a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em 295 (55%) pacientes, seguida pela arritmia primária em 88 (16,4%), pela insuficiência respiratória em 34 (6,3%) e pelo AVC em 31 (5,8%), além de outras causas. Números semelhantes podem ser encontrados no estudo de Stiel et al. (2003).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003) esclarece que a etiologia da PCR é diferente, dependendo da idade. Assim, as causas de PCR em crianças são diferentes das que ocorrem em adultos. Em adultos, está intrinsecamente relacionada às doenças cardiovasculares; em crianças, o mais comum é a PCR por deterioração respiratória, sendo que a FV está presente em menos de 10%.

Capone e Capone Neto (1993) afirmam que a PCR é uma das ocorrências mais temidas, por se tratar de uma situação altamente estressante e que pode ocasionar pânico e confusão, representando uma corrida contra o tempo.

Para Pazin-Filho et al. (2003), o diagnóstico de PCR deve ser feito com rapidez e precisão, destacando-se uma avaliação sistematizada, mundialmente reconhecida, sendo identificada por três aspectos principais: responsividade, respiração e pulso. Portanto, é imprescindível que todo profissional de saúde tenha conhecimento sobre PCR e as manobras que compõem a RCP (SBV e SAVC) para tomar decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade ao paciente/cliente, com melhor prognóstico e minimização de iatrogenias.

A chance de sobrevivência, na vigência da PCR, depende, como já foi citado, da aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação, que devem ser instituídas prontamente, com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível, constituindo o fator tempo uma variável fundamental na recuperação das atividades orgânicas do paciente/cliente (SAFAR, 1982; MULLER; BORBA, 1986; BARBISAN et al., 1988; LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; PARASKOS, 1991; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; LANE, 1993; GIROUD et al., 1995; COELHO et al., 1997; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002).

3.3 Reanimação cardiopulmonar (RCP)

A RCP tem por finalidade promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente para o coração e cérebro, até que as funções cardíaca e ventilatória espontâneas sejam restabelecidas. Apresenta como metas a preservação da vida, a restauração

da saúde e a limitação das incapacidades, sempre na tentativa de reverter a morte clínica (MERCIER; BOMPARD; BEAUFILS, 1983).

Born et al. (2003) relatam que o atendimento à PCR deve ser realizado em etapas, que vão desde o reconhecimento precoce dos sinais de PCR (ou de deterioração respiratória) até o início das manobras avançadas de reanimação (SAVC). O SBV consiste na oxigenação e perfusão de órgãos vitais por meio de medidas simples; dada a importância da rapidez da reversão da FV, a desfibrilação é também incluída nesse item.

Segundo Ferreira e Garcia (2001), a essência do SBV é promover o atendimento imediato à PCR, desde o seu diagnóstico até a implementação de medidas que promovam a ventilação e circulação artificiais, sem instrumental de qualquer natureza. O SBV inclui as intervenções que podem ser realizadas rapidamente por leigos e profissionais de saúde treinados, garantindo o reconhecimento das emergências, o acesso rápido ao SAVC e a tentativa de manutenção das vias aéreas, respiração, oxigenação e circulação adequadas. Compreende as seguintes etapas: diagnóstico rápido da PCR em pessoas não-responsivas e/ou agônicas; acionamento adequado e preciso do Serviço Médico de Emergência Local ou equipe de reanimação e/ou equipe de reanimação (no ambiente intra-hospitalar, dependendo de sua estrutura de atendimento à PCR); posicionamento da vítima em uma superfície plana e rígida; abertura e desobstrução das vias aéreas; verificação da presença de movimentos respiratórios e o início das manobras de ventilação artificial e de compressão torácica externa na ausência de pulso, quando verificado por profissionais de saúde; e, atualmente, o uso do DEA.

A RCP imediata, realizada por circunstantes (ou por profissionais de saúde, socorristas, etc.) é crucial em todos os esforços de reanimação (LARSEN; EISENBERG; CUMMINS, 1993). A vítima de uma PCR extra-hospitalar tem poucas probabilidades de ser reanimada com sucesso sem manobras de RCP imediatas realizadas por circunstantes, mesmo

contando com a disponibilidade de uma equipe de paramédicos bem treinados, ou da própria equipe de atendimento avançado, com um tempo de resposta rápido (SWOR et al., 1995).

Sob um enfoque sistêmico, o pleno êxito da assistência dependerá da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, de materiais e equipamentos, como também da determinação dos papéis de cada profissional envolvido no processo. Neste contexto, vale ressaltar a importância da competência técnico-científica dos profissionais e a necessidade de protocolos de atendimento que visem a organização e a sincronização das ações durante esse atendimento.

Grandes Centros de Estudo, como o American College of Surgeons, a American Society of Anesthesiologists e o European Resuscitation Council, juntamente com a AHA padronizaram um conjunto de manobras e técnicas, com o objetivo de promover e restaurar as funções cardíaca e respiratória, o SBV e o SAVC, que atualmente constituem as manobras de RCP para a vítima adulta.

O SBV pode ser descrito pautado no referencial teórico adaptado de Pazin-Filho et al. (2003) e, segundo as diretrizes da AHA para o SBV (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006), englobando o atendimento sistematizado pelo ABC primário (A, de abertura e manutenção de vias aéreas, B, de boa respiração e C, de circulação). Passamos a descrever, conforme os autores e associações de estudiosos supra-citados, o atendimento em SBV, que pode ser utilizado tanto no ambiente extra-hospitalar como no intra-hospitalar, sendo composto pelos passos a seguir:

⇒ **Verificar a responsividade:** a responsividade deve ser o primeiro item a ser checado, utilizando-se o estímulo tátil e verbal. A vítima deve ser chamada pelo profissional (ou socorrista) que a assiste com voz firme e tom alto, garantindo dessa forma que a vítima seja capaz de escutar o profissional, no caso de desmaio;

⇒ Se a vítima responder, o profissional (ou socorrista) deve colocá-la em posição de recuperação e manter-se atento, observando-a. A posição de recuperação é utilizada para vítimas que estão inconscientes, mas respiram e têm sinais de circulação; nessa posição, a vítima deverá estar em decúbito lateral, mantendo as vias aéreas abertas. Essa posição é mais utilizada no ambiente extra-hospitalar;

⇒ Se a vítima não responder, é necessário que o profissional (ou socorrista) que está prestando o atendimento **chame por ajuda**, acionando o Serviço Médico de Emergência Local ou equipe de reanimação (no ambiente intra-hospitalar), solicitando o desfibrilador e o suporte avançado. A pessoa que ativa (ou liga) para o Serviço Médico de Emergência Local (no caso do evento ter ocorrido no ambiente extra-hospitalar) deve estar preparada para fornecer as informações pertinentes: localização geográfica da emergência (nome de ruas ou estradas e pontos de referência para a mais rápida e fácil localização), o número do telefone de onde está ligando, o fato ocorrido (acidente automobilístico, afogamento, ataque cardíaco, etc), o número de pessoas que necessitam de ajuda, o estado dessas vítimas, o tipo de socorro que está sendo fornecido às vítimas ou a ausência dele e qualquer outra informação que seja solicitada pelo serviço; para assegurar-se de que a equipe do Serviço Médico de Emergência Local não tenha mais perguntas, quem telefona deve desligar somente quando indicado pelo operador telefônico do serviço de resposta a emergências. Após a ativação do Serviço Médico de Emergência Local, o profissional (ou socorrista) dará seqüência ao atendimento. No caso do evento PCR ter ocorrido no ambiente intra-hospitalar, além do acionamento da equipe de residentes médicos da clínica em que ocorreu o fato, deve-se acionar também a equipe de reanimação;

⇒ Deve-se **abrir as vias aéreas e checar a respiração**: o profissional (ou socorrista) que está prestando assistência à vítima em PCR deve levar em consideração que a vítima inconsciente apresenta relaxamento da musculatura da base da língua, que cai sobre a entrada

da via aérea, do que resulta, que toda vítima inconsciente, apresenta a via aérea obstruída. A primeira providência para testar a respiração é a manobra de desobstrução das vias aéreas. Para isso, existem duas manobras básicas: a hiperextensão da cabeça e elevação do mento (queixo), ou a elevação da mandíbula, no caso de vítimas com possíveis traumas. Para executar a manobra de hiperextensão da cabeça e elevação do mento, deve-se apoiar uma mão sobre a testa da vítima e, fazendo uma leve pressão com a palma da mão, levar a cabeça para traz; deve-se colocar os dedos da outra mão sob a parte óssea do maxilar inferior, próximo ao mento, elevando a mandíbula, deslocando o mento para frente e levando os dentes até quase a oclusão; esta manobra sustenta a mandíbula e ajuda a inclinar a cabeça para traz. Para executar a manobra de elevação da mandíbula, no caso de vítimas com possíveis traumas, deve-se colocar uma mão em cada lado da cabeça da vítima e apoiar os cotovelos sobre a superfície onde ela descansa; deve-se segurar os ângulos do maxilar inferior e elevá-los com ambas as mãos, deslocando a mandíbula para frente. Após a abertura das vias aéreas, o profissional (ou socorrista) deve aproximar o seu rosto à face da vítima e ver se há expansão torácica, ouvir se há eliminação de ar pelas vias aéreas e sentir se o fluxo expiratório vai de encontro ao seu rosto;

⇒ Se, por acaso, a vítima não respirar, deve-se **fornecer duas ventilações de resgate**, com tempo de um segundo, produzindo visível elevação do tórax, evitando aplicar um número excessivo de ventilações;

⇒ Após fornecer as duas ventilações de resgate, deve-se **checar o pulso**. Os profissionais de saúde deverão ser capazes de checar o pulso em, no máximo, dez segundos; já os socorristas leigos devem estar atentos para a observação de sinais de circulação, como presença de movimentos, principalmente de membros superiores e inferiores ou tosse. O profissional deverá investigar o pulso no sítio carotídeo, devido ao fato deste ser o último a desaparecer e o primeiro a ser restabelecido numa situação de instalação e/ou reversão de PCR;

⇒ Na ausência de pulso (movimentos ou tosse), constata-se o diagnóstico de PCR e as **compressões torácicas devem ser iniciadas;**

⇒ A técnica das compressões torácicas externas consiste na aplicação de pressão seriada e rítmica sobre a metade inferior do esterno. Essas compressões geram fluxo sanguíneo ao aumentar a pressão intratorácica ou comprimir diretamente o coração. A vítima deve estar em posição horizontal (decúbito dorsal) durante as compressões torácicas, devido ao fluxo sanguíneo cerebral estar reduzido, mesmo que se apliquem as compressões corretamente; a cabeça não deve ficar acima do coração, porque o fluxo sanguíneo pode diminuir ainda mais ou até mesmo desaparecer. A posição correta das mãos é estabelecida pela identificação da metade inferior do esterno; o socorrista utiliza dois ou três dedos de uma das mãos para localizar a borda inferior da caixa torácica mais próxima a ele; depois, desliza os dedos pelo rebordo costal no sentido cefálico, até o ponto onde as costelas encontram a parte inferior do esterno, no centro inferior do tórax (apêndice xifóide). Na base do apêndice xifóide, coloca-se a região hipotenar das duas mãos acima da medida de dois dedos desse local, de forma que fiquem paralelas. O eixo longitudinal do punho deve estar sobre o eixo longitudinal do esterno, mantendo a força principal da compressão no esterno e diminuindo as chances de fratura de costelas; os dedos das mãos podem estar estendidos ou entrelaçados, mas devem ser mantidos afastados do tórax. Para aplicação das compressões torácicas efetivas, o socorrista deve travar os cotovelos, manter os braços estendidos e seus ombros em linha reta com suas mãos, de modo que o impulso para cada compressão torácica seja diretamente sobre o esterno. As compressões torácicas devem deprimir o esterno da vítima cerca de quatro a cinco centímetros, para uma vítima adulta. Deverão ser realizadas 30 compressões torácicas, a uma frequência de 100 compressões por minuto;

⇒ Deverão ser realizados cinco ciclos completos de compressão-ventilação, na proporção 30:2 (30 compressões para duas ventilações), independente do número de socorristas. Após os

cinco primeiros ciclos completos ou, aproximadamente, dois minutos, a vítima deverá ser reavaliada, verificando os sinais de circulação e respiração. Se não existir o retorno dos mesmos, deve-se reiniciar as manobras de RCP, sendo que os sinais de circulação e respiração espontânea deverão ser checados em intervalos de poucos minutos; não se deve interromper as manobras de RCP, exceto em circunstâncias especiais.

Essas manobras devem ser instituídas rapidamente e só devem ser interrompidas em três situações: para realizar a desfibrilação, para proceder à intubação endotraqueal e para a infusão de medicação na cânula endotraqueal, quando indicado.

Se as manobras de reanimação não forem imediatamente realizadas, é pouco provável que se tenha sucesso; a equipe de saúde deve conhecer as técnicas e as etapas do atendimento à PCR.

Nos Estados Unidos, quase todas as instituições médicas e serviços de saúde treinam profissionais em programas de SBV e SAVC, abordando protocolos padronizados pelas diretrizes internacionais de reanimação; os cursos de BLS, ACLS e PALS têm ampla divulgação, sendo ministrados nas próprias universidades, durante a formação dos profissionais. São oferecidos também por inúmeros Centros de Treinamento espalhados por todo o país, que conferem certificados e os revalidam a cada dois anos, conforme as orientações e diretrizes da AHA (ANANTHARAMAN et al., 1992; MONTGOMERY, 1992; GUIDELINES 2000 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE – AN INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE, 2000).

Ainda com o propósito de ampliar a divulgação dos aspectos técnicos das emergências cardiológicas, a AHA tem se responsabilizado pela coordenação e implementação, em vários outros países, dos cursos ACLS, BLS e PALS, elaborados nos Estados Unidos há mais de 20 anos (AHA, 1999).

Os cursos de BLS, destinados à população em geral e aos provedores de saúde e os de ACLS e PALS, destinados a médicos, atualmente, são considerados treinamentos formais, essencialmente práticos, que se utilizam de sofisticados manequins, monitores, desfibriladores e simuladores cardíacos, conseguindo com esse tipo de abordagem, um grande impacto na mudança da conduta dos profissionais treinados (TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998; LEAH; COATS, 1999; JORDAN; BRADLEY, 2000; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006).

Esses cursos passaram a ser realizados no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/Funcor) desde 1996, após uma equipe de médicos e enfermeiros brasileiros ter sido enviada aos Estados Unidos, para realizar o curso de instrutores de ACLS na Universidade de Miami. Esse grupo passou a contribuir para o avanço no atendimento das emergências cardiológicas em nosso país, iniciando o treinamento de profissionais de saúde brasileiros. Até hoje, tais iniciativas são encontradas em vários locais, inclusive no HCFMRP-USP, local onde foi realizado este estudo, visando a padronização do atendimento à PCR, de forma a minimizar a demora no atendimento e os óbitos no ambiente intra-hospitalar (TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998).

A equipe de profissionais de saúde deve estar apta para realizar a RCP. Serrano-Jr, Safir-Jr e Timerman (1998) destacam que, muitas vezes é difícil decidir quando iniciar ou não, ou mesmo, quando interromper as manobras de reanimação.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003) cita que, em algumas situações, a interrupção das manobras de RCP pode ser autorizada, sendo que o princípio básico é considerar que essas manobras estão sendo realizadas de forma adequada. Em situação com ausência de restabelecimento cardiocirculatório, usualmente, após 30 minutos de RCP interrompe-se o procedimento, exceto nos casos de hipotermia. Apesar de ser uma recomendação geral, outros fatores e/ou situações devem ser levados em consideração para

interromper as manobras de reanimação, dentre eles: antecedentes familiares e história prévia, causa e mecanismo da PCR, local de ocorrência, presença de testemunhas, tempo desde o início dos sintomas, tempo de chegada do socorro especializado (suporte avançado) e tempo de RCP pré-hospitalar.

Segundo Santos (1992), é relativamente difícil identificar quando é ilícito praticar ou suspender a reanimação:

No caso de parada cardíaca, a reanimação, a rigor, deve ser praticada, não obstante a irreversibilidade do dano cerebral, pelo fato de que é possível fazer pulsar o coração com a máquina, ou, pelo menos, não deve ser suspensa (sob pena de responsabilidade por homicídio omissivo), enquanto não venha definitivamente cessar a sobrevivência artificial da atividade cardiorrespiratória, apesar do artifício mecânico (SANTOS, 1992, p.166).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003) explica que existem situações em que não há indicação nem mesmo para se iniciar as manobras de RCP, dentre elas: quando se trata de uma patologia incurável e o médico encontra-se apto para afirmar que se trata de uma doença terminal. Nesse caso, o assunto deve ser amplamente esclarecido e discutido com a família e, eventualmente, com o paciente/cliente e deve-se obter a ordem expressa de não-ressuscitar, pois diante de uma situação de PCR, estará autorizado a não proceder às manobras de RCP, ou até mesmo, interrompê-las. Uma outra situação para não realizar as manobras de RCP seria quando sinais de deteriorização dos órgãos tornam-se evidentes, caracterizando a morte biológica (óbito).

Segundo alguns autores (TOMLINSON; BRODY, 1990; KELLERMAN; HACKMAN; SOMES, 1993; ROSEMURGY et al., 1993; MARCO, 1999; AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002), a AHA explica que a ordem para não realizar a reanimação, na eventualidade de uma aparente parada cardíaca, é conhecida como ordem de

“não tentar a reanimação – Do-Not-Resuscitate orders – DNR”. Os mesmos autores relatam que os sinais mais confiáveis de morte biológica são:

- ⇒ “*Livedo postural*”: erupções cutâneas, pretas e azuis ou descoloração avermelhada da pele, que se iniciam minutos após a morte;
- ⇒ “*Rigor mortis*”: uma contração pós-morte da musculatura, sem relaxamento, causando rigidez, inicialmente identificada na região cervical e no maxilar;
- ⇒ “*Algo mortis*”: queda constante da temperatura corporal após a morte;
- ⇒ Lesões incompatíveis com a vida.

Além desses fatores, outras razões para não tentar a RCP estão relacionadas ao perigo para a segurança do socorrista, objeções familiares e ordens escritas de DNR ou “desejos em vida” que pareçam não-oficiais ou informais.

Araújo e Araújo (2000) citam que a difícil decisão de encerrar ou não as manobras de RCP cabe ao médico, pois é ele o responsável legal pelo paciente/cliente durante o atendimento. Cria-se aqui a questão da “vida e da morte”, situação em que sempre devemos considerar a ética do cuidar e a integração potencial da relação equipe multidisciplinar de saúde, equipe médica, equipe de enfermagem, juntamente ao paciente/cliente e sua família. É importante avaliar toda a situação de uma maneira integral, sempre com uma visão holística.

3.4 A equipe de enfermagem e a PCR

A PCR é a mais grave das emergências médicas; seu tratamento definitivo exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar rápida, eficiente e plenamente consciente dos

objetivos que se pretende alcançar. O conhecimento científico independe da área de atuação, sendo a base para o desenvolvimento da prática.

A ação do enfermeiro durante o atendimento à parada cardíaca ocorre desde o diagnóstico, estende-se na implementação das condutas de RCP e na organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados. A equipe de enfermagem deve estar atenta ao diagnóstico da PCR e, desta forma, pode estabelecer medidas terapêuticas destinadas a manter os órgãos vitais em funcionamento, prevenindo lesões cerebrais, muitas vezes irreversíveis.

Cada vez mais se define o espaço do enfermeiro na atuação em conjunto com a equipe multiprofissional, através do conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado (SILVA, 1999). É fundamental que o enfermeiro entenda a importância de suas ações no atendimento à PCR, procurando capacitar-se cientificamente, desenvolvendo suas habilidades, conhecendo novas metodologias de sistematização no atendimento à PCR e proporcionando treinamento de recursos humanos para esse atendimento. Desta forma, os pacientes/clientes que estarão sob os seus cuidados receberão assistência de enfermagem com qualidade.

Através da competência técnica e profissionalismo no desempenho de suas atribuições, a equipe de enfermagem está expandindo horizontes com respeito e admiração dos profissionais da saúde, desenvolvendo uma perfeita integração com a equipe médica na busca de um objetivo comum: a padronização da prestação de uma assistência com o máximo de qualidade possível e condições plenas de recuperação do paciente/cliente.

O enfermeiro deve ser o facilitador do processo de atendimento à PCR, por meio do preparo e organização do ambiente e do provimento de recursos humanos e materiais a serem utilizados. Deve garantir o planejamento da assistência por meio de estratégias que assegurem recursos materiais, equipamentos de qualidade e uma equipe preparada para a

obtenção dos resultados esperados. Para Gomes (1994), o enfermeiro é o responsável pela coordenação da equipe de enfermagem, precisa possuir uma sólida fundamentação teórica, permitindo lidar com diferentes patologias ou outras causas que coloquem o ser humano em risco de perder a vida, com capacidade de liderança, discernimento, iniciativa, maturidade e estabilidade emocional.

Os objetivos do enfermeiro na assistência de enfermagem durante a PCR são a recuperação e preservação da vida do paciente/cliente. Porém, esse profissional, sua equipe e demais membros da equipe de profissionais de saúde experimentam a sensação desagradável de frustração quando um paciente/cliente morre. Além disso, sendo a PCR/RCP um procedimento complexo, realizar o registro de forma completa e correta também não é uma tarefa fácil, estando intrínseca como uma das funções do enfermeiro e/ou equipe de enfermagem sob sua supervisão.

Concordamos com Boaventura (2004) quanto à necessidade da implantação de instrumentos que possam auxiliar a equipe de enfermagem na confecção desses registros. O uso de um formulário para o registro de atendimento à PCR visa a comunicação escrita entre os membros da equipe, o relato dos procedimentos e tratamentos fornecidos ao paciente, permitindo, além disso, a realização de estudos de sobrevida e prognóstico dos pacientes vítimas de uma PCR (CUMMINS et al., 1997; PARISH et al., 2000; REWERS et al., 2000; SUOMINEN et al., 2000; LOSSIUS et al., 2001; NIEMAN; STRATTON, 2001; MASHIKO et al., 2002). Em geral, cada hospital ou instituição de saúde desenvolve os modelos de registros que satisfaçam as suas próprias necessidades (SALZANO, 1983; BOAVENTURA, 2004).

A comunicação entre os membros da equipe aumenta a coesão, além de melhorar a qualidade e o desempenho dos atendimentos. Com o registro formal da PCR e das manobras de RCP é possível discutir algumas características e condutas dos atendimentos, a fim de

melhorá-las. O registro dos dados, em suas diversas formas, é parte importante, pois estabelece a comunicação entre a equipe de saúde, oferecendo dados pertinentes, atuais e exatos sobre o paciente (CAPONE; CAPONE NETO, 1993; GRANITOFF, 1995; ARAÚJO; ARAÚJO, 2000; PITTMAN; BERNIE; GABBOT, 2001; BOAVENTURA, 2004).

Diversos autores, indicando, pontualmente, as funções do enfermeiro no atendimento à PCR, retratam os procedimentos de suporte básico como responsabilidade desse profissional, juntamente à equipe de enfermagem, destacando como atribuições importantes o reconhecimento e diagnóstico de PCR, o acionamento dos residentes médicos e da equipe de reanimação, o fornecimento da ventilação adequada com a utilização de bolsa-valva-máscara (ambu), o provimento das compressões torácicas externas e utilização do desfibrilador automático e/ou semi automático, quando disponível no serviço (COADY, 1999; GARCIA-BARBERO; CÁRTULA-SUCH, 1999; LEAH; COATS, 1999; CHELLEL, 2000; DAVIES; GOULD, 2000; NYMAN; SIHVONEN, 2000; WATKINS, 2000; MURPHY; FITZSIMONS, 2004; HAMILTON, 2005). Os cuidados pós-reanimação também fazem parte das funções do enfermeiro durante o evento, independente do sucesso das manobras de RCP ou do óbito do paciente/cliente (CHELLEL, 2000).

Sabemos também que o treinamento em equipe é um ponto imprescindível para o sucesso e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem durante o atendimento à PCR e qualquer outra intercorrência com o paciente/cliente (ASSUNÇÃO, 2005). Além do treinamento em cursos e eventos, o enfermeiro, juntamente à administração hospitalar torna-se responsável pela disseminação do conhecimento acerca do tema PCR/RCP, além de ressaltar que se tornam hábeis a partir do momento em que treinam os conhecimentos adquiridos e não somente após a conclusão de um curso formal (NYMAN; SIHVONEN, 2000).

O enfermeiro também deve conhecer seus aliados, como, por exemplo, o carro de emergência, que exerce um papel fundamental na PCR, sendo que o mesmo deve estar suprido e organizado com materiais, medicamentos e equipamentos para serem utilizados sempre que necessário. A manutenção do carro de emergência deve dar-se de forma sistematizada, sendo de extrema importância que se encontre organizado e provido dos materiais necessários; é um dispositivo necessário e indispensável para subsidiar o atendimento à PCR (NÓBREGA, 2002).

A equipe de saúde, de modo geral, deve estar atenta para sua responsabilidade de maneira global e não, simplesmente, centrar-se na execução de tarefas.

Capone e Capone Neto (1993) apontam a PCR como uma das ocorrências mais temidas pela enfermagem em sua unidade de trabalho, considerando-a de caráter altamente estressante, e que, com frequência, envolve pânico e confusão. Além desses fatores, o atendimento à PCR, não está isento de falhas, de iatrogenias; quanto maior for o estresse da equipe, maior a possibilidade de ocorrência de iatrogenias, diminuindo, consideravelmente, a chance de sobrevivência do paciente/cliente.

Verificou-se na literatura, que na formação do enfermeiro para o atendimento à PCR e demais emergências, não só as cardiovasculares, a existência de lacunas relacionadas ao aprendizado durante o ensino de graduação, com o fornecimento de conhecimento teórico, mas com pouca utilização em situações práticas reais (LANDERS, 2000; NYMAN; SIHVONEN, 2000). Vale ressaltar, ainda, segundo Watkins (2000), que além do enfermeiro possuir habilidade técnico-científica para a execução do atendimento ao paciente/cliente em PCR, deverá existir um método de avaliação de sua competência teórica, clínica e humanística.

O potencial de utilização do conhecimento em PCR e RCP por parte da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, pressupõe que os objetivos da assistência de

enfermagem serão alcançados através das habilidades técnico-científicas, do pensamento crítico-reflexivo, que enfatizam a consciência e a responsabilidade da equipe para salvar vidas.

Para responder aos objetivos desse estudo, utilizaremos a Técnica do Incidente Crítico (TIC) como procedimento norteador da pesquisa, uma vez que, através dessa metodologia, pode-se fazer uma análise do comportamento humano, com o objetivo de determinar as exigências críticas para o desempenho de uma determinada atividade, no nosso caso, o atendimento ao paciente/cliente em PCR.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para a realização do presente estudo que visa explorar e descrever os comportamentos positivos e negativos durante o atendimento à PCR, sob o ponto de vista de enfermeiros que trabalham em unidades de internação clínicas do HCFMRP-USP, a fim de se estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR, utilizou-se a abordagem qualitativa, como pesquisa descritiva, empregando a TIC como norteadora nos procedimentos metodológicos.

Segundo Gil (1991), o objetivo da pesquisa exploratória/descritiva é proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Do ponto de vista da forma de abordagem do problema, considera-se uma pesquisa qualitativa pela análise dinâmica do trabalhador e de seu meio, sem fins estatísticos. Segundo Silva e Menezes (2001), a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa, não requerendo o uso de métodos e técnicas estatísticas, pois o ambiente de pesquisa é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave.

4.1 Pesquisa qualitativa

O presente estudo apresenta como principal objetivo estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação do HCFMRP-USP. Para isto, foi proposta a abordagem qualitativa, devido, principalmente, ao fato de que buscamos identificar os aspectos positivos e/ou negativos presentes no atendimento á uma situação crítica como a ocorrência da PCR, independente de quantas vezes esses aspectos estão presentes em cada entrevista.

De acordo com Denzin e Lincoln (1994), pesquisadores qualitativos estudam coisas em cenários naturais, tentando compreender ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas trazem para eles. A pesquisa qualitativa é um procedimento cada vez mais utilizado, pela riqueza dos informes contidos nas falas das pessoas que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (MINAYO, 1997).

Na abordagem qualitativa é importante conhecer e interpretar a natureza dos eventos, considerando a vivência dos sujeitos ao descreverem a sua própria experiência. Assim, o pesquisador preocupa-se em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, trabalhando com a vivência, a experiência e a cotidianidade (MINAYO et al., 1999), sendo considerada por Denzin e Lincoln (1994) como um conjunto de práticas interpretativas.

Segundo Triviños (1992), a pesquisa qualitativa tem no “ambiente natural a fonte dos dados que envolve a obtenção dos mesmos de forma descritiva, por meio do contato direto do pesquisador, que se preocupa com o processo e não, simplesmente, com o resultado”.

Assim, fizemos a opção pela linha qualitativa de pesquisa, buscando a partir do significado que as pessoas dão às coisas, juntamente à avaliação do atendimento à PCR, apreender a realidade em estudo.

4.2 A Técnica do Incidente Crítico

A referida técnica foi descrita pela primeira vez pelo psicólogo John C. Flanagan, em 1941, enquanto participava do Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea e

Exército Norte-americano, na II Guerra Mundial, com o objetivo de desenvolver procedimentos para a seleção e classificação de tripulações (DELA COLETA, 1972, 1974).

Através desse método, faz-se uma análise do comportamento humano com o objetivo de determinar as exigências críticas para o desempenho de determinada atividade. Para Flanagan (1973), essa técnica é definida como o conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar a sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentem significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos. Acrescenta o autor, que incidente é qualquer atividade humana observável, que seja suficientemente completa em si mesma, para permitir inferências e provisões a respeito da pessoa que executa o ato. Para ser crítico, o incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador, e suas consequências sejam suficientemente definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos.

A TIC é freqüentemente utilizada para coleta de dados de observações previamente feitas, as quais são relatadas de memória. Isto se torna satisfatório quando os incidentes relatados são razoavelmente recentes e os observadores forem motivados a fazerem observações detalhadas e avaliações, ao mesmo tempo em que ocorre o incidente. A essência da técnica consiste em solicitar do observador ou dos sujeitos envolvidos numa determinada atividade, tipos simples de julgamentos, relatos de situações e fatos que serão avaliados pelo pesquisador em função da concordância-discordância destes julgamentos ou relatos, com o objetivo e natureza da atividade, ou situação que se deseja estudar (FLANAGAN, 1973; RUBINI, 1980; NOGUEIRA, 1988). Com a finalidade de se evitar que as observações sejam feitas ao acaso, dependentes apenas das inferências subjetivas do observador, é necessário o

estabelecimento de um conjunto de procedimentos que permitam sistematizar e analisar as observações coletadas (RUBINI, 1980; NOGUEIRA, 1988).

Trata-se de um método de análise indireta, realizada a partir do relato de experiências passadas e acontecimentos relevantes, em que o comportamento da pessoa que ocupa o cargo ou executa a tarefa teve conseqüências positivas ou negativas perante os objetivos propostos para aquela função pré-determinada. Através dos relatos e de procedimentos específicos para a análise dos dados, pretende-se isolar os comportamentos críticos emitidos e obter as exigências críticas para uma determinada atividade (FLANAGAN, 1973; DELA COLETA, 1974; NORMAN et al., 1992).

Nogueira et al. (1993) referem que a TIC é um método que visa formular as exigências para um eficaz desempenho no trabalho; consiste em analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para julgamento sobre a eficiência de determinada tarefa e, a partir da análise desses incidentes, extrair comportamentos eficientes ou não para o objetivo do trabalho. Portanto, é um método indireto de análise do trabalho, que permite o registro de comportamentos específicos, favorecendo observações e avaliações de forma sistematizada.

Verifica-se que a TIC também apresenta como finalidade a identificação de perigos que possam contribuir para a ocorrência de acidentes com lesão, tanto reais como potenciais, por meio de observadores participantes, dentro do setor analisado. Os incidentes descritos por esses observadores são transcritos e classificados em categorias de risco, a partir das quais se definem áreas-problema, bem como a priorização das ações para posterior distribuição dos recursos disponíveis, tanto para a correção das situações existentes, como para a prevenção de problemas futuros (OLIVEIRA, 2001).

Flanagan (1973) ainda ressalta que os incidentes críticos representam somente a matéria-prima e não fornecem, automaticamente, a solução aos problemas. Entretanto, é um procedimento que auxilia na coleta de amostras representativas de dados diretamente

relevantes para problemas importantes, tais como, o estabelecimento de padrões, a determinação de exigências ou a avaliação de resultados. Ao utilizar a TIC, o observador faz inferência sobre as competências de um determinado indivíduo, baseado na execução de passos pertinentes à atividade em estudo e também julga se o comportamento que observou traz contribuição positiva ou negativa pra um objetivo geral.

A análise do conteúdo dos incidentes críticos busca isolar, embora de forma relativamente subjetiva, os comportamentos críticos emitidos pelos sujeitos reunidos em categorias mais abrangentes, fornecendo as exigências críticas definidas em termos comportamentais (DELA COLETA, 1974).

A primeira aplicação da técnica no Brasil ocorreu durante a década de 70 com a publicação de um trabalho realizado por Dela Coleta (1972) que, tendo como base os estudos propostos por Flanagan, definiu alguns passos importantes que devem ser seguidos para aplicação da TIC:

- ⇒ Determinação dos objetivos da atividade a ser executada;
- ⇒ Elaboração das questões a serem apresentadas aos sujeitos, que deverão fornecer os incidentes críticos da atividade a ser analisada;
- ⇒ Delimitação da população ou amostra dos sujeitos a serem entrevistados;
- ⇒ Coleta dos incidentes críticos;
- ⇒ Análise do conteúdo dos incidentes coletados, buscando isolar os comportamentos críticos emitidos;
- ⇒ Agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes;
- ⇒ Levantamento das frequências dos comportamentos, quando aplicável, que vão fornecer, posteriormente, vários indícios para a identificação de soluções para situações problemáticas.

Dela Coleta utiliza a TIC, em seu primeiro trabalho, ao definir critérios para a seleção e avaliação de pessoal para a função de ajudante de eletricista, junto a uma empresa

de distribuição de energia elétrica. Uma segunda aplicação desta técnica realizada no Brasil pelo mesmo pesquisador durante os anos de 1972 e 1973, buscou determinar as exigências críticas para a função de operador de usina hidrelétrica e subestação; este estudo forneceu sugestões para a organização na distribuição de tarefas entre diferentes ocupações, permitindo otimizar o desempenho dos ocupantes de cada cargo e, para os processos de recrutamento, seleção e treinamento de pessoal (DELA COLETA, 1972, 1974).

Ainda na literatura nacional, outros autores comprovam a aplicabilidade da TIC; Pereira et al. (1980) demonstraram que o incidente crítico constituiu-se num instrumento consistente para a coleta de comportamentos de usuários dos serviços de informação técnico-científica, desde que sejam observadas as peculiaridades inerentes à comunidade que se deseja estudar. Em outro estudo, Rubini (1980) verificou através de relatos de situações que favoreceram ou dificultaram o relacionamento de grupos de adolescentes com outras pessoas, em um determinado colégio, e detectou consequências positivas e negativas decorrentes dessas situações.

A essência da técnica está na determinação de comportamentos positivos e/ou negativos, que ocorrem de forma significativa e que farão a diferença entre o sucesso e o fracasso no desenvolvimento de trabalhos importantes. Segundo Polit e Hungler (1991), a TIC enfoca o incidente factual, o qual pode ser definido como um episódio observável e completo do comportamento humano. Mostraram que, através dessa técnica, as informações devem ser obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas ou questionários, podendo a observação ser também utilizada. Nessa situação, o pesquisador deve elaborar questões adequadas e, preferencialmente, não-estruturadas, perseguindo o objetivo do estudo e conduzindo a entrevista para discussões úteis que elucidem a descrição de incidentes factuais esclarecedores das razões e em quais circunstâncias as pessoas agem. Ainda apontam como vantagem do método sua flexibilidade, pois fornece informações úteis e compreensíveis sobre o assunto em

questão, com base no comportamento atual, facilitando a coleta de dados pela entrevista individual.

Estrela e Estrela (1994) referem que, para se utilizar os incidentes críticos em uma pesquisa e para que os resultados encontrados sejam adequados para o alcance dos objetivos propostos, é necessário seguir critérios, tais como: explicar com clareza o que é incidente crítico, esclarecer a conotação do termo crítico que remete para o seu sentido etimológico (aquilo que aparece claramente e não aquilo que é dramático ou merecedor de crítica), dar um ou dois exemplos de incidentes que não estejam diretamente relacionados com a atividade que vai ser o objetivo do inquérito, a fim de não se influenciar o entrevistado e explicar os critérios que nos levam a considerar os episódios relatados como incidente crítico (definição da situação, descrição precisa do comportamento observado na situação descrita e das consequências observáveis).

Norman et al. (1992) consideram a TIC como um procedimento sistemático, indutivo e completo, empregado para extrair informação verbal ou escrita do entrevistado. Ainda referem que existe uma dupla hipótese na definição da técnica, em que o observador faz inferência sobre a competência da pessoa, baseado na execução de uma ação pertinente à atividade em estudo e, ainda, julga o comportamento observado, trazendo uma contribuição significativa, tanto positiva como negativa, ao objetivo geral da atividade.

Na enfermagem, vários trabalhos foram realizados aplicando-se a TIC; Ramos (1980) foi a pioneira na enfermagem brasileira, tendo utilizado a técnica como instrumento de investigação para desenvolver treinamento com auxiliares de enfermagem, determinando as exigências críticas para esse cargo, como subsídio para a elaboração de programas de treinamento em serviço nas unidades de internação de um hospital-escola, contribuindo para o aproveitamento racional dos recursos humanos na assistência de enfermagem.

Em 1987, Lucas et al. aplicaram a TIC em situações de ensino-aprendizagem a fim de avaliarem o desenvolvimento das propostas programáticas no programa curricular do curso de graduação de uma Escola de Enfermagem. Concluíram que a aplicação da técnica é importante para o estabelecimento de fatores positivos e negativos no processo ensino-aprendizagem, permitindo reformular os fatores negativos e ressaltar os positivos, como forma de avaliar e adequar o processo educacional da instituição.

Nogueira (1988) identificou, através da TIC, a comunicação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem durante a passagem de plantão, cujos resultados apontaram para a necessidade de incrementar a qualidade das informações durante essa situação.

Com o objetivo de evidenciar como as mulheres submetidas à cesariotomia vivenciam essa forma de tratamento e oferecer subsídios para as enfermeiras atuarem como elementos de apoio na assistência prestada, Ravagnani (1991) elegeu a TIC como um método que possibilita a coleta de dados de forma sistemática. A técnica mostrou-se aplicável, uma vez que permitiu identificar situações reais do cotidiano e suas conseqüências segundo o relato das próprias mulheres que vivenciaram a situação. Na análise dos relatos, identificou os principais problemas e dificuldades enfrentados pelas mulheres submetidas a esse tipo de tratamento, o que contribuiu para sugerir o planejamento da assistência de enfermagem com base nesses achados.

Salvarani (1991) utilizou a TIC para estudar os padrões de interação entre enfermeiro e paciente/cliente quando internado em unidade de clínica cirúrgica, com o objetivo de identificar em que situações o enfermeiro se comunica com esse paciente/cliente, quais os comportamentos desse profissional durante essa interação, e então, entender quais são as expectativas do paciente/cliente nesse momento. Os resultados mostraram que os enfermeiros interagem com o paciente/cliente quando estes estão com medo ou tensos,

quando sentem dor, ou necessitam de orientação ou ajuda, quando se sentem deprimidos, sozinhos ou carentes de afeto, ou quando o enfermeiro exerce algum controle sobre o indivíduo doente. Observou-se, também que os comportamentos do enfermeiro, relatados como comportamentos positivos, sempre vêm acompanhados de afetividade e os comportamentos negativos estão relacionados ao não-afeto, ressaltando apenas a preocupação com as atividades mecânicas e impessoais.

Chianca (1992) analisou a tarefa realizada pela equipe de enfermagem durante o transporte do paciente/cliente cirúrgico, da unidade de internação até o centro cirúrgico, utilizando a TIC; os resultados demonstraram que os comportamentos e as consequências negativas se sobrepõem aos comportamentos e às consequências positivas, propondo um fluxograma de tomada de decisão para garantir maior segurança durante esse procedimento (transporte do paciente/cliente).

Galera (1994) utilizou a TIC objetivando estabelecer critérios definidores da qualidade de vida de doentes mentais em tratamento ambulatorial. No estudo de Sawada (1995), a TIC foi aplicada com a finalidade de identificar os sentimentos de clientes hospitalizados diante da invasão do seu espaço territorial e pessoal, identificando as variáveis que influenciam esses sentimentos, oriundas dessa invasão.

Waldow, Lopes e Meyer (1995) utilizaram a TIC como estratégia para a promoção de pensamento crítico, em atividades clínicas com pacientes/clientes e enfermeiros, a fim de obter opiniões, conceitos, observação e identificação de atitudes, relacionados aos hábitos de saúde e ao processo do cuidar.

Clapis e Mamede (1996) utilizaram a referida técnica para identificar as dificuldades vivenciadas por pacientes/clientes submetidas ao tratamento de cefimoldagem. Os resultados verificaram que os problemas e dificuldades observados e relatados pelas mulheres estavam relacionados, principalmente, às imposições inerentes ao tratamento e que o

papel do enfermeiro é importante no planejamento da assistência de enfermagem em cesiomoldagem, a partir da compreensão dos problemas e dificuldades vivenciadas pelas mulheres submetidas a esse tipo de tratamento.

Chianca (1997) descreveu as falhas na assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato, sob a orientação da TIC. Hayashida (1997) utilizou a TIC para detectar e dimensionar as ocorrências positivas e negativas vivenciadas pelo aluno de graduação em enfermagem, relacionadas ao uso do laboratório de enfermagem; os resultados identificaram que houve um número significativo de referências positivas relacionadas à importância do uso do laboratório para o ensino da profissão.

Silva (1998) relatou uma análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à PCR em UTI, permitindo constatar a confirmação dessas ocorrências não só na vigência da PCR em si, como também em situações que a antecedem, apontando para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional da UTI, tanto na formação acadêmica quanto no treinamento e reciclagem contínua, bem como para a importância do provimento adequado de materiais e equipamentos, minimizando as ocorrências iatrogênicas no decorrer do atendimento aos pacientes/clientes que evoluem em PCR nesse setor hospitalar.

Valsechi (1999) identificou os incidentes críticos positivos e negativos referentes ao processo ensino-aprendizagem relacionados ao estágio supervisionado na disciplina de Fundamentos de Enfermagem II, detectando a predominância de incidentes negativos, relacionados à conduta do professor e à realização de procedimentos, evidenciando a importância desses aspectos no processo ensino-aprendizagem de alunos de graduação em enfermagem.

Decesaro (2000) identificou as ocorrências iatrogênicas em UTI relacionadas à queda de pacientes/clientes durante o período de hospitalização, ressaltando a importância de

medidas preventivas para esse evento, tanto na capacitação e treinamento dos profissionais, como na adequação da infra-estrutura da unidade, com vistas à uma assistência de enfermagem com melhor qualidade.

Zani (2005) estudou, utilizando-se da TIC, o processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e professores, demonstrando que, para que a adequação desse processo ocorra de forma eficiente, é necessário que haja um bom relacionamento professor-aluno e aluno-aluno, em que se respeite as diferenças e as experiências vivenciadas por cada um.

Na literatura internacional, relacionada à enfermagem, destacamos alguns estudos com a utilização da TIC, como procedimento metodológico; Barham (1965) utilizou a técnica para identificar e diferenciar os comportamentos efetivos e não-efetivos de instrutores de enfermagem. Sims (1976) investigou alguns problemas do uso da técnica e sua validade ao projetar um formulário de registro para avaliar o desempenho de estudantes e enfermeiros iniciantes na prática clínica.

Care (1996) demonstrou que a TIC é uma valiosa ferramenta na identificação das necessidades de aprendizagem de enfermeiros gerenciais; com a utilização da referida técnica, propôs um protocolo para auxiliar enfermeiros educadores a desenvolver a compreensão das necessidades de aprendizagem dos enfermeiros gerenciais. Von-Post (1996) fez uso da TIC ao explorar dilemas éticos na prática da enfermagem peri-operatória; a análise dos dados possibilitou a identificação das categorias que surgem como conflitos de valores na fase intra-operatória, que emanam dos direitos dos pacientes/clientes, que surgem da prestação da assistência de enfermagem ao paciente/cliente e, também, daqueles resultantes da escassez de recursos humanos e materiais em função da grande demanda do serviço.

Cheek (1997), em um estudo sobre administração de medicamentos, identificou a percepção das enfermeiras sobre os fatores que afetam a qualidade desse procedimento; as

categorias encontradas (o contexto, o procedimento, os grupos de profissionais envolvidos, os cargos pessoais designados na equipe e o cliente) possibilitaram a criação de uma estrutura conceitual que contribuiu para o desenvolvimento de um guia curricular de ensino auto-dirigido para a equipe de enfermagem. Smith (1998) relatou sobre o surgimento e desenvolvimento de pensamento crítico e julgamento, relatando as dificuldades pessoais, o aspecto profissional e também os aspectos emocionais envolvendo o paciente/cliente e sua família, dificuldades essas amenizadas ao longo do curso, com estudantes de graduação em enfermagem.

Tolson, Smith e Knight (1999) estudaram a prática da enfermagem no cuidado de pacientes/clientes idosos com demência, relatando a importância da visão holística na assistência a esse tipo de paciente/cliente, incluindo necessidade especial aos cuidados espirituais. Kemppainen (2000) relatou sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, identificando as experiências dos pacientes/clientes relacionadas ao tipo de assistência prestada à sua enfermidade, todos sob a luz da TIC.

Ainda na literatura internacional, podemos citar outros estudos que fizeram utilização da TIC como procedimento metodológico. Luker et al. (2000) utilizaram uma adaptação da técnica para determinar fatores que possam contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem no atendimento paliativo, quando se permite conhecer profundamente o paciente/cliente. Estudando os erros na enfermagem, Meurier (2000) identificou a relação desses erros com a interação de fatores organizacionais e circunstâncias locais; ao aliviar esses fatores, visa a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a mínima ocorrência de iatrogenias.

Narayanasamy e Owens (2001) relataram a importância de se existir um equilíbrio entre a mente, o corpo e o espírito para proporcionar uma adequada manutenção da saúde, sendo que a equipe de enfermagem deve sempre levar em consideração os aspectos

psicológicos durante a assistência ao paciente/cliente e à sua família. Teasdale, Brocklehurst e Thom (2001), utilizando-se da TIC, descreveram sobre a importância da supervisão no trabalho da enfermagem, juntamente à discussão de casos clínicos.

Zhang et al. (2001) relataram a respeito das competências da equipe de enfermagem, com características essenciais, como a adaptação a ambientes e situações novas, administração e supervisão, utilizando a TIC para a coleta dos dados pertinentes ao estudo. Num estudo recente realizado com enfermeiros, os autores relatam sobre a percepção relacionada a presença e identificação de incidentes críticos, relatando principalmente os aspectos negativos, traumáticos e a lacuna existente entre a teoria e a prática clínica na enfermagem (O'CONNOR; JEA VONS, 2003).

Como podemos observar, várias são as pesquisas na área de enfermagem utilizando-se a TIC, mas pouco se tem publicado a respeito de PCR/RCP nessa área. Sobre o tema, citamos o trabalho de Silva (1998), que identificou as ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à PCR em UTI, por meio da TIC, apontando para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da equipe multiprofissional da UTI, tanto na formação acadêmica quanto no treinamento e reciclagem contínua, bem como para a importância do provimento adequado de materiais e equipamentos, minimizando as ocorrências iatrogênicas no decorrer do atendimento a pacientes/clientes que evoluem em parada cardíaca na UTI.

Polit, Beck e Hungler (2004) entendem que a TIC tem sido utilizada em várias pesquisas na área da enfermagem, graças ao interesse em maximizar a efetividade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e elucidar os comportamentos relativos à prática dos membros que a compõem. Os autores indicam a técnica como um método de obtenção de informação sobre o comportamento de determinado grupo de pessoas, através da análise específica dos incidentes relativos ao objeto da investigação.

De acordo com Nogueira et al. (1993), a TIC é um método que visa formular exigências críticas e um eficaz desempenho no trabalho. Consiste em analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para fazer um julgamento sobre a eficiência de uma determinada atividade e, a partir da análise desses incidentes, extrair comportamentos eficientes, ou não, para o objetivo do trabalho.

Para a análise dos relatos obtidos, autores como Chianca (1992), Post (1996) e Polit, Beck e Hungler (2004) recomendam que a classificação seja feita por meio de agrupamento de dados semelhantes em categorias, num processo indutivo, o que para as autoras, requer capacidade de ‘insight’ e experiência dos pesquisadores. Além disso, a fim de que a análise das categorizações seja realizada, deve-se ter, inicialmente, estabelecido o significado de situação, comportamento e consequência. Para efeito deste estudo, serão adotadas as considerações propostas por Nogueira (1988) que define como *situação* “o tipo de fato ou circunstância que levou o sujeito a emitir determinado comportamento”, que neste estudo utilizamos a PCR como situação principal, uma vez que pretendemos descrever a vivência do enfermeiro na situação de atendimento emergencial à PCR; como *comportamento* “a conduta apresentada pelo sujeito em relação à circunstância”; e por *consequência* “o resultado do comportamento do sujeito por causa das circunstâncias”.

Vale ressaltar que, mesmo ao se utilizar a abordagem qualitativa de pesquisa, faz-se necessário identificar se os dados coletados para um determinado estudo são fidedignos e retratam, realmente, o objeto em questão. Neste estudo, os dados foram avaliados quanto à credibilidade e confiabilidade, a partir do momento em que os relatos continham os incidentes críticos completos, ou seja, existindo a situação principal, que era a PCR, as situações secundárias, os comportamentos e as consequências.

Podemos constatar que as pesquisas na área da enfermagem têm mantido uma especial atenção para o estudo dos comportamentos da equipe de enfermagem em situações

bastante significativas, envolvendo suas atividades e buscando, através de diferentes metodologias, em especial com a utilização da TIC, as formas para compreender tais comportamentos, podendo agir sobre eles, posteriormente.

Diante do exposto, consideramos conveniente a aplicação da TIC para o desenvolvimento desse estudo, visto que essa técnica é adequada à investigação de fenômenos na área da enfermagem que envolvam a manifestação de comportamentos e seus efeitos, principalmente os que permeiem a assistência de enfermagem, podendo auxiliar no crescimento dos estudos relacionados ao tema PCR/RCP no Brasil, com a formação de novos pesquisadores nesse assunto.

4.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no HCFMRP-USP, Unidade Campus. No que se refere às Leis nº. 1467, de 26 de dezembro de 1951 e nº. 3274, de 23 de dezembro de 1955, é uma entidade autárquica com personalidade jurídica e patrimônios próprios, sede e foro na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, com autonomia administrativa e financeira dentro dos limites traçados pelo Decreto-Lei Complementar nº. 7, de 6 de novembro de 1969. Vincula-se à Secretaria de Saúde, Decreto nº. 26920, de 18 de março de 1987, para fins administrativos e associa-se à Universidade de São Paulo (USP) para fins de ensino, pesquisa e assistência, ou seja, prestação de serviços médico-hospitalares a comunidade. Portanto, tem por finalidade: servir de campo de estudo e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e de

escolas superiores de *curriculum* relacionado com as Ciências da Saúde; prestar assistência médico-hospitalar; proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas e realizar programas de reabilitação de pacientes/clientes.

Diariamente, o HCFMRP-USP realiza cerca de 2500 consultas, 60 cirurgias, 90 internações, 6000 exames laboratoriais, 2000 exames especializados, 500 exames radiológicos, fornece em média 220 transfusões de sangue e 9500 refeições. , mas não é só isso. Reconhecido como centro de referência, existem as linhas de pesquisa de alta qualidade, ensino de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional e informática biomédica.

Para desempenho de suas atividades institucionais, o HCFMRP-USP dispõe de três prédios: um situado na área central da cidade, onde funciona a Unidade de Emergência e outros dois situados no Campus Universitário – Cidade Universitária (HCFMRP, Unidade Campus e Centro de Hemoterapia – Hemocentro). O hospital é composto por ambulatórios, unidades de internação, laboratórios e serviços especializados, administração, unidade de apoio técnico, administrativo e operacional.

A área de atuação do hospital concentra-se basicamente no município de Ribeirão Preto, entretanto, ante as suas características de ‘Hospital Regional’ e atualmente integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) a nível terciário, são atendidos pacientes/clientes de várias cidades da região, chegando, inclusive, a ultrapassar as fronteiras do estado de São Paulo.

O HCFMRP-USP atende praticamente todas as especialidades médicas, dispondo de normas administrativas para regulamentar a política da instituição e de manuais operacionais em todos os setores. Essa instituição possui, também, como característica principal o atendimento de alta complexidade, destinado a pacientes com maior gravidade e maiores incapacidades.

Passamos a descrever, sucintamente, algumas das unidades de internação clínicas que fizeram parte desse estudo, na caracterização da vivência de enfermeiros no atendimento a pacientes/clientes em PCR. Das unidades de internação do HCFMRP-USP, selecionamos as unidades de internação clínicas, podendo contar com a Seção de Dermatologia, Imunologia e Neurologia (localizadas no 4º. andar), Seção de Clínica Médica (localizada no 5º. e 6º. andares) e também o setor de Moléstias Infecto-contagiosas, contando com a Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto-contagiosas (UETDI). A escolha dessas unidades de internação se remete ao fato de que é onde existe a maior ocorrência de pacientes evoluindo para a PCR.

É destaque no setor de dermatologia a prestação de serviços à comunidade, centralizada na assistência médica, com mais de 15 mil pacientes/clientes por ano. Aliada a essa atividade, destaca-se o programa de ensino em nível de graduação (4º. e 5º. anos do curso de Ciências Médicas da FMRP-USP); em nível de pós-graduação (Mestrado e Doutorado) e em Especialização – Residência Médica (R₃ e R₄) e ainda as atividades de pesquisa nas áreas de imunodermatologia, biologia molecular, fototerapia e cicatrização.

Já nas unidades de Clínica Médica, ressalta-se o atendimento prestado pelas disciplinas de Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Hematologia, Doenças do metabolismo, Nefrologia, Nutrologia e Pneumologia. Na área de gastrologia, presta-se atendimento clínico a pacientes/clientes com doenças do aparelho digestivo em geral, com estabelecimento de diagnóstico e tratamento especializado em doenças inflamatórias intestinais, forma digestiva da doença de Chagas, hepatites crônicas não-virais e virais (sendo Centro de Referência estadual para a hepatite C), hepatocarcinoma, doença hidática policística, doenças pancreáticas, manometria do esôfago e ano-retal,

impedanciometria e pH-metria do esôfago, estudo funcional da deglutição, trânsito esofágico, esvaziamento gástrico e trânsito pelo intestino delgado por método cintigráfico.

Na UETDI, conta-se com a assistência aos diversos tipos de doenças infecto-contagiosas, destacando-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) e também às doenças ocupacionais de profissionais de saúde. Destacam-se os programas de pós-graduação, que visam à formação de professores e pesquisadores para o ensino superior, tendo como linhas de pesquisa principais: hepatites, aids, acidentes ocupacionais, infecções fúngicas, dengue, hantavirose e outras viroses, tuberculose, microbiologia médica e infecção hospitalar e soro-diagnóstico.

4.4 O atendimento à PCR no HCFMRP-USP

Conforme citado anteriormente, o HCFMRP-USP tem por finalidade servir de campo de estudo e treinamento a estudantes de cursos de graduação e pós-graduação, prestar assistência médico-hospitalar, proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas e realizar programas de reabilitação de pacientes/clientes.

Sua área de atuação abrange pacientes/clientes de várias cidades da região de Ribeirão Preto, chegando inclusive, a ultrapassar as fronteiras do estado de São Paulo; atende praticamente todas as especialidades médicas, dispondo de normas administrativas para regulamentar a política da instituição e de manuais operacionais em todos os setores. As rotinas de assistência formuladas por comissões internas possuem o objetivo de orientar a equipe de saúde de como fornecer assistência humanizada, sistematizada e de qualidade ao paciente/cliente e à sua família.

As rotinas de assistência cardiorrespiratória do HCFMRP-USP visam fornecer orientação à equipe de enfermagem de como prestar assistência ao paciente/cliente crítico, em risco iminente de PCR.

Na década de 80, foi constituída uma Comissão Interna de Ressuscitação Cardiorrespiratória, com a finalidade de estabelecer as rotinas para o atendimento à parada cardíaca e às emergências cardiológicas no HCFMRP-USP, visando dar orientação à equipe de enfermagem de “*o que fazer*” nos casos de pacientes/clientes em risco de insuficiência cardiopulmonar, sendo que os procedimentos de enfermagem deveriam ser baseados nas orientações oriundas dessa Comissão.

A Comissão Interna de Ressuscitação Cardiorrespiratória designava uma equipe permanente para atendimento das emergências cardiorrespiratórias que ocorressem em qualquer área do hospital, tanto nas unidades de internação, quanto nos ambulatórios. Determinava que a equipe deveria ser composta pelo médico plantonista designado para essa função, um médico cardiologista, um anestesista e o enfermeiro do CTI, que deveriam ser acionados em caso de PCR; além desses componentes, ressaltava também a importância da participação de outros funcionários (médicos, residentes de medicina e equipe de enfermagem do local de ocorrência) durante o atendimento à PCR. Essa equipe possuía as seguintes atribuições: sempre se dirigir ao local de acionamento com a maior brevidade possível, interrompendo qualquer outra atividade que estivesse sendo executada durante o acionamento; a equipe deveria funcionar como um todo, evitando o excesso de pessoal no local do evento, sendo que, quanto maior for o número de pessoas, menos eficiente será a tentativa de reanimação; os membros da equipe deveriam seguir à risca as suas atribuições, conforme a rotina da própria equipe.

Estabeleceu-se ainda, por essa Comissão, que os carros de reanimação só deveriam ser utilizados nas emergências cardiorrespiratórias, ressaltando que o local

adequado para a permanência dos mesmos seria o CTI. Além disso, os carros localizados nos postos de enfermagem dos respectivos andares seriam considerados unidades móveis e poderiam ser levados para outros andares ou setores desprovidos de carro de reanimação local. Determinava como funções do enfermeiro das unidades de internação a verificação diária dos carros de reanimação, a reposição dos medicamentos e/ou materiais em falta, a manutenção desses carros completos e prontos para serem usados e a reposição após a sua utilização.

Na vigência de uma PCR nas unidades de internação ou nos ambulatorios, deveria ser acionada a equipe de reanimação, através do bip pré-designado para essa função. Até a chegada dessa equipe, não se deveria abandonar a vítima e necessitaria ser providenciado o material necessário ao início das manobras; iniciavam-se as manobras de RCP, conforme treinamento recebido até a chegada da equipe de reanimação, que deveria se deslocar o mais rapidamente possível para o local do evento. Caberia à equipe médica e de enfermagem a coordenação de todos os esforços para a recuperação da função cardiorrespiratória, no caso de PCR. O médico seria o responsável pelo uso do desfibrilador, coordenação do uso apropriado das medicações, coordenação das massagens cardíacas e também deveria zelar pela segurança de todos os membros da equipe, juntamente ao enfermeiro, e deveria manter os membros da equipe informados sobre os dados de importância para a continuação ou não dos esforços de reanimação.

A equipe de enfermagem seria responsável pela organização do local do evento, juntamente ao provimento antecipado de todo o material necessário para a realização do atendimento; responsabilizar-se-ia pelo preparo e administração da medicação necessária, conforme orientação e prescrição médicas e, juntamente à equipe, ao atendimento completo ao paciente/cliente em PCR. Após o atendimento, deveria reorganizar o local do evento e repor os medicamentos equipamentos e materiais utilizados.

Nos cuidados pós-reanimação, o médico decidiria se os esforços na reversão de uma PCR deveriam ou não continuar; decidia se o paciente/cliente deveria ser transferido para o CTI; faria as anotações pertinentes ao atendimento e prescreveria as medicações que foram administradas para que a equipe de enfermagem procedesse à checagem das mesmas; providenciaria a transferência do paciente/cliente para o CTI e, no caso, de óbito, deveria preencher o atestado de óbito e comunicaria a família a respeito do fato. A equipe de enfermagem seria responsável pelo auxílio ao encaminhamento do paciente/cliente para o CTI, no caso de transferência, seguindo a rotina hospitalar de transferência de pacientes/clientes; pela anotação na evolução de enfermagem, descrevendo o fato, as manobras realizadas e as medicações utilizadas; organizaria o local do evento e providenciaria apoio e conforto para o acompanhante e familiares do paciente/cliente, tanto em casos de sucesso das manobras de RCP, quanto nos casos de óbito.

Consequentemente aos avanços implementados e às orientações fornecidas anteriormente pela Comissão Interna de Ressuscitação Cardiorrespiratória, o atendimento às emergências cardiológicas no HCFMRP-USP tem se aperfeiçoado ao longo dos anos. É de fundamental importância que a ciência e a prática do atendimento cardíaco de emergência continuem a crescer e a evoluir, a fim de aperfeiçoar e fortalecer a corrente para a sobrevivência em cada comunidade.

O crescimento e a evolução da ciência da ressuscitação foram os responsáveis pelo surgimento do curso BLS na cidade de Ribeirão Preto, filiado ao HCFMRP-USP, no ano de 2000. O BLS surgiu como necessidade iminente neste local, a partir do momento em que a equipe médica estava sendo treinada para o atendimento às emergências cardiológicas através do curso ACLS, também situado nesse hospital; tal iniciativa de atendimento às emergências cardiológicas, incluindo a PCR, de forma sistematizada, utilizando-se de linguagem técnica

durante o atendimento, encontrou dificuldades de compreensão por parte da equipe de enfermagem.

Frente a esse diagnóstico, no ano de 2000, foi realizado o primeiro curso de BLS na cidade de Ribeirão Preto, mais precisamente no HCFMRP-USP, utilizando-se de instrutores da cidade de São Paulo. Após esse curso, alguns enfermeiros selecionados desse hospital realizaram o curso de BLS para instrutores, assumindo a responsabilidade de difundir o conhecimento através da parceria com a AHA, como fornecedora do material didático para o curso, juntamente ao próprio HCFMRP-USP. A partir daí, constituiu-se um sítio de treinamento dos cursos de BLS, ministrados por instrutores do próprio hospital, no intuito de fornecer capacitação adequada e sistematizada à equipe de enfermagem, melhorando a qualidade do atendimento às emergências cardiológicas, juntamente ao treinamento da equipe médica, pelo ACLS.

O curso de BLS para provedores de saúde está destinado a todos os profissionais de saúde, independente do local de atuação. Da sua instalação inicial, já sofreu uma reestruturação em 2002 segundo as normas da AHA, sendo, nesse ano de 2006, remodelado conforme as diretrizes de atendimento à PCR, revistas em 2005, preconizadas pela AHA, juntamente à Citizen CPR Foundation.

Ao aluno-participante são ministrados conteúdos com a finalidade de ensiná-lo a reconhecer e responder adequadamente a emergências potencialmente fatais, como a PCR, a parada respiratória e a obstrução de vias aéreas por corpo estranho (engasgo). E ainda, a reconhecer o ataque cardíaco, o AVC, sob as formas isquêmica e hemorrágica, em adultos e dificuldades respiratórias, em crianças. O curso instrui as habilidades necessárias para responder às emergências identificadas: ensina as manobras de RCP para as vítimas de todas as idades (incluindo a ventilação com dispositivos de barreiras e dispositivos bolsa-valva-máscara), uso do DEA e o tratamento adequado e preconizado atualmente para a obstrução de

vias aéreas por corpo estranho. Com o desenvolvimento e aprendizagem dessas habilidades, o aluno deverá ser capaz de identificar as emergências e providenciar os três primeiros elos da cadeia de sobrevivência da AHA para adultos e crianças, ou seja, a identificação rápida e adequada das emergências cardiológicas, com acionamento precoce do Serviço Médico de Emergência Local ou equipe de reanimação no ambiente intra-hospitalar; o início das manobras de RCP, com fornecimento das respirações de resgate, ventilação e compressão torácica; e a utilização adequada do DEA. Assim, ao término do curso, espera-se que o mesmo possua habilidades que permita salvar a vida de um paciente/cliente, de um membro de sua comunidade ou de um ente querido.

Atualmente, o atendimento à PCR nas enfermarias do HCFMRP-USP é realizado pela equipe médica e de enfermagem do local, fornecendo o suporte ventilatório e circulatório adequados, juntamente à equipe de parada cardíaca, sediada no CTI Adulto, que fornece o suporte avançado. O atendimento inicia-se pelo reconhecimento dos sinais e sintomas da PCR, procedendo, sucessivamente, às manobras de RCP preconizadas pela AHA, através do treinamento de recursos humanos médicos em ACLS e de enfermagem em BLS. É fornecido o suporte ventilatório e circulatório básicos, procedendo ao fornecimento de oxigenação adequada e instituição das compressões torácicas, enquanto é acionada a equipe de parada cardíaca, responsável pelo atendimento avançado em todo o hospital. Ao chegar o suporte avançado, inicia-se a monitorização do paciente/cliente, para proceder à administração de medicamentos e à desfibrilação, ressaltando que alguns setores deste hospital já possuem desfibriladores, com a modalidade DEA.

Quando a PCR ocorre no CTI Adulto, CTI Pediátrico, Unidade de Centro Cirúrgico (incluindo o próprio centro cirúrgico, unidade de recuperação pós-anestésica e unidade de recuperação pós-cirurgias torácicas) e também na Unidade de Emergência, o atendimento é diferenciado, uma vez que esses locais possuem recursos humanos treinados e

especializados nesse tipo de atendimento e, também, estes locais são providos do carro de reanimação completo, incluindo o desfibrilador convencional, não necessitando do deslocamento deste de um local para o outro.

Em vista do grande contingente de funcionários que compõem a equipe de enfermagem, torna-se complexo o treinamento de todos estes, levando-se em consideração, além do grande número, a rotatividade dos profissionais nesse hospital. No final do ano de 2004, contava-se com cerca de 85% dos enfermeiros treinados em BLS, no HCFMRP-USP, Unidade Campus, sendo esses os responsáveis por difundir o conhecimento apreendido em PCR/RCP a toda a equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos de enfermagem). Atualmente, estudam-se formas de re-capacitação desses profissionais, devido às mudanças nas diretrizes de atendimento à PCR, no final de 2005.

4.5 População

A população deste estudo foi composta por relatos de enfermeiros que trabalhavam em unidades de internação clínicas (enfermarias) do HCFMRP-USP, excluindo-se a unidade de internação pediátrica. Como se trata de um hospital de nível terciário, as unidades fechadas (CTI, CTI Pediátrico, CTI Neonatal e Unidade de Centro Cirúrgico) e as unidades ambulatoriais também foram excluídas da população desse estudo.

Atualmente, o HCFMRP-USP possui aproximadamente 230 enfermeiros divididos entre as diversas unidades hospitalares: unidades de internação clínicas, unidades de internação cirúrgicas, unidades especializadas (Unidade Coronariana, Unidade Especial de Transplante de Fígado, Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto-contagiosas e

Unidade de Transplante de Medula Óssea), unidades de cuidados intensivos (CTI Adulto, CTI Neonatal, CTI Pediátrico e Unidade Coronariana) e unidades ambulatoriais.

Os enfermeiros foram selecionados através de amostragem por conveniência, denominada nos estudos qualitativos como amostragem voluntária, que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a definem como sendo um método que acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis para participarem do estudo.

Portanto, a população desse estudo foi composta por relatos de enfermeiros que trabalhavam em unidades de internação clínicas do HCFMRP-USP, dispuseram-se a participar do estudo, e foram entrevistados pela própria pesquisadora no período de setembro de 2005 a dezembro de 2005, totalizando 30 enfermeiros e 42 relatos de incidentes críticos completos, com presença da situação principal, que era a PCR, situações secundárias, comportamentos e conseqüências.

O número de enfermeiros foi determinado utilizando-se o princípio da pesquisa qualitativa em que se determina o fim da pesquisa no momento em que ocorre a repetição dos dados, ou seja, quando ocorrer a saturação dos mesmos, não havendo nenhuma informação nova e, conseqüentemente, atingindo a redundância (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa seguiu os trâmites legais que determinam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. Portanto, foi precedido da formulação de Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa e

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A), para ser assinado pelo profissional (enfermeiro) participante da pesquisa.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi encaminhado para a chefia da Divisão de Enfermagem do HCFMRP-USP para apreciação e também foram feitos os esclarecimentos pertinentes ao mesmo. A partir disso, o projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP-USP (anexo A).

Assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que foram coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e garantindo que as informações obtidas durante a entrevista com os mesmos, somente foram utilizadas para esse projeto de pesquisa. Também esclarecemos que o profissional entrevistado não teria nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, assim como, nenhum constrangimento moral decorrente dela e que a sua participação não implicaria em qualquer tipo de remuneração ou premiação.

4.7 Procedimento para a coleta de dados

4.7.1 Instrumento de coleta de dados

A coleta de informações necessárias à presente investigação levou-nos à elaboração de um roteiro semi-estruturado, por se acreditar que, por meio de entrevista, os enfermeiros forneceriam relatos completos dos incidentes críticos (aspectos positivos e negativos) que foram focalizados nesse estudo. De acordo com Grant e Hrycak (1993), o

instrumento semi-estruturado apresenta viabilidade para uso efetivo da TIC. Deste modo, foi elaborado um roteiro semi-estruturado, com a finalidade de obter dos entrevistados relatos completos (compostos por situação principal, a PCR, situações secundárias, comportamentos e conseqüências) referentes à situação estudada, visto que Polit, Beck e Hungler (2004) consideram importante o uso desse roteiro como forma de garantir a exploração de todas as dimensões do fenômeno a ser investigado.

Foi elaborado um roteiro composto de duas partes distintas: a primeira, buscando identificar informações acerca dos aspectos sócio-demográficos, da formação profissional e de trabalho dos enfermeiros, visando descrever o perfil desses profissionais, sendo o instrumento construído a partir de questões fechadas, abertas e combinadas; e a segunda parte foi composta de uma pergunta diretamente relacionada com o objetivo do estudo em questão (apêndice B). Essa questão foi assim formulada:

“Pedimos que você pense no seu trabalho, em alguma situação de atendimento à parada cardiorrespiratória, que você tenha vivido ou presenciado. Conte-nos detalhadamente como ocorreu o fato, as condutas que foram adotadas durante o atendimento e as conseqüências subseqüentes”.

Uma vez elaborada a questão supracitada, seguiu-se à implementação das entrevistas. Polit, Beck e Hungler (2004) propõem que a entrevista seja conduzida por um entrevistador que esteja capacitado quanto ao propósito do estudo e apto para sondar, explorar ou conduzir o relato com propriedade; assim, todos os dados relacionados aos incidentes críticos foram coletados pela própria pesquisadora, conduzindo a entrevista e buscando relatos completos dos incidentes críticos.

Seguimos alguns critérios para a coleta dos dados conforme citam Estrela e Estrela (1994), explicando com clareza o que é incidente crítico, esclarecendo a conotação do termo crítico que remete para o seu sentido etimológico (aquilo que aparece claramente e não

aquilo que é dramático ou merecedor de crítica), citando um ou dois exemplos de incidentes que não estavam diretamente relacionados com a atividade que vai ser o objetivo do inquérito, a fim de não se influenciar o entrevistado e explicando os critérios que nos levam a considerar os episódios relatados como incidente crítico (definição da situação, descrição precisa dos comportamentos observados na situação descrita e das consequências observáveis), preocupação esta também citada por Hayashida (1997).

A primeira parte do instrumento foi preenchida pela pesquisadora (à caneta, com registro em papel) e a segunda parte do instrumento, como se tratava de uma pergunta diretamente relacionada ao objetivo do estudo em questão, foi redigida pela pesquisadora e, ao final da entrevista, foi lida para o entrevistado, para a anuência do mesmo quanto aos fatos registrados pela pesquisadora.

Antes da aplicação definitiva, o instrumento foi submetido a um pré-teste com cinco enfermeiros lotados em unidades de internação do HCFMRP-USP; esses profissionais foram selecionados pela própria pesquisadora, sendo que os cinco já possuíam treinamento em BLS e possuíam capacidade de julgamento pertinente ao instrumento. Esses profissionais dispuseram-se a participar do estudo, contribuindo, desta forma, à adequação e viabilidade do instrumento. Na ocasião, foi fornecida a oportunidade para que cada entrevistado demonstrasse sua opinião quanto à compreensão, clareza e forma de redação da pergunta.

A aplicação do pré-teste teve por objetivo identificar nos relatos os comportamentos positivos e negativos, as consequências positivas e negativas para o paciente/cliente e para a própria equipe de saúde, além do estabelecimento de outras situações, o que denominamos de situações secundárias, sendo que mantivemos a ocorrência da PCR como situação principal. Ao mesmo tempo, verificou-se a compreensão e a clareza da pergunta, a fim de se constatar a sua eficiência para a coleta das informações desejadas.

Conforme Cassiani (1987), o pré-teste, aplicado a uma pequena amostra da população do estudo, tem por objetivo verificar se o enunciado da questão está claro, adequado ao universo a ser pesquisado e se tem o mesmo significado para a maioria dos indivíduos. Gil (1991), Marconi e Lakatos (1996) e Polit, Beck e Hungler (2004) frisam que o pré-teste consiste em testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu objetivo, portanto, é verificar até que ponto esses instrumentos têm realmente condições de garantir resultados isentos de erros.

De acordo com Andrade (1999), o pré-teste é imprescindível para a validação do instrumento quanto à relevância dos quesitos e o vocabulário adequado, como também para verificar a habilidade do pesquisador em conduzir a entrevista.

Assim sendo, após a realização das entrevistas do pré-teste, com o auxílio de um gravador, os relatos foram transcritos e lidos exhaustivamente, a fim de se identificarem os incidentes críticos positivos e negativos, na visão dos informantes.

Após o pré-teste, considerou-se o instrumento elaborado para a coleta de dados eficiente e validado, porém, constatou-se que o gravador não favoreceu a captação das informações, conforme necessidade da pesquisadora. Em vista disso, optou-se por anotar o relato durante a entrevista, lendo-o ao seu final para retificação, complementação e confirmação das informações pelo entrevistado.

4.7.2 Operacionalização da coleta de dados

Vencidas as etapas para aprovação do projeto de pesquisa, inclusive em seus aspectos éticos, a coleta de dados foi iniciada após o consentimento formal fornecido pelo profissional entrevistado (apêndice A).

No primeiro contato com o enfermeiro a ser entrevistado, a pesquisadora identificava-se como enfermeira deste mesmo hospital e pós-graduanda pela EERP-USP. Em seguida, eram fornecidos os esclarecimentos sobre os objetivos do trabalho, ressaltando que a participação era voluntária e que o sigilo do entrevistado seria assegurado.

Havendo anuência do profissional, era solicitado o relato detalhado de uma situação de PCR vivida ou presenciada (apêndice B), deixando claro que não importava a época em que tinha acontecido o fato, desde que a lembrança fosse completa e precisa, conforme preconiza Dela Coleta (1974). Desta forma, o relato de cada entrevistado era anotado de imediato pela pesquisadora, com o uso de lápis, caneta e papel, sendo lido ao seu término, em voz alta, para a validação, através da retificação e confirmação das respostas pelo entrevistado. Cada sujeito foi identificado com um código, com o uso da numeração de cada um dos sujeitos e de seus relatos, para garantir o anonimato e o caráter confidencial das informações, valendo ressaltar, aqui, que alguns enfermeiros forneceram mais de um relato. Os relatos foram redigidos novamente pela pesquisadora, no sentido de organizar as narrativas, logo após a entrevista, a fim de permitir a identificação dos dados significativos, seu agrupamento e sua categorização.

4.8 Procedimento para análise dos dados

A partir do material coletado, procedeu-se à análise de conteúdo dos relatos, na qual se buscou identificar e categorizar os incidentes críticos positivos e negativos, coletados pelo auxílio da TIC. Conforme Dela Coleta (1974), Nogueira (1988), Ravagnani (1991), Salvarani (1991), Chianca (1992), Galera (1994), Hayashida (1997), Valsechi (1999) e Zani (2005), para se extraírem os incidentes críticos, é necessário submeter os relatos a uma análise de conteúdo, em que os mesmos são lidos e classificados em categorias mais abrangentes. Segundo Flanagan (1973), esta análise consiste em sintetizar e descrever os dados de forma eficiente, objetivando aumentar sua utilidade, sem prejuízo da compreensão, especificidade e validade.

Para a realização dessa etapa, os relatos foram, inicialmente, submetidos a um tratamento que abrange os quatro momentos citados por Nogueira (1988):

1. Leitura, derivação e arrolamento dos incidentes críticos;
2. Identificação das situações, comportamentos e consequências;
3. Agrupamento dos relatos segundo as situações, comportamentos e consequências;
4. Categorização das situações, comportamentos e consequências.

Após a leitura de cada relato, juntamente à identificação dos incidentes críticos, com referência positiva e/ou negativa, procedemos ao agrupamento desses incidentes de acordo com a similaridade que apresentavam, registrando-os em impresso específico (apêndice C). A partir dessa etapa, realizou-se a categorização propriamente dita dos dados encontrados nos relatos dos enfermeiros, segundo a semelhança que guardavam entre si. Segundo Estrela e Estrela (1994), a categorização dos incidentes críticos corrobora com as mesmas dificuldades e obedece aos mesmos critérios que uma análise de conteúdo, conforme

proposta de Bardin (1977), definindo o método (a análise de conteúdo) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

As dificuldades para categorizar dados comportamentais, citadas por Estrela e Estrela (1994) e a subjetividade do processo de categorização apontada por Flanagan (1973), podem justificar a árdua tarefa que tivemos ao percorrer essa etapa. Esses autores acrescentam que, durante o processo de categorização, deverão prevalecer a competência e a habilidade do pesquisador, o que, por sua vez, aumenta a sua responsabilidade. O processo de categorização foi complexo, portanto, difícil de ser demonstrado.

A categorização dos dados, através da situação principal, a PCR, das situações secundárias, dos comportamentos e das conseqüências, permite o trabalho do texto como um todo através da classificação e recenseamento obtido através da frequência dos elementos significativos da mensagem. O agrupamento em categorias é o procedimento essencial da análise do conteúdo, visto que elas fazem a ligação entre os objetivos da pesquisa e seus resultados (FREITAS; JANISSEK, 2000). Podemos dizer que os passos propostos por Bailey apud Sims (1976) sintetizam os procedimentos adotados: estudo de forma intensiva do comportamento relatado de acordo com o propósito da pesquisa; formulação de um sistema de classificação grosseira englobando as principais áreas de comportamento identificadas; reclassificação dos comportamentos de acordo com as principais áreas formuladas, revendo as áreas quando necessário; estudo dos comportamentos dentro das principais áreas, agrupando os comportamentos semelhantes para a formulação de subáreas e, finalmente, a formulação de declarações descritivas específicas, cobrindo as semelhanças apresentadas pelos incidentes. Seguindo ainda as recomendações desse autor, o processo foi repetido até que todas as áreas estivessem classificadas.

Para identificar os elementos que compreendem o incidente crítico utilizamos o princípio definido por Flanagan (1973), de que “para ser crítico, um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou a intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador e onde as suas conseqüências sejam suficientemente definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos” e, após ter julgado se o comportamento observado trouxe alguma contribuição significativa, positiva ou negativa, conforme indicado por Norman et al. (1992), reunimos o conteúdo dos relatos, classificando-os em situações secundárias, comportamentos e conseqüências, uma vez que definimos, inicialmente, a situação principal como a ocorrência da PCR.

Assim, para qualificar as situações secundárias, os comportamentos e as conseqüências como referência positiva ou negativa, levamos em consideração o julgamento do próprio entrevistado.

Um outro ponto importante que merece ser registrado, diz respeito à compreensão atribuída a cada um dos elementos do incidente crítico. Adotamos a mesma definição registrada por Nogueira (1988), considerando como *situação* o fato ou circunstância que levou o sujeito a manifestar determinado comportamento, definido nesse estudo como a ocorrência da PCR como situação principal, *comportamento* como sendo a conduta apresentada devido à circunstância e, como *conseqüência*, o resultado do comportamento devido à circunstância.

Segundo Perrien, Chéron e Zins (1984), uma análise de conteúdo torna possível observar as entrelinhas das opiniões das pessoas, não se restringindo unicamente às palavras expressas diretamente, mas também àquelas que estão subentendidas no discurso, fala ou resposta de um respondente.

A análise de cada relato individualmente e no seu conjunto permitiu, ainda, que emergissem outros aspectos do fenômeno de interesse para a sua exploração. Assim, foi

possível acessar nos relatos as consequências imediatas para os pacientes e também para a própria equipe de enfermagem, trazendo as manifestações afetivas referidas pela equipe durante e após o evento da PCR.

Tendo em vista um melhor entendimento da análise realizada, apresenta-se a seguir um relato da ocorrência de PCR, com a identificação dos aspectos anteriormente citados.

Sujeito 2, relato 3: *“Não aprendi a atender uma parada cardíaca na faculdade; aprendi aqui, no hospital. O paciente já estava intubado, em ventilação mecânica. Faltava mais ou menos uns 15 minutos para passar o plantão; detectamos que o paciente estava parado, não reagia a estímulos, não estava respirando e nem tinha pulso. A partir disso, chamaram a equipe de residentes e a equipe de parada, enquanto começamos a atender aquele paciente; fizemosambu com oxigênio e começamos as massagens cardíacas; era tudo muito sincronizado. O paciente já tinha um acesso venoso, cada um fazia uma coisa. Enquanto um ambuzava, outro fazia a massagem e ainda, uma outra pessoa, fazia as medicações... Apesar de tudo muito perfeito, o paciente evoluiu para o óbito. Aquela cena se repetia por várias vezes na minha cabeça, não sei se porque era tudo muito sincronizado, ou porque me trazia uma sensação de impotência, de fracasso... Até do curso que eu tinha feito eu me lembrava, de cada instrutor ensinando cada passo, cada coisa ao seu tempo...”*

Situação principal: ocorrência da PCR;

Situações secundárias: paciente grave, anteriormente intubado, em ventilação mecânica; estabelecimento pregresso de acesso venoso; conhecimento da sistematização do atendimento à PCR;

Comportamentos positivos: realização do diagnóstico de PCR (paciente sem reação a estímulos, sem respiração e sem pulso); chamar a equipe de residentes e a equipe de

reanimação; iniciar o atendimento de SBV (oxigenação, ventilação e compressões torácicas); realizar as medicações.

Consequência imediata para o paciente: óbito;

Consequências para o profissional: sensação de impotência, de fracasso.

A partir desse procedimento com cada caso relatado, procedeu-se ao agrupamento dos conteúdos em categorias, com o agrupamento de dados semelhantes, o que será apresentado mais adiante.

4.8.1 Analisando as entrevistas

No presente estudo, nos propusemos realizar a análise do conteúdo obtido nas entrevistas com os enfermeiros (sujeitos da pesquisa); as categorias originaram-se das respostas dos entrevistados, sendo que, no tratamento dos dados (identificação das situações secundárias, dos comportamentos e das consequências), buscamos estabelecer conceitos significativos baseados nos pressupostos teóricos que sustentam o atendimento à PCR.

Conforme citado anteriormente, os relatos foram, inicialmente, submetidos a um tratamento abrangendo os quatro momentos citados por Nogueira (1988), que são: a leitura, derivação e arrolamento dos incidentes críticos; a identificação das situações secundárias, nesse estudo, uma vez que a situação principal foi definida como a PCR, dos comportamentos e das consequências; o agrupamento dos relatos segundo as situações, os comportamentos e as consequências; e a categorização das situações, comportamentos e consequências. A partir dessa etapa, realizou-se a categorização propriamente dita dos dados encontrados nos relatos dos enfermeiros, segundo a semelhança que guardavam entre si.

Vale ressaltar que após a identificação das categorias, as mesmas foram submetidas à análise de três enfermeiros conhecedores do tema, a PCR e da TIC, a fim de verificar a validade e confirmabilidade das categorias inicialmente propostas.

Portanto, a partir da identificação das situações secundárias, dos comportamentos e das consequências, pudemos estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação do HCFMRP-USP, através da vivência de enfermeiros no atendimento ao paciente em PCR.

RESULTADOS

Conforme mencionado anteriormente, este estudo teve a proposta de estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação do HCFMRP-USP, através da vivência de enfermeiros no atendimento ao paciente em situação de PCR, identificando os incidentes críticos positivos e/ou negativos durante esse atendimento.

Para tanto, foi elaborado um roteiro composto de duas partes distintas: a primeira, buscando identificar informações acerca dos aspectos sócio-demográficos, da formação profissional e de trabalho dos enfermeiros, para descrever o perfil desses profissionais; e a segunda parte, de uma pergunta diretamente relacionada com o objetivo do estudo em questão (apêndice B).

Participaram desse estudo enfermeiros que trabalhavam em unidades de internação clínicas do HCFMRP-USP, que foram entrevistados pela pesquisadora no período de setembro de 2005 a dezembro de 2005, totalizando 30 enfermeiros, que forneceram 42 relatos de incidentes críticos durante o atendimento ao paciente/cliente em situação de PCR, que foram tratados e agrupados em categorias específicas para situação secundária, comportamento e consequência.

Obteve-se, portanto, sete categorias de situações secundárias, uma vez que determinamos a ocorrência de PCR como a situação principal; nove categorias de comportamentos, com três categorias para os comportamentos positivos e seis categorias de comportamentos negativos; e cinco categorias de consequências, duas categorias com consequências negativas imediatas aos pacientes/clientes, uma categoria com consequências positivas imediatas para o paciente/cliente e duas, uma com consequências positivas e uma com consequências negativas para os profissionais, resultante da visão e julgamento do atendimento realizado.

Passaremos a descrever agora, a caracterização dos enfermeiros participantes dessa investigação. E, logo em seguida, os resultados encontrados.

5.1 Caracterização dos enfermeiros

Os 30 enfermeiros tinham idade entre 24 e 50 anos; 17 (56,7%) eram de religião católica, 11 (36,7%) eram praticantes do espiritismo e dois (6,6%) não possuíam religião definida; 18 (60%) enfermeiros eram casados, sendo que 16 (53,3%) possuíam filhos e os outros 12 (40%) eram solteiros. Quanto à formação profissional, três (10%) enfermeiros possuíam curso de Licenciatura Plena em Enfermagem, 15 (50%) possuíam cursos de especialização em diversas áreas, como: Administração Hospitalar, Enfermagem em Moléstias Infecto-contagiosas, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem em Saúde Pública e dois (6,7%) cursavam Mestrado. Quanto à presença do conteúdo sobre PCR e RCP durante a graduação em enfermagem, dos 30 enfermeiros, apenas sete (23,3%) referem que o assunto não fazia parte da grade curricular, sendo apenas discutido em estágios práticos; dos outros 23 enfermeiros, 11 (36,7%) referiram ter tido apenas aulas teóricas, sem abordagem prática do assunto. Dos entrevistados, 14 (46,7%) enfermeiros referem ter feito algum curso sobre o tema PCR e RCP após o término do curso de Graduação em Enfermagem, sendo que 12 (40%) enfermeiros fizeram o curso BLS.

5.2 Apresentação dos incidentes críticos

Descreve-se, a seguir, a categorização dos dados obtidos nesse estudo, ou seja, as sete categorias de situações secundárias, uma vez que determinamos a ocorrência de PCR

como a situação principal; as nove categorias de comportamentos e as cinco categorias de consequências.

5.2.1 Situações secundárias

Passamos a descrever as sete categorias de situações secundárias, uma vez que a situação principal foi determinada como a ocorrência de PCR:

⇒ **Estado e/ou condições clínicas do paciente/cliente:** nesta categoria foram incluídas as situações referentes às condições clínicas dos pacientes/clientes hospitalizados, entre elas: a presença de paciente/cliente grave internado na enfermaria; a ausência de pacientes/clientes muito graves em determinadas clínicas; a presença de paciente/cliente grave em estado terminal; o paciente/cliente intubado, em ventilação mecânica; o paciente/cliente com dificuldade respiratória; o paciente/cliente sentindo-se mal durante o banho; o paciente/cliente sentindo-se mal durante a alimentação; o paciente/cliente com acesso venoso; e o paciente/cliente sem acesso venoso.

⇒ **Habilidades técnicas inerentes à profissão:** esta categoria abrangeu as situações relacionadas aos aspectos inerentes à profissão, entre elas: a agilidade (ou a falta de agilidade e/ou destreza), pela equipe de enfermagem, na punção de um acesso venoso; e a dificuldade de intubação endotraqueal, pela equipe de residentes médicos; e a localização correta (e/ou incorreta) para a realização das compressões torácicas externas.

⇒ **Conhecimento ou não acerca da PCR:** apresentamos nesta categoria as situações pertinentes à presença ou não do conhecimento preconizado pela AHA, no atendimento à PCR, juntamente à sistematização desse atendimento, estando presentes as situações: o conhecimento (ou o desconhecimento) da sistematização do atendimento à PCR preconizado mundialmente, tanto pela equipe de enfermagem, quanto pela equipe médica.

⇒ **Identificação e reconhecimento (ou desconhecimento) do local de trabalho:** nesta categoria foram incluídas as situações referentes ao reconhecimento do local de trabalho, entre elas: o conhecimento dos materiais e equipamentos disponíveis no local de trabalho; a localização correta (ou não) dos materiais e equipamentos no local de trabalho; e o conhecimento de todos os pacientes internados em determinada clínica.

⇒ **Condições de materiais e equipamentos:** esta categoria abrangeu aspectos importantes relacionados aos materiais e equipamentos, entre elas, estão presentes as seguintes situações: a importância (ou não) de se conhecer os materiais e equipamentos que serão utilizados em cada procedimento específico; a falta (ou a ausência) de equipamentos; o adequado provimento de materiais e equipamentos; o carrinho de emergência completo, com medicações, materiais e equipamentos prontos para serem utilizados; o carrinho de emergência incompleto; e o carrinho de emergência lacrado.

⇒ **Capacitação e treinamento:** apresentamos nesta categoria as situações pertinentes à capacitação e treinamento dos profissionais de enfermagem, estando presentes as seguintes situações: a capacitação dos profissionais no atendimento às emergências cardiológicas; e o treinamento admissional de funcionários, visando o cuidado a pacientes graves.

⇒ **Circunstâncias adversas:** nesta categoria foram incluídas as situações secundárias decorrentes de circunstâncias adversas, entre elas: a ocorrência de PCR em outro local; a disponibilidade de uma única equipe de reanimação; e a presença de tumulto durante o atendimento.

5.2.2 Comportamentos positivos

Passamos a descrever as categorias dos comportamentos, inicialmente, pelas três categorias compostas por comportamentos positivos:

⇒ **Vivendo a sistematização no atendimento à PCR:** nesta categoria foram incluídos os comportamentos positivos referentes à demonstração do conhecimento quanto à sistematização do atendimento à PCR, entre eles: a realização do diagnóstico de PCR; chamar a equipe médica; acionar a equipe de reanimação; iniciar as manobras de RCP, com oxigenação e ventilação com ambu e realização das compressões torácicas externas; preparar e administrar as medicações; e providenciar superfície plana e rígida (tábua de massagem).

⇒ **A questão dos materiais:** esta categoria abrangeu os comportamentos positivos relacionados aos materiais e equipamentos, entre eles: o provimento adequado dos materiais e equipamentos; e a checagem do carrinho de emergência.

⇒ **Estabelecendo funções durante o atendimento à PCR:** apresentamos nesta categoria os comportamentos positivos relacionados ao estabelecimento de funções aos profissionais que participaram do atendimento à PCR, entre eles: a capacidade de pensamento

crítico do enfermeiro quanto à assistência prestada ao paciente/cliente e à família numa situação de urgência, como a PCR; trabalhar em equipe; coordenar a equipe de atendimento, pelo enfermeiro da unidade de internação; fornecer as coordenadas durante o atendimento do paciente em PCR; delegar as tarefas a cada um dos funcionários (auxiliares e técnicos de enfermagem, além dos escriturários); e o estabelecimento de um líder durante o atendimento, geralmente o enfermeiro.

5.2.3 Comportamentos negativos

Passamos a descrever as seis categorias compostas por comportamentos negativos, totalizando as nove categorias relacionadas aos comportamentos manifestados pela equipe de enfermagem, em sua grande maioria, relatados pelos enfermeiros participantes dessa investigação:

⇒ **Vivenciando a falta (ou ausência) da sistematização no atendimento à PCR:** nesta categoria foram incluídos os comportamentos negativos decorrentes do desconhecimento da sistematização mundialmente reconhecida no atendimento à PCR, entre eles: não acionar a equipe de reanimação; não conhecer os passos que devem ser seguidos durante o atendimento à PCR, como, por exemplo, a realização das compressões torácicas externas, sem antes fornecer a oxigenação; a realização das compressões torácicas externas em local inadequado; e a não utilização da tábua de massagem durante a realização das manobras de RCP.

⇒ **Convivendo com as dificuldades técnicas:** esta categoria abrangeu os comportamentos negativos provenientes das dificuldades técnicas observadas pelos

enfermeiros que forneceram os relatos, tanto da equipe de enfermagem, quanto da equipe médica, entre eles: a não-realização de procedimentos, como a intubação endotraqueal, pelo residente de medicina e a obtenção de acesso venoso, pela equipe de enfermagem; a dificuldade de manipulação do desfibrilador, por parte dos residentes da clínica em questão e não pela equipe de reanimação; e a dificuldade em prescrever as medicações, pela equipe médica.

⇒ **O ambiente situacional:** apresentamos nesta categoria os comportamentos relacionados ao ambiente propiciado durante o atendimento ao paciente/cliente em PCR, entre eles: a desorganização do atendimento e das condutas; e a criação de ambiente de desespero, estresse, caos e pânico.

⇒ **Materiais: é difícil conhecer a sua importância?:** nesta categoria foram incluídos os comportamentos decorrentes da demonstração de desconhecimento quanto à importância dos materiais e equipamentos prontos para o uso, entre eles: o não provimento de materiais e equipamentos; e a falta checagem do carrinho de urgência.

⇒ **Vivendo as ocorrências adversas:** esta categoria abrangeu os comportamentos negativos provenientes da estruturação do atendimento ao paciente/cliente em PCR, na ocorrência de adversidades, entre eles: a dificuldade no rompimento do lacre do carrinho de emergência.

⇒ **Estabelecer funções: lidando com prioridades:** apresentamos nesta categoria os comportamentos negativos provenientes da distribuição de tarefas, entre eles: a

disponibilização de um funcionário para buscar materiais e/ou equipamentos necessários para o atendimento ao paciente/cliente em PCR, na falta destes.

5.2.4 Consequências imediatas para o paciente/cliente e para a equipe de enfermagem

Passamos a descrever as cinco categorias de consequências, uma categoria com consequências positivas imediatas para o paciente/cliente, duas categorias com consequências negativas imediatas aos pacientes/clientes; e duas, uma com consequências positivas e uma com consequências negativas para os profissionais, resultante da visão e julgamento do atendimento realizado.

As categorias relacionadas às consequências imediatas ao paciente/cliente identificadas foram:

⇒ **Restabelecimento das funções vitais:** nesta categoria foram incluídas as consequências positivas imediatas para o paciente/cliente após a RCP, entre elas: o restabelecimento das funções respiratória e circulatória.

⇒ **Até que ponto a RCP ajuda o paciente/cliente e sua família?:** esta categoria abrangeu as consequências negativas imediatas para o paciente/cliente após a RCP, entre elas: a piora das condições clínicas do paciente/cliente após o término das manobras de RCP, agravando o seu quadro clínico; e o restabelecimento das condições clínicas do paciente/cliente com a presença de lesões, como a ocorrência de fratura de costelas.

⇒ **Óbito:** nesta categoria apresentamos as consequências negativas imediatas para o paciente/cliente e sua família, entre elas: o óbito do paciente/cliente vítima de uma PCR.

As categorias relacionadas às consequências imediatas para a equipe de enfermagem, resultantes da visão e julgamento do atendimento realizado foram:

⇒ **Salvar vidas: o que isso proporciona ao profissional de enfermagem?:** nesta categoria foram incluídas as consequências positivas aos profissionais da equipe de enfermagem, após o atendimento a um paciente/cliente vítima de uma PCR, que sobreviveu as manobras, entre elas: a sensação de cumprimento da tarefa; a sensação de função realizada; a alegria em ver o paciente/cliente vivo; e a necessidade de criação de um espaço para discussão do atendimento realizado.

⇒ **Fazer parte da equipe de enfermagem é saber lidar com o sofrimento:** esta categoria abrangeu as consequências negativas aos profissionais da equipe de enfermagem, decorrente do óbito ou da piora clínica de um paciente/cliente após a RCP, entre elas: a sensação de fracasso; e a sensação de impotência.

5.2.5 Estabelecimento das exigências críticas no atendimento ao paciente em situação de PCR no HCFMRP-USP

Em consequência da identificação das categorias de situações secundárias, uma vez que determinamos que a situação principal era a ocorrência da PCR, de comportamentos positivos e negativos dos profissionais que prestaram esse atendimento e das consequências imediatas para o paciente/cliente e para a equipe de enfermagem, pudemos estabelecer as

exigências críticas no atendimento à situação de PCR no HCFMRP-USP e criar instruções de tomada de decisão para o enfermeiro durante o atendimento à uma situação de PCR nas unidades de internação deste local, que estão identificadas a seguir.

O enfermeiro deverá estar ciente quanto ao reconhecimento dos sinais premonitórios (alteração do nível de consciência, alteração do ritmo cardíaco e bradipnéia ou taquipnéia) ou comprobatórios de PCR (perda súbita da consciência, com arresponsividade da vítima, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulso, midríase e cianose).

Uma vez identificada uma situação de PCR nas unidades de internação do HCFMRP-USP, o enfermeiro deverá:

- ⇒ Delegar a um funcionário (auxiliar ou técnico de enfermagem e/ou o escriturário) para solicitar a presença da equipe médica de plantão e acionar a equipe de reanimação, no intuito da chegada do suporte avançado;
- ⇒ Delegar a um funcionário (auxiliar ou técnico de enfermagem) que providencie os materiais e equipamentos necessários ao atendimento à situação de PCR: buscar o carro de emergência (carrinho de parada) e um ventilador mecânico, juntamente as suas extensões, deixando-o montado e testado, pronto para a sua utilização;
- ⇒ Delegar a um funcionário que afaste os outros pacientes/clientes e familiares do local, com a utilização de biombos, sempre mantendo a porta da enfermaria fechada durante à assistência ao paciente em PCR;
- ⇒ Posicionar corretamente o paciente no leito, colocando a tábua de massagem, fornecendo uma superfície plana e rígida;
- ⇒ Realizar a abertura das vias aéreas, com a manobra de “*chin-lift*”, que implica na hiperextensão da cabeça e elevação do mento ou a manobra de “*jaw-trust*”, que implica na inclinação da cabeça, com elevação da mandíbula, quando existir a suspeita de traumatismos;
- ⇒ Checar se o paciente apresenta movimentos respiratórios;

-
- ⇒ Se o paciente/cliente não estiver respirando, fornecer duas ventilações e a oxigenação adequadas com a utilização de bolsa-valva-máscara (ambu), conectada à rede de oxigênio, mantendo as vias aéreas pérvias. O enfermeiro deverá observar a expansão torácica para proporcionar as ventilações adequadamente;
 - ⇒ Checar o pulso arterial, preferencialmente na artéria carótida, não levando mais do que dez segundos para a realização desse procedimento;
 - ⇒ Na ausência de pulso, iniciar as compressões torácicas externas na metade inferior do esterno. Para a delimitação do local correto, o enfermeiro (ou outro membro da equipe) deverá realizar a técnica seguinte: utilizar dois ou três dedos de uma das mãos para localizar a borda inferior da caixa torácica mais próxima a ele; depois, deslizar os dedos pelo rebordo costal no sentido cefálico, até o ponto onde as costelas encontram a parte inferior do esterno, no centro inferior do tórax (apêndice xifóide). Na base do apêndice xifóide, colocar a região hipotenar das duas mãos acima da medida dos dois dedos desse local, de forma que fiquem paralelas, uma sobre a outra; os dedos das mãos poderão estar estendidos ou entrelaçados, mas devem ser mantidos afastados do tórax. O eixo longitudinal do punho deve estar sobre o eixo longitudinal do esterno, mantendo um ângulo de 90 graus, de modo que a força principal da compressão seja realizada sobre o osso esterno, diminuindo as chances de fratura de arcos costais. Para aplicação das compressões torácicas efetivas, o profissional deverá travar os cotovelos, manter os braços estendidos e seus ombros em linha reta com suas mãos, de modo que o impulso para cada compressão torácica seja diretamente sobre o esterno. As compressões torácicas deverão deprimir o esterno do paciente/cliente cerca de quatro a cinco centímetros, para uma vítima adulta (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002). Deverão ser realizadas 30 compressões torácicas, a uma frequência de 100 compressões por minuto;

-
- ⇒ O enfermeiro deverá realizar cinco ciclos completos de compressão-ventilação, totalizando 150 compressões e 10 ventilações, sempre na proporção de 30:2 (30 compressões para duas ventilações). Após esses cinco primeiros ciclos completos ou, aproximadamente, dois minutos, o paciente/cliente deverá ser reavaliado; o enfermeiro deverá verificar os sinais de circulação e respiração. Se não existir o retorno dos mesmos, o enfermeiro (ou outro profissional) deverá reiniciar as manobras de RCP, sendo que os sinais de circulação e respiração espontânea deverão ser checados em intervalos de poucos minutos, até a chegada da equipe médica de plantão;
 - ⇒ Se o paciente não estiver com um acesso venoso estabelecido, o enfermeiro (ou outro profissional da equipe de enfermagem) deverá puncionar um acesso venoso calibroso, preferencialmente nos membros superiores;
 - ⇒ Monitorar o paciente/cliente com o oxímetro de pulso, já que este é o recurso existente nas unidades de internação;
 - ⇒ Quando os médicos plantonistas chegarem, estes deverão reavaliar o paciente/cliente e, se necessário e conveniente, realizar a intubação endotraqueal;
 - ⇒ O enfermeiro deverá providenciar (ou delegar essa tarefa a um outro membro da equipe de enfermagem) todos os materiais necessários para o procedimento de intubação endotraqueal e auxiliar a equipe médica durante este procedimento, como, por exemplo, na aspiração das secreções nasais, orais e traqueais;
 - ⇒ Após a intubação endotraqueal, o fornecimento das ventilações e oxigenação adequadas deverão ser realizados conjuntamente, pela equipe de enfermagem (auxiliar ou técnico de enfermagem) e pela equipe médica;
 - ⇒ Auxiliar a equipe de reanimação, quando esta chegar no local do evento;

- ⇒ Monitorizar o paciente/cliente com o monitor cardíaco, trazido pela equipe de reanimação e auxiliar a equipe médica durante toda a assistência ao paciente/cliente, inclusive quanto ao uso do desfibrilador convencional;
- ⇒ Fornecer apoio aos familiares, tanto em caso de sucesso das manobras de RCP, quanto nos casos de óbito do paciente/cliente;
- ⇒ Realizar o registro dos procedimentos realizados na evolução de enfermagem;
- ⇒ Providenciar o transporte do paciente/cliente para o CTI Adulto, quando indicado e realizar esse transporte. No CTI Adulto, fornecer todas as informações pertinentes para o enfermeiro de plantão deste local;
- ⇒ Ao retornar à unidade de internação, auxiliar na reorganização do local, com provimento dos materiais e equipamentos realizados.

Vale ressaltar, também a importância da criação de reuniões periódicas, onde os membros da equipe poderão realizar uma avaliação do atendimento realizado, sempre na busca da melhoria da assistência ao paciente/cliente.

A partir de então, passamos a discutir os resultados encontrados nessa investigação, que teve como proposta o estabelecimento de exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, identificando os incidentes críticos positivos e negativos, através dos relatos da vivência de enfermeiros no atendimento ao paciente em parada cardíaca. Também vale ressaltar que, para o estabelecimento das exigências críticas, é necessário avaliar, principalmente, os comportamentos positivos e negativos decorrentes das situações, afim de que se possa construir um fluxograma de atendimento ideal ao paciente/cliente em situação de PCR no ambiente intra-hospitalar, nessa investigação.

DISCUSSÃO

Cada tentativa de reanimação possui uma estrutura, um tempo de realização e uma rica variedade de estágios intermediários; estes incluem a antecipação do atendimento pelo socorrista, no ambiente extra-hospitalar ou pela equipe de enfermagem, no ambiente intra-hospitalar, o início dos esforços de reanimação, a RCP propriamente dita, a manutenção do paciente/cliente, a notificação do evento ocorrido e apoio à família, a transferência do paciente/cliente para um CTI, quando necessário e conveniente, e a avaliação crítica (AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001). A sobrevida do paciente/cliente será melhor se reconhecermos essa arquitetura, planejando e seguindo os passos apropriados.

Segundo a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002), o termo “padrões” e, mais recentemente, a expressão “diretrizes e recomendações” sugerem uma necessidade de uniformidade e consistência, minimizando as possibilidades de confusão e propiciando a manutenção do controle de qualidade, sem, no entanto, desconsiderar a necessidade de um relativo grau de flexibilidade para facilitar a introdução de inovações de comprovada eficiência, bem como, proteger a prerrogativa de médicos qualificados e experientes em RCP, sob circunstâncias clínicas apropriadas, utilizando-se de formas alternativas de tratamento.

Montgomery (1992), ao enfatizar a importância da aderência aos padrões e diretrizes da AHA, afirma que um padrão é um modelo reconhecido, um exemplo para orientação com o qual, por comparação, a qualidade, a excelência e a correção possam ser determinadas. Não havendo padrões, não haveria modelo, nada a atingir, a empenhar-se, a duplicar, nenhum comportamento a estimular e, certamente, nada com o que medir ou melhorar desempenhos.

Barbisan et al. (1988), Whitaker et al. (1990), Cruz; Souza e Padilha (1992), Lane (1993), Granitoff et al. (1994), Timerman; Paiva e Tarasoutchi (1998), Araújo e Araújo

(2000), Capovilla (2002) e Assunção (2005) recomendam a adoção de protocolos para a organização do atendimento em PCR. Autores, na literatura internacional, também recomendam a adoção dos protocolos para a sistematização do atendimento à PCR (EISENBERG et al., 1980, 1982; ANANTHARAMAN et al., 1992; GARCIA-BARBERO; CÁRTULA-SUCH, 1999; CHELLEL, 2000; JORDAN; BRADLEY, 2000; DYSON; SMITH, 2002).

Atualmente, as recomendações seguidas no atendimento à uma situação de PCR datam da resolução da AHA de 2001 (AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002). Essas recomendações foram revistas, modificadas e atualizadas no final do ano de 2005 (BASKETT et al., 2005); as diretrizes de 2005 da AHA, juntamente à Citizen CPR Foundation sobre a RCP e o atendimento cardíaco de emergência (AHA, 2005) baseiam-se na mais ampla revisão da literatura já publicada sobre PCR e RCP. Esse processo foi organizado pela Aliança Internacional de Comitês de Ressuscitação (International Liaison Committee on Resuscitation, ILCOR) e envolveu 380 especialistas em ressuscitação de nível internacional, durante 36 meses (ILCOR, 2005).

Quanto à sequência de ações que devem ser seguidas no atendimento à PCR, situação dramática responsável por um alto índice de mortalidade, concordamos com Pazin-Filho et al. (2003) quando relatam que o tempo é um fator extremamente importante, estimando-se que a cada minuto que o indivíduo permanece em PCR sem atendimento, significa 10% de probabilidade de sobrevida perdida. O diagnóstico de PCR deve ser feito com precisão e rapidez, através de uma avaliação sistematizada, mundialmente reconhecida, identificada por três aspectos principais: responsividade, respiração e pulso. É imprescindível que todo profissional de saúde tenha conhecimento sobre a PCR e as manobras que compõem a RCP para que possa decidir rapidamente, sendo eficaz, evitando o caos e o pânico,

assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com melhor prognóstico e minimizando a ocorrência de iatrogenias durante esse atendimento; conforme pode ser observado na fala do sujeito 4, quando relata que apesar do atendimento a um paciente/cliente em PCR ser um momento estressante, a partir do princípio de que se possa contar com uma equipe treinada e especializada nesse tipo de atendimento, é simples evitar o pânico dos pacientes, dos familiares e dos próprios profissionais.

“Como é bom saber que estamos num local onde as coisas dão certo... E poder saber que podemos atender com sincronismo e conhecimento a um caso de parada. Tudo aqui é muito rápido, desde o reconhecimento de um paciente parado até a instituição das manobras de RCP... Não se pode perder tempo pra nada. Mas... a parada é uma situação estressante, com certeza, mas que não é necessário o pânico quando as pessoas sabem o que fazem...” (sujeito 4, relato 6).

O atendimento à PCR deve ser realizado em etapas, que vão desde o reconhecimento dos sinais premonitórios (alteração do nível de consciência, alteração do ritmo cardíaco e bradipnéia ou taquipnéia) ou comprobatórios de PCR (perda súbita da consciência, com arresponsividade da vítima, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulso, midríase e cianose) até o início das manobras mais avançadas de reanimação (BORN et al., 2003). Uma vez identificada uma situação de PCR é necessário, primeiramente, pedir auxílio, chamar por ajuda e, principalmente, solicitar um desfibrilador, em caso de atendimento ao paciente/cliente adulto ou criança acima de um ano de idade (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005; ILCOR, 2005).

Após, iniciam-se as manobras de reanimação propriamente ditas, com a vítima sobre uma superfície plana e rígida, no ambiente intra-hospitalar, faz-se necessário o uso da tábua de massagem, com abertura e manutenção das vias aéreas através das manobras de hiperextensão da cabeça com elevação do queixo ou a elevação da mandíbula, no caso de

vítimas com possíveis traumas; o fornecimento de oxigenação e ventilação adequadas (ou ventilação de resgate, no caso de atendimento à PCR em ambiente extra-hospitalar), visando a minimização das seqüelas cerebrais e, posteriormente, o estabelecimento de uma via aérea pérvia, através da intubação endotraqueal, realizada por um componente da equipe médica; a verificação de pulso (geralmente o pulso carotídeo ou pulso femural) e início das compressões torácicas externas, com a aplicação de pressão seriada e rítmica sobre a metade inferior do esterno, gerando fluxo sanguíneo ao aumentar a pressão intratorácica; a obtenção de acesso venoso para a administração de drogas e fluidos e a utilização do desfibrilador, caso a vítima esteja em fibrilação ou taquicardia ventricular.

Sabemos que o conhecimento técnico-científico dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR é essencial. A equipe de enfermagem, na maioria das vezes, faz o diagnóstico de PCR nas unidades de internação, por ser a primeira a estar presente na cena de PCR, tanto presenciada, quanto não-presenciada. Devido a esse fato, é a equipe que deverá responder, primordialmente, ao atendimento básico (SBV) à vítima em PCR (GODKIN; TOTH, 1994; NYMAN; SIHVONEN, 2000), conforme pode ser observado na citação do sujeito 2, em que identifica o início do atendimento e manobras básicas (SBV) pela equipe de enfermagem.

“Não aprendi a atender uma PCR na faculdade; aprendi aqui, no hospital. O paciente já estava intubado, em ventilação mecânica. Faltava mais ou menos uns 15 minutos para passar o plantão; detectamos que o paciente estava parado, não reagia a estímulos, não estava respirando e nem tinha pulso. A partir disso, chamaram a equipe de residentes e a equipe de parada, enquanto começamos a atender aquele paciente; fizemosambu com oxigênio e começamos as massagens cardíacas; era tudo muito sincronizado. O paciente já tinha um acesso venoso, cada um fazia uma coisa. Enquanto um ambuzava, outro fazia a massagem e ainda, uma outra pessoa, fazia as medicações... Apesar de tudo ser muito

perfeito, o paciente evoluiu para o óbito. Aquela cena se repetia por várias vezes na minha cabeça, não sei se porque era tudo muito sincronizado, ou porque me trazia uma sensação de impotência, de fracasso... Até do curso que eu tinha feito eu me lembrava, de cada instrutor ensinando cada passo, cada coisa ao seu tempo...” (sujeito 2, relato3).

O não-seguimento das recomendações e dos protocolos faz com que o atendimento não seja realizado de forma adequada, sistematizada e organizada, resultando no aumento de pessoas durante o atendimento, ocasionando tumulto, o que será discutido mais adiante, e também a maior possibilidade de ocorrência de iatrogenias e provável insucesso no atendimento.

A ação da equipe de enfermagem durante o atendimento ao paciente em PCR ocorre desde o reconhecimento dos sinais e sintomas de PCR, a realização do diagnóstico, estendendo-se com a implementação das condutas de RCP e a organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados. Devido a isso, a equipe de enfermagem deve saber reconhecer os sinais de PCR e iniciar as manobras de RCP.

No período pós-RCP, o enfermeiro deve assegurar um acompanhamento intensivo às vítimas da reanimação cujas manobras obtiveram sucesso. Compete ao enfermeiro, ainda, o registro das informações pertinentes no relatório ou na evolução de enfermagem, a checagem das medicações prescritas e administradas e a reorganização do local onde ocorreu o fato (CHELLEL, 2000). Em suma, conforme citado anteriormente, o enfermeiro deve ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente, devendo estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando, para isso, conhecimento científico, raciocínio crítico e experiência (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

A partir do momento em que não existe o conhecimento técnico-científico para o provimento de um atendimento sistematizado e qualificado, as falhas acontecem e as ocorrências iatrogênicas tornam-se cada vez mais frequentes. Além disso, ainda podemos ressaltar, conforme estudo de Marsch et al. (2004), realizado em manequins, a influência de fatores humanos durante o atendimento cardíaco de emergência, ressaltando aqui a importância do estabelecimento de liderança e de um ambiente tranquilo durante o atendimento à PCR.

Remetendo-se às dificuldades apresentadas tanto pela equipe de enfermagem, como pela equipe médica quanto à sequência que deve ser seguida durante o atendimento ao paciente em PCR, podemos inferir que além dos estudos relacionados a esse aspecto serem antigos, os profissionais de saúde possuem uma grande falha no ensino durante a sua formação acadêmica, no que se refere ao atendimento em situações de emergência, apreendendo a teoria, mas com dificuldades em implantá-la na prática hospitalar, podendo este fato ser observado na entrevista do sujeito 2, quando este se remete à não-implantação dos conhecimentos teóricos apreendidos durante o ensino de graduação, conforme citação abaixo:

“Não aprendi a atender uma PCR na faculdade; aprendi aqui, no hospital.”

(sujeito 2, relato 3).

Além disso, Lowenstein et al. (1981), Skinner et al. (1985), Royal College of Physicians of London (1987) e Marsch et al. (2004) referem que é comum se observar nos hospitais de ensino que a responsabilidade pela reanimação recai sobre os médicos residentes, por serem os primeiros, juntamente à equipe de enfermagem, a estarem presentes no momento do evento. Assim, o risco de aprender a reanimação na prática cotidiana estaria custando vidas, pois, frequentemente, esses profissionais não são formalmente treinados para atender a esse tipo de intercorrência.

A responsabilidade durante o atendimento a um paciente em PCR, desde o reconhecimento dos sinais e sintomas de PCR, até a implantação das manobras de RCP é de todos, de toda a equipe de profissionais de saúde. Para isso, as instituições acadêmicas e de saúde deveriam fornecer treinamentos em PCR/RCP para toda a equipe de profissionais.

Atualmente, as instituições de ensino, podendo citar o local de escolha para este estudo, o HCFMRP-USP, fornecem treinamentos em atendimento cardíaco de emergência, segundo as diretrizes da AHA, com os cursos de BLS, ACLS e PALS. Vale ressaltar, também, a grande rotatividade da equipe de profissionais de saúde, tanto da equipe de médicos residentes quanto da equipe de enfermagem; e também os custos dos cursos formais, além da necessidade de treinamento continuado. Para Marteau et al. (1990), a experiência acumulada é classificada como crucial para o sucesso do atendimento aos pacientes/clientes vítimas de emergências cardiológicas. Paton (1985), estudando as atitudes e percepções de médicos residentes em relação aos procedimentos de reanimação, relata que a maioria expressa ansiedade e cita como frustração o insucesso do atendimento. Os comportamentos negativos identificados nas entrevistas só vêm reforçar as considerações feitas anteriormente, quanto à necessidade do profissional de saúde estar capacitado para atender à uma situação de emergência, como a PCR, independente da sua área de atuação, agindo de forma segura e competente, uma vez que a falta de formação teórico-prática, frequentemente, propicia ocorrências iatrogênicas no decorrer da assistência, conforme podemos observar nas falas dos sujeitos 1, 3, 7 e 19.

“Detectamos que a dona C estava em PCR... A equipe de enfermagem chamou o residente de plantão, mas ninguém mais sabia mais o que fazer.” (sujeito 1, relato 2).

“Meu Deus!!! Não sabíamos quem sabia menos naquela hora... Se era a equipe de enfermagem... ou a equipe de residentes médicos... Ainda bem que a equipe de parada chegou rapidinho e começou a atender o paciente...” (sujeito 3, relato 5).

“Vimos alguma coisa estranha naquela enfermaria... Era o senhor J que estava parado. Chamamos a equipe de residentes de medicina... Meu Deus! Misericórdia! Foi um caos! Enquanto estávamos fornecendo oxigênio para o paciente, eles estavam apenas olhando... Com certeza, estavam esperando a equipe de reanimação chegar.” (sujeito 7, relato 10).

“Foi uma situação estressante... Não sabíamos por onde começar, se fazíamos massagem cardíaca, se fornecíamos oxigênio... Jesus!!! Se nós da equipe de enfermagem tínhamos dúvidas, imagino aqueles meninos da medicina, coitados...” (sujeito 19, relato 27).

Para a equipe de enfermagem, que durante o atendimento à uma emergência cardiológica, como a PCR, desempenha as funções de reconhecimento dos sinais de PCR, de diagnóstico, de implementação das condutas de RCP e de organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados, ressaltamos a importância de se conhecer além das diretrizes da AHA e outras associações de especialistas, os materiais e equipamentos que serão ou poderão ser utilizados durante o atendimento, além do provimento desses.

O conhecimento técnico-científico não está apenas relacionado ao conhecimento das diretrizes e/ou recomendações que deverão ser seguidas para o sucesso de um atendimento à uma situação de PCR. Os bons resultados vão além disso. Dependem também do treinamento da equipe, do provimento e manutenção dos materiais e equipamentos adequados, aspecto esse citado por alguns autores quando fazem referência a ocorrências iatrogênicas de diferentes naturezas, podendo também ser verdadeira quando se trata do atendimento à PCR (PIERIN et al., 1983; PINOTTI; DOMENE, 1991; GIRAUD, 1993; PADILHA, 1992, 1994; SILVA, 1998).

A insuficiência ou a não existência de materiais e/ou equipamentos não deve prorrogar ou interromper o atendimento à PCR, uma vez que o fator tempo é crucial para o

restabelecimento da ventilação e circulação espontâneas e, determinante do sucesso no atendimento. O suprimento constante de materiais e equipamentos deve ser indispensável em qualquer setor hospitalar; devem estar disponíveis em quantidades suficientes a qualquer momento, contando com uma rotina de reposição e manutenção (PEMBECI et al., 2006).

A importância desses fatores não remete somente ao fato de que a equipe de enfermagem seja responsável pelo provimento e manutenção dos materiais e equipamentos, mas, também, que avalie quais são esses recursos materiais e tenha conhecimento também sobre a utilização dos mesmos, incluindo a informação acerca das medicações que poderão ser utilizadas durante o atendimento à uma emergência cardiológica, como a PCR, no que tange aos seguintes aspectos: indicações, contra-indicações, mecanismo de ação, dosagem a ser administrada e precauções com cada tipo de medicação, além do conhecimento das manobras de RCP (CHIN et al., 1997; DEVLIN, 1999; DAVIES; GOULD, 2000).

A farmacologia do atendimento à PCR, presente no SAVC, constitui um desafio para todo profissional que atende as emergências cardíacas, principalmente durante a RCP, exigindo muitos agentes com ações complexas e indicações sobrepostas, sendo que os profissionais médicos precisam, ao prescrever uma medicação, tomar decisões em poucos segundos, como pode ser observado na fala do sujeito 5:

“Vou contar uma experiência impressionante... Quando fui atender ao meu primeiro caso de parada, foi tudo muito certinho... Até parecia um sonho, coisa de cinema... Era tudo sistematizado, como a gente aprende no curso de BLS e, além disso, os médicos demonstravam um conhecimento enorme, grandioso quanto às medicações que estavam prescrevendo. Eles trabalhavam juntos, os residentes da clínica e os médicos da equipe de parada... E a equipe de enfermagem, nem se fala... Enquanto o enfermeiro do plantão coordenava, um auxiliar de enfermagem preparava e administrava as medicações prescritas pelo médico; era tudo muito rápido e eficiente.” (sujeito 5, relato 7).

Além da responsabilidade médica quanto à prescrição, também podemos citar a responsabilidade que a equipe de enfermagem assume no preparo e na administração de medicamentos, conforme pode ser observado na fala do sujeito 9:

“Durante o meu treinamento enquanto enfermeira neste hospital, fui treinada por uma equipe maravilhosa, pelos enfermeiros dessa clínica e também por dois técnicos de enfermagem, que me ensinaram várias coisas sobre o preparo e a administração de medicações... Pude presenciar e atender a diversas situações de PCR... Em uma delas, a enfermeira que estava me treinando, ainda durante o meu período de experiência, era quem, em alguns momentos, dava as coordenadas pros residentes de medicina quanto às medicações que deveriam ser feitas... Essa enfermeira sabia tudo sobre parada, inclusive sobre as medicações que poderiam ser utilizadas....” (sujeito 9, relato 13).

Não basta apenas conhecer os materiais e equipamentos, mas fazer uma ponte entre o conhecimento teórico e o prático, construindo um modelo pelo qual o enfermeiro passa a apreender, a partir do momento que percebe a sua real função e a utilização de determinado conhecimento, material ou equipamento (CLIFFORD, 1993; DALE, 1994; LANDERS, 2000), conforme pode ser observado na citação do sujeito 2:

“Não aprendi a atender uma PCR na faculdade; aprendi aqui, no hospital... Enquanto um ambuzava, outro fazia a massagem e ainda, uma outra pessoa, fazia as medicações... Aquela cena se repetia por várias vezes na minha cabeça, não sei se porque era tudo muito sincronizado, ou porque me trazia uma sensação de impotência, de fracasso... Até do curso que eu tinha feito eu me lembrava, de cada instrutor ensinando cada passo, cada coisa ao seu tempo...” (sujeito 2, relato 3).

Alguns aspectos são extremamente importantes durante o atendimento ao paciente/cliente que está susceptível a apresentar emergências cardiológicas. Além dos fatores já citados anteriormente, como o conhecimento teórico e prático acerca das recomendações e

diretrizes preconizadas mundialmente no atendimento à PCR, o conhecimento dos equipamentos e materiais a serem possivelmente utilizados durante esse atendimento, também podemos destacar o fator tempo, imprescindível nesse tipo de atendimento, juntamente ao conhecimento técnico-científico e à eficiência das manobras de RCP, aumentando as chances de recuperação do paciente/cliente com o mínimo de seqüelas e minimizando a ocorrência de iatrogenias.

Vários autores e associações de especialistas referem-se ao tempo de resposta, ou seja, o tempo dispendido entre a ocorrência da PCR, o seu reconhecimento e a instituição de manobras de RCP adequadas, como elemento essencial e crucial na obtenção de sucesso no atendimento (SAFAR, 1982; KAYE et al., 1985; MULLER; BORBA, 1986; COPE et al., 1987; BARBISAN et al., 1988; LOPEZ, 1989; YAKEL, 1989; FELIPPE-JUNIOR, 1990; WHITAKER et al., 1990; PARASKOS, 1991; CRUZ; SOUZA; PADILHA, 1992; EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL, 1992; STEFANINI, 1992; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; LANE, 1993; MCINTYRE; SLATER, 1993; SEIDELIN; BRIDGES, 1993; GIROUD et al., 1995; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; COELHO et al., 1997, TIMERMAN; SAUAIA, 1997; PAZIN-FILHO et al., 2003; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006; PEMBECCI et al., 2006). O retardo no diagnóstico e o conseqüente atraso no início do tratamento da PCR são os maiores responsáveis pela grande proporção de enfermos que não apresentam condições de recuperação. Esses autores reiteram que o fator tempo é primordial à recuperação do paciente/cliente, pois a melhora da condição clínica está devidamente relacionada com a instituição precoce do atendimento.

Capone e Capone Neto (1993) afirmam que a PCR é uma das ocorrências mais temidas, por se tratar de uma situação altamente estressante e que pode ocasionar pânico e confusão, representando uma corrida contra o tempo.

O diagnóstico de PCR deve ser feito com rapidez e precisão, destacando-se uma avaliação sistematizada, mundialmente reconhecida. É imprescindível que todo profissional de saúde tenha conhecimento sobre PCR e as manobras que compõem a RCP (SBV e SAVC), para tomar decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com melhor prognóstico e minimização de iatrogenias.

A PCR, nas citações de autores e associações de especialistas como a AHA e Fundación Interamericana Del Corazón (2001), César e Moretti (1997), Coelho et al. (1997), Araújo e Araújo (2000) e Marsch et al. (2004), é uma situação emergencial que deve ser atendida prontamente, pois a chave do sucesso está na rapidez com que o diagnóstico é estabelecido e o suporte avançado instituído, para que a preservação da vida, a restauração da saúde e a limitação das incapacidades sejam alcançadas, comportamento positivo este podendo ser observado na fala do sujeito 6:

“Durante a minha visita inicial aos pacientes da clínica, pude observar algo estranho... Ao me aproximar da dona B, pude perceber sinais de PCR. Bipamos o residente de medicina que estava de plantão e a equipe de parada e iniciamos o atendimento... Tão logo começamos os procedimentos, e a equipe de parada já estava lá, pronta pra nos acudir...” (sujeito 6, relato 8).

Eisenberg et al. (1980) demonstraram que o tempo para o início das manobras básicas de RCP e o tempo para a instituição do atendimento definitivo eram componentes críticos associados com o sucesso no resultado da reanimação. Kaye et al. (1985) citam um aumento de até duas a cinco vezes na taxa de sobrevivência a longo prazo após a PCR, quando a reanimação foi imediatamente iniciada por alguém presenciando o evento.

Este fato, juntamente às recomendações da AHA, tem incentivado a implementação de sistemas comunitários de emergências em vários países, tentando assegurar o atendimento precoce às vítimas, diminuindo significativamente o tempo de resposta do

suporte avançado e, conseqüentemente, reduzindo os casos de morte súbita por causas cardíacas.

Muitas vítimas de PCR súbita apresentam FV em algum momento durante a PCR; o manejo da PCR súbita com FV necessita de RCP precoce e aplicação de choque por um desfibrilador. Uma RCP realizada com eficiência e eficácia por circunstantes (socorrista, leigos, familiar) pode dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência após uma PCR. Infelizmente, menos de um terço das vítimas de PCR súbita são submetidas à RCP realizada por circunstantes, e menos ainda recebem RCP adequadamente (AHA, FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002).

A maioria dos relatos nos Estados Unidos e Canadá demonstram que a sobrevivência de vítimas com PCR fora do hospital é, em média, de 6,4% ou menos, sendo que múltiplos fatores contribuem para essa baixa taxa de sobrevivência (JONES et al., s.d.). Nesses países, há implantado programas de treinamento para socorristas leigos, relatando um aumento dessas taxas de sobrevivência, sendo que esses programas promovem a RCP e a desfibrilação rápidas, com a utilização de DEAs que podem ser operados por socorristas leigos treinados (LIBERMAN et al., 2000). Alguns estudos demonstram que o desenvolvimento de programas com a utilização do DEA e a instituição das manobras de RCP por socorristas leigos na comunidade melhora a sobrevivência à alta hospitalar de vítimas de PCR súbita presenciada. Além disso, associações de especialistas como a AHA e a Citizen CPR Foundation relatam que os programas de DEA e RCP para socorristas leigos e primeiros socorristas em aeroportos, campos de futebol e cassinos e para policiais trazem taxas de sobrevivência de 49% a 74%, decorrentes do atendimento adequado prestado a vítimas de PCR presenciada, mostrando a importância de ministrar treinamentos a socorristas leigos e a implantação de sistemas de respostas planejadas, rápidas e práticas (CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006).

No que se refere à assistência intra-hospitalar, os mesmos princípios e recomendações devem ser obedecidos, ressaltando a importância da capacitação formal e periódica dos profissionais de saúde, para o atendimento aos pacientes em PCR.

Como já foi citado anteriormente, na vigência de uma PCR nas unidades de internação ou nos ambulatórios no HCFMRP-USP, é recomendado que se deva acionar a equipe de reanimação, através do bip pré-designado para essa função. Até a chegada dessa equipe, não se deve abandonar o paciente/cliente e o material necessário ao início das manobras necessitará ser providenciado rapidamente; iniciam-se as manobras de RCP, conforme treinamento recebido até a chegada da equipe de reanimação, que se deslocará o mais rapidamente possível do seu local de origem, no caso o CTI Adulto, para o local do evento. Cabe à equipe médica e de enfermagem a coordenação de todos os esforços para a recuperação da função cardiorrespiratória, no caso de PCR. O médico passa a ser o responsável pelo uso do desfibrilador, uma vez que ainda lidamos com o uso dos equipamentos convencionais, coordenando o uso apropriado das medicações, das massagens cardíacas e zelando pela segurança de todos os membros da equipe, juntamente ao enfermeiro, e deve manter os membros da equipe informados sobre os dados de importância para a continuação ou não dos esforços de reanimação.

Kaye et al. (1985) e a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002) consideram que o cuidado definitivo (suporte avançado) relativamente rápido, subsequente a um atraso no início da RCP básica, produzirá resultados pouco satisfatórios.

Atualmente, no HCFMRP-USP, contamos não somente com a equipe de reanimação, mas também com o apoio de outros funcionários, como oficiais administrativos (escriturários) que auxiliam os profissionais de saúde a providenciar o rápido acionamento da equipe de reanimação, contando também com o apoio de funcionários que monitoram os elevadores, disponibilizando um desses para o deslocamento da equipe de reanimação de um

local para o outro, fato este confirmado pela fala do sujeito 18 como comportamento positivo e, em alguns casos, ainda com a disponibilidade de todos esses funcionários, ainda podemos observar um atraso no tempo de chegada da equipe de reanimação no local do evento, conforme citado pelos sujeitos 12 e 24.

No que se refere ao tempo decorrido desde o reconhecimento da PCR, o início das manobras básicas, o acionamento do bip da equipe de reanimação até a sua chegada para a continuação do atendimento e instituição de manobras avançadas, pudemos encontrar situações e comportamentos positivos, conforme exposto acima, podendo ser observado na fala do sujeito 18:

“Como é bom poder trabalhar num local em que as coisas funcionam... É só bipar a equipe de parada, que em instantes podemos contar com sua ajuda... Também, com toda essa equipe unida, não tem como as coisas saírem erradas... Os escriturários bipam a equipe de parada e o pessoal dos elevadores logo dispõem de um para levar a equipe até nós...” (sujeito 18, relato 26).

Já os comportamentos negativos podem ser observados nas falas seguintes, dos sujeitos 12 e 24:

“Assim que percebi que a paciente poderia estar parando, acionei a equipe de parada... Iniciamos o atendimento, que foi um caos... Além de tudo, a equipe de parada estava em outro atendimento, num outro andar, numa outra parada e nem pudemos contar com sua ajuda... Como pode um hospital desse tamanho ter só uma equipe de parada?” (sujeito 12, relato 17).

“Ao entrar na enfermaria, percebi que a dona A não se movia na cama. Levei o maior susto, principalmente, quando percebi que ela se encontrava em PCR. Chamei por ajuda. Enquanto o escriturário que se encontrava ali por perto acionava a equipe de parada,

iniciamos o atendimento a dona A... Parte da equipe médica gritava que a paciente poderia estar fibrilando, mas a equipe de parada demorou muito a chegar...” (sujeito 24, relato 34).

A PCR é um acontecimento súbito, inesperado pela equipe de profissionais de saúde, podendo ocasionar pânico, estresse, tumulto e confusão, principalmente pelo fato de que os profissionais de saúde, na sua totalidade, ainda não são totalmente habilitados e treinados para esse tipo de atendimento.

Algumas iatrogenias são encontradas, atualmente, no atendimento à PCR. A principal dificuldade técnica identificada pela equipe médica, segundo Paiva (1997), é a intubação orotraqueal, sendo este um procedimento de suma importância nas situações de PCR, devendo ser realizada pelo profissional médico mais experiente presente no momento da reanimação, uma vez que as tentativas para fazê-la não devem ultrapassar mais do que 30 segundos, sob o risco de comprometer as manobras de RCP. Para que o residente de medicina possa oferecer assistência adequada e de qualidade ao paciente/cliente em risco iminente de morte é necessário qualificar adequadamente esse profissional, o que deve ocorrer durante a sua formação acadêmica, oferecendo-lhe, periodicamente, condições ao aperfeiçoamento e educação médica continuada (NASSIF, 1991).

Algumas publicações são suficientemente claras e categóricas ao determinarem, como Safar (1982) e recomendações da AHA e Fundação Interamericana do Coração (2002), que a intubação endotraqueal está indicada como uma das últimas opções de emergência no controle da via aérea, devendo sempre ser precedida pelo controle manual das vias aéreas, através de tentativas de ventilação e oxigenação com acessórios simples. Acrescentam, juntamente a outros autores, que durante a PCR, a traquéia deve ser intubada tão cedo quanto possível, porém somente após a pré-oxigenação adequada (FEREZ; AMARAL; JOAQUIM, 1996).

A posição da AHA e da Fundación Interamericana Del Corazón (2001) é praticamente idêntica, recomendando que a oxigenação dos pulmões através do ar exalado ou do auxílio de equipamentos simples deve preceder às tentativas de intubação endotraqueal, que poderá ser realizada tão logo possível, por profissional altamente treinado, que seja experiente na realização de intubações ou re-treinado frequentemente. Stefanini (1992) reforça que a ventilação com máscara conectada ao ambu ligado a uma fonte de oxigênio a 10 litros por minuto proporciona uma concentração de até 100% de oxigênio no ar inspirado, sendo muito eficiente quando se mantem a adequada hiperextensão da cabeça, elevação da mandíbula eficiente e colocação correta da máscara no rosto da vítima, evitando o vazamento de ar.

A dificuldade para se realizar a intubação, constatada nessa investigação, causa preocupação, pois se sabe, como dito anteriormente, que a demora no atendimento à PCR é um dos fatores fundamentais relacionados ao insucesso das medidas de reanimação. Além do mais, verificou-se que, no HCFMRP-USP, esse procedimento vem sendo realizado pelo residente de medicina que, na maioria das vezes, ainda não apresenta habilidade técnica suficiente para desempenhar essa atividade de maneira pronta e eficaz, proporcionado assim, o agravamento do quadro e possivelmente a não recuperação do paciente/cliente, conforme relatado pelo sujeito 25:

“O residente estava muito, extremamente nervoso, e não conseguia intubar a paciente; acho que naquela hora, ela já estava morta.” (sujeito 25, relato 35).

Almeida (1991) cita que a falta de conhecimento e habilitação ao exercício da profissão, ou seja, a falta de aptidão teórica e/ou prática para exercer uma determinada profissão, embora credenciada por diploma, não passa de mera presunção de competência. Nos casos de PCR, esse fato adquire maior gravidade, na medida em que se trabalha com

situações limítrofes de vida, em que a presença de iatrogenias pode levar o paciente/cliente ao óbito.

A falta de preparo dos profissionais que estão envolvidos diretamente com o cuidado implica, muitas vezes, no insucesso do tratamento. É necessário que o profissional que presta a assistência aos pacientes/clientes críticos, tenha preparo técnico-científico que o capacite a realizar os cuidados de forma segura e com conseqüente redução de ocorrências iatrogênicas que podem contribuir, inclusive, para o aumento da permanência dos pacientes/clientes durante a internação hospitalar (GOMES, 1994).

A ocorrência da PCR no ambiente intra-hospitalar nem sempre representa um indicador de má qualidade da assistência, mas demonstra, sobretudo, o nível de gravidade dos pacientes/clientes hospitalizados. Uma vez presente, a chance de sobrevivência depende, como já foi citado, da aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação, que devem ser instituídas prontamente, com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível, sendo que o tempo, o conhecimento e treinamento específicos da equipe que realiza o atendimento são variáveis fundamentais na recuperação das atividades orgânicas do paciente/cliente (SAFAR, 1982; MULLER; BORBA, 1986; BARBISAN et al., 1988; LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; PARASKOS, 1991; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; LANE, 1993; GIROUD et al., 1995; COELHO et al., 1997; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002).

A realização das manobras de RCP adequadamente depende, em suma, do conhecimento técnico-científico dos profissionais envolvidos nesse atendimento; sendo que a existência de recomendações e diretrizes auxilia os profissionais de saúde no atendimento ao paciente/cliente em PCR. A realização incorreta das compressões torácicas, sem anteriormente ventilar o paciente/cliente, sem a tábua de massagem, em local incorreto, retrata um atendimento precário e desorganizado. A RCP, principalmente no que se refere ao

fornecimento da ventilação e oxigenação e à realização das compressões torácicas externas, tem por finalidade promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente para o coração e cérebro, até que as funções cardíaca e ventilatória espontâneas sejam restabelecidas, apresentando como metas a preservação da vida, a restauração da saúde e a limitação das incapacidades, sempre na tentativa de reverter a morte clínica (MERCIER; BOMPARD; BEAUFILS, 1983; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006).

Segundo a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002), juntamente ao referencial teórico adaptado de Pazin-Filho et al. (2003), a técnica das compressões torácicas externas consiste na aplicação de pressão seriada e rítmica sobre a metade inferior do osso esterno; essas compressões geram fluxo sanguíneo ao aumentar a pressão intratorácica e/ou comprimir diretamente o coração. Sempre deverá ser realizada com a vítima (paciente/cliente) sobre uma superfície rígida. Quando se realiza o fornecimento adequado de oxigênio e o sangue circula em direção aos pulmões através das compressões torácicas, é provável que a vítima receba oxigênio suficiente para manter a oxigenação do cérebro e de outros órgãos vitais durante vários minutos, até o procedimento de desfibrilação, na ocorrência de FV.

Durante a PCR, a pressão de perfusão coronariana aumenta gradualmente com a aplicação de compressões torácicas sequenciais; por essa razão, recomenda-se a relação de 30 compressões para cada duas ventilações. Quando as vias aéreas estão protegidas com a intubação endotraqueal ou existe dois profissionais de saúde treinados, um fornecendo oxigenação através de bolsa-valva-máscara (ambu) e o outro realizando as compressões torácicas, estas podem contínuas, a uma velocidade de 100 compressões por minuto. O paciente/cliente deve estar em posição horizontal, pois o fluxo sanguíneo está reduzido, mesmo que se apliquem as compressões corretamente; a cabeça não deve ficar acima do

coração, porque o fluxo sanguíneo cerebral pode diminuir ainda mais ou desaparecer; poderá ser usado uma prancha ou outra superfície rígida, sob as costas do paciente/cliente, para não diminuir a efetividade das compressões torácicas (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006; NOORDERGRAAF et al., s.d.).

A posição correta das mãos é estabelecida pela identificação da metade inferior do osso esterno. Inicialmente, o profissional que atende o paciente/cliente utiliza dois ou três dedos da mão para localizar a borda inferior da caixa torácica mais próxima a ele. Depois, desliza os dedos pelo rebordo costal em direção cefálica, até o ponto onde as costelas encontram a parte inferior do esterno, no centro da parte inferior do tórax (apêndice xifóide). Coloca-se o punho da outra mão, com os dedos estendidos sobre a metade inferior do esterno (dois dedos acima da proeminência do apêndice xifóide) e a primeira mão por cima da segunda, de forma que fiquem paralelas. O eixo longitudinal do punho deve estar sobre o eixo longitudinal do esterno; isso manterá a força principal da compressão no esterno e diminuirá as chances de fratura de costelas. Os dedos das mãos podem estar estendidos ou entrelaçados, devendo ser mantidos afastados do tórax. As compressões torácicas externas devem deprimir o esterno do paciente/cliente cerca de quatro a cinco centímetros, no caso de um adulto de tamanho médio, sendo que o melhor parâmetro para determinar se a força de compressão externa é a ideal é a presença de pulso carotídeo ou femoral palpável durante a realização das compressões (AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005). Cabe ressaltar, que a cada vez que o profissional retirar as mãos do local encontrado para realização de alguma outra manobra durante o atendimento, deve-se identificar novamente o local correto, minimizando, assim, a ocorrência de lesões, como pode ser identificado nas falas dos sujeitos 8 e 10:

“O médico fazia tanta força, e mudava tanto a mão de lugar, que hora parecia fazer a massagem no estômago ou, então, estar quebrando uma costela. Mas, a paciente sobreviveu, com duas lesões de arcos costais...” (sujeito 8, relato 12).

“A cada profissional que fazia as compressões, o local era diferente... Se eu não tivesse sido treinada anteriormente, com certeza também não saberia, assim como todos eles, o local correto de administração das compressões... Depois de uns 15 minutos nessa euforia, nessa sequência de erros, o paciente foi a óbito.” (sujeito 10, relato 14).

O principal fator determinante da sobrevivência de uma vítima adulta em PCR é o intervalo de tempo entre a perda da consciência até a desfibrilação (ATKINS, 1986; CUMMINS et al., 1986; WHITE, 1986; SEDGWICK et al., 1992; MOLS et al., 1994; STAPCZYNSKI; SVENSON; STONE, 1997; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006). A desfibrilação rápida é fundamental para as vítimas de PCR súbita pelos seguintes motivos: o ritmo inicial mais freqüente nas paradas cardíacas súbitas testemunhadas é a FV; o tratamento mais eficaz para esse ritmo é a desfibrilação elétrica, as probabilidades de uma desfibrilação bem-sucedida diminuem rapidamente com o passar do tempo e a FV tende a transformar-se em assistolia em poucos minutos.

Muitos pacientes/clientes adultos em PCR por FV podem sobreviver sem seqüelas neurológicas, mesmo se a desfibrilação for realizada num intervalo de tempo de seis a dez minutos após a PCR súbita (EISENBERG et al., 1990; LARSEN; EISENBERG; CUMMINS, 1993; AHA; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002). A realização da RCP adequada enquanto se aguarda a chegada do desfibrilador prolonga a fibrilação e preserva a função cardíaca e cerebral (EISENBERG et al., 1984); porém, a RCP isolada não reverterá a FV a um ritmo normal. O intervalo entre a perda da consciência e a desfibrilação é o determinante crítico da sobrevivência à uma PCR por FV; nesses casos, as chances de

sobrevivência diminuem entre 7% a 10% por cada minuto que a desfibrilação é retardada (VALENZUELA et al., 1997; COBB et al. 1999), fato preocupante, podendo ser observado na fala do sujeito 11:

“Meu Deus, não quero viver isso de novo! Como foi difícil e demorada a chegada do desfibrilador, junto à equipe de parada...” (sujeito 11, relato 15).

O principal determinante do sucesso das tentativas de ressuscitar um determinado paciente/cliente é a rapidez com que é realizada uma desfibrilação. Quase todos os sobreviventes, neurologicamente intactos, tiveram a oportunidade de serem desfibrilados rapidamente.

Portanto, a RCP realizada por circunstâncias no ambiente extra-hospitalar, que melhora a sobrevivência em qualquer intervalo entre a perda da consciência e a desfibrilação, afeta, também, a taxa de sobrevivência. Este fato pode ser comparado às funções da equipe da enfermagem intra-hospitalar atuando no SBV, enquanto aguarda-se a chegada da equipe médica e o suporte avançado. Atualmente, com a implantação, mesmo no ambiente hospitalar, de desfibriladores semi-automáticos ou DEAs, as taxas de sobrevivência podem ser aumentadas a partir do momento em que a equipe de enfermagem e a própria equipe de médicos, incluindo os residentes de medicina de cada especialidade clínica deveriam ser treinados para a manipulação correta desses equipamentos, sendo que potencialmente mais pacientes/clientes poderiam ser desfibrilados mais cedo, antes mesmo da chegada do suporte avançado específico (KAYE; MANZINI; GIULIANO, 1995; KAYE; MANZINI, 1998; HOLLIS; GILLESPIE, 2000). Atualmente, os enfermeiros estão sendo encorajados a utilizar o desfibrilador semi-automático ou o DEA, mesmo se a equipe de suporte avançado estiver no local, se o uso deste for indicado (COADY, 1999).

As taxas de sobrevivência à PCR podem ser notavelmente altas se o evento for testemunhado e se forem realizadas tanto as manobras de reanimação quanto a desfibrilação rápidas. As manobras de RCP instituídas precocemente podem manter um paciente/cliente por um período breve, mas não podem restabelecer diretamente um ritmo organizado. Restabelecer um ritmo de perfusão requer RCP imediata seguida de desfibrilação nos primeiros minutos da PCR inicial. Kaye e Manzini (1998) questionam falhas observadas na seqüência da reanimação, como os retardos da desfibrilação em favor da terapia por drogas, aumentando o intervalo de tempo entre o colapso e a desfibrilação, diminuindo as chances de sobrevivência do paciente/cliente e aumentando a ocorrência de seqüelas, no caso de reversão da PCR quando ocasionada por FV.

A taxa de sobrevivência de uma PCR pode ser notavelmente alta, se o evento for testemunhado; o principal determinante é o tempo em que a desfibrilação é realizada; quanto mais precocemente a desfibrilação for iniciada, melhor o prognóstico. Segundo a AHA e a Fundación Interamericana Del Corazón (2001), uma desfibrilação bem sucedida depende do estado metabólico do miocárdio: uma duração mais longa da FV leva a uma maior deterioração do músculo cardíaco. Conseqüentemente, os choques têm menos probabilidade de converter uma FV em um ritmo normal ou quase normal. Se a fibrilação for de pequena duração, como nos pacientes/clientes com FV ocorrida dentro de uma unidade coronariana ou no contexto de uma PCR testemunhada, esse ritmo, provavelmente, responderá ao choque. Como a rapidez da resposta é o determinante principal da sobrevida dos pacientes/clientes em PCR, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar, esforços recentes têm sido realizados no sentido de encurtar o tempo entre a PCR e a desfibrilação, o que pode ser realizado através do treinamento das equipes de emergência (incluindo aqui os enfermeiros e os residentes de medicina) na utilização dos DEAs, tanto no hospital como no ambiente extra-hospitalar.

As mais novas recomendações da AHA, que datam de 2005, referentes à desfibrilação e o uso dos desfibriladores retratam parte de uma realidade que já deveria ter sido instituída anteriormente, que é a disponibilização desses equipamentos (DEAs ou desfibriladores semi-automáticos) no ambiente intra-hospitalar, juntamente ao treinamento e educação em serviço dos profissionais de saúde, em que são incluídos os enfermeiros, os médicos e os residentes de medicina que não compõem a equipe especializada de reanimação. Recomenda-se, também, a utilização de energia no valor de 200 joules (J) como valor padrão, caso o profissional de saúde não conheça o tipo de onda bifásica que está sendo utilizada. Uma vez que o profissional de saúde tem conhecimento acerca do tipo de onda bifásica utilizada, a dose inicial selecionada para a tentativa de desfibrilação, com um desfibrilador manual bifásico é de 150 a 200 J para uma onda bifásica exponencial truncada, ou 120 J para uma onda bifásica retilínea (AHA, 2005; ILCOR, 2005; ZARITSKY; MORLEY, 2005). A dificuldade de manipulação ou deficiência de conhecimento quanto à utilização do desfibrilador pode ser observada na fala do sujeito 20:

“A cada momento, uma nova expectativa... Agora, a questão era o desfibrilador... Demoraram tanto para dar o choque... Acho que quase ninguém sabia como selecionar a quantidade de energia que deveria ser utilizada na desfibrilação.” (sujeito 20, relato 28).

Durante este estudo, o que pudemos observar relacionado à desfibrilação e ao uso do desfibrilador, é, em alguns momentos, a dificuldade na manipulação desse equipamento e a algumas dúvidas quanto ao procedimento durante o atendimento a um paciente/cliente em PCR.

No atendimento ao paciente/cliente em PCR, dentro dos padrões preconizados pela AHA, incluem-se além das manobras de RCP, algumas medidas farmacológicas consideradas como essenciais ao processo de reanimação. Os objetivos do tratamento

farmacológico incluem, principalmente, a correção da hipóxia, da acidose metabólica, a melhoria da pressão de perfusão durante a compressão torácica, a estimulação da contração miocárdica espontânea ou mais vigorosa, a aceleração da frequência cardíaca e a supressão da atividade ectópica ventricular.

A farmacologia do suporte avançado constitui um desafio para todo profissional que atende emergências cardíacas, principalmente durante a RCP, exigindo o uso de medicações com ações complexas e indicações sobrepostas, sendo que os profissionais médicos precisam, ao prescrever uma medicação, tomar decisões em poucos segundos e a equipe de enfermagem deverá realizar a administração dessas medicações também em um intervalo de tempo bastante pequeno. Além da responsabilidade médica quanto à prescrição medicamentosa adequada, também podemos citar a responsabilidade que a equipe de enfermagem assume no preparo e na administração de medicamentos e no provimento de um acesso venoso eficaz.

A equipe responsável pelo suporte avançado deve ser treinada em obter acesso direto à circulação venosa, o mais precocemente possível. Um acesso endovenoso é essencial para administrar drogas e volume, assegurando sua captação e distribuição imediatas. Os responsáveis por esse procedimento, em grande parte realizado pela equipe de enfermagem, devem utilizar as precauções universais, para proteção do paciente/cliente e para sua própria proteção, contra as doenças infecto-contagiosas; devem utilizar barreiras protetoras e lavar as mãos, manuseando, cautelosamente, agulhas e instrumentos perfuro-cortantes. Algumas drogas podem ser administradas por via intramuscular ou subcutânea, sendo que a absorção das drogas e desses tecidos até o leito capilar depende do fluxo sangüíneo. Em estados de baixo débito cardíaco, como na vigência de PCR, o sangue é desviado da pele e dos músculos, o que impede a absorção e, conseqüentemente, a distribuição da droga; se a droga for

administrada por via endovenosa, o acesso à circulação estará garantido (AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001).

Os profissionais envolvidos no atendimento à PCR, independentemente de fazerem parte da equipe de reanimação, devem conhecer as regras gerais para a escolha do acesso venoso, as agulhas, as cânulas e catéteres disponíveis, os princípios gerais da terapia endovenosa e, especificamente, a anatomia, as indicações, os critérios de realização e as complicações de cada uma dessas técnicas.

A canulação de uma veia periférica é o procedimento de escolha durante a RCP devido à rapidez, facilidade e segurança com que deve ser realizada; durante uma emergência, deve ser canulada uma veia periférica de grande calibre e fácil acesso, como, por exemplo, a veia cefálica, femoral e/ou jugular externa. O treino necessário é mínimo e vários membros da equipe devem estar habilitados a realizá-la. A desvantagem do acesso venoso periférico é que os vasos podem colabar, nos estados de baixo débito, tornando a punção venosa difícil e demorada. Vale ressaltar, que no caso da utilização de acesso venoso periférico durante a PCR, deve-se manter o local de acesso elevado e administrar um ‘bolus’ de fluido intravenoso após cada medicação (AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001).

Apesar de o tubo endotraqueal poder ser utilizado na administração de emergência de certas medicações, o acesso endovenoso ou o acesso intra-ósseo são os preferidos para a oferta de drogas e são mandatórios para a infusão de fluidos, especialmente quando o comprometimento cardiopulmonar resulta de causas não-cardíacas, como trauma ou sepse (CACILLO; DAVIS; HOFFMAN, 1991; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006). Se no momento da PCR, já existir um acesso venoso central, este deverá ser utilizado para a administração de drogas e fluidos; caso contrário, pode-se tentar o acesso venoso central,

desde que o procedimento não interfira nas manobras de RCP, sendo realizado por um profissional extremamente capacitado e experiente.

Atualmente, é a equipe de enfermagem que assume frente quanto ao estabelecimento e manutenção do acesso venoso, cabendo à equipe médica, a responsabilidade da prescrição correta das medicações e fluidos que deverão ser administrados ao paciente/cliente em PCR. Neste estudo, o que pudemos observar, quanto às medicações, foi a dificuldade, em alguns casos, de estabelecimento de acesso venoso, pela equipe de enfermagem, aliado às condições do paciente/cliente, o que pode ser observado pelo relato de uma situação vivenciada pelo sujeito 15, juntamente à dificuldade da equipe médica de conhecer e se recordar das medicações a serem utilizadas. Vale ressaltar que a dificuldade na prescrição das medicações foi encontrada na equipe médica que não compunha a equipe de reanimação, o que pode ser observado na fala do sujeito 23:

“A dona L parou na passagem de plantão. Até estava meio previsto que ela apresentasse um evento desses, afinal de contas, ela era uma paciente que estava muito grave... A única coisa que não estava prevista era que ela havia perdido o acesso venoso há alguns momentos antes... Ela era péssima de veia e nós não conseguíamos puncionar um outro...” (sujeito 15, relato 21).

“Tudo corria muito bem... Notamos que a dona R estava em PCR, acionamos a equipe de residentes de medicina e também a equipe de reanimação. Enquanto fornecíamos oxigênio, a equipe de residentes de medicina tentava se recordar das medicações que deveriam ser utilizadas... Ainda bem que podemos contar com a equipe de parada, que em nenhum momento nos decepciona quanto a esse fator...” (sujeito 23, relato 33).

Um fato que cabe aqui lembrar é que, embora se pretendesse enfocar as vivências dos enfermeiros em unidades de internação e, em consequência, as possíveis ocorrências iatrogênicas durante atendimento à PCR, principalmente da equipe de enfermagem,

ressaltamos que isso não foi possível, dada à própria natureza dessa assistência, que implica numa atuação em equipe. Assim, a identificação de ocorrências iatrogênicas que envolveram outros profissionais foram analisadas considerando um contexto bastante amplo, cuja finalidade principal sempre esteve voltada à melhoria da qualidade do atendimento à PCR e não na identificação de desvios ou ocorrências iatrogênicas desse ou daquele profissional.

Identificamos, portanto, que o conhecimento técnico-científico acerca da sistematização do atendimento ao paciente em PCR, juntamente à prática adequada das manobras de RCP são importantíssimas no desenvolvimento desse atendimento.

Sob um enfoque sistêmico, o pleno êxito do atendimento a um paciente/cliente em PCR depende do conhecimento técnico-científico de todos os profissionais envolvidos, da necessidade de protocolos de atendimento, visando a organização e a sincronização das ações durante esse atendimento, da determinação dos papéis e funções de cada membro envolvido nesse processo e também, da disponibilidade de recursos financeiros, de materiais e equipamentos. É fundamental que o enfermeiro entenda a importância de suas ações no atendimento à PCR, procurando capacitar-se cientificamente, desenvolvendo suas habilidades, conhecendo novas metodologias de sistematização no atendimento à PCR e proporcionando treinamento e capacitação de recursos humanos para esse atendimento, além do provimento e funcionamento adequado de materiais e equipamentos durante o atendimento a uma emergência, como a PCR. Desta forma, os pacientes/clientes que estarão sob os seus cuidados, receberão assistência de boa qualidade.

O conhecimento técnico-científico não está apenas relacionado ao conhecimento das diretrizes, recomendações e manobras que deverão ser seguidas para o sucesso do atendimento à uma situação de PCR; dependem também do treinamento da equipe, do provimento e manutenção dos materiais e equipamentos adequados, aspecto esse citado por alguns autores quando fazem referência a ocorrências iatrogênicas de diferentes naturezas,

podendo também ser verdadeira quando se trata do atendimento à PCR (PIERIN et al., 1983; PINOTTI; DOMENE, 1991; GIRAUD et al., 1993; PADILHA, 1992, 1994; SILVA, 1998). A insuficiência ou a não existência de material ou equipamento não deve prorrogar ou interromper o atendimento à PCR, uma vez que o fator tempo é crucial para o restabelecimento da ventilação e circulação e determinante do sucesso no atendimento. O suprimento constante de materiais e equipamentos deve ser indispensável em qualquer setor hospitalar; os materiais e equipamentos devem estar disponíveis em quantidades suficientes a qualquer momento, contando com uma rotina de reposição e manutenção (PEMBECI et al., 2006).

Em se tratando de recursos materiais e equipamentos, enfatizamos a necessidade não só do suprimento adequado desses recursos, como também da manutenção periódica desses aparelhos, sendo que a insuficiência ou a falha em seu funcionamento poderá acarretar perda de tempo para a equipe e conseqüente dano ao paciente/cliente, principalmente, nas situações de PCR, podendo esse fato ser observado como comportamento positivo na fala do sujeito 22, retratando o provimento e a manutenção dos materiais e equipamentos e como comportamento negativo, na fala dos sujeitos 13 e 14, quando fazem referência à falta de materiais e equipamentos durante o atendimento à PCR:

“Como é bom poder trabalhar num local em que as coisas funcionam... É só bipar a equipe de parada, que em instantes podemos contar com a sua ajuda... Além disso, podemos contar com uma equipe que é treinada em todo tipo de emergência, principalmente a PCR... Sem contar nos materiais... É só pensar em alguma coisa que vamos precisar que parece cair do céu; parece que está tudo ali, em nossas mãos. Tudo é muito coordenado, desde o reconhecimento da parada, até o final do atendimento. Parece que tudo já tinha sido ensaiado... É muito bom trabalhar nesse lugar...” (sujeito 22, relato 32).

“Vou contar uma coisa, mas que faria questão de esquecer... Nunca vi nada tão triste... Num atendimento de uma paciente parada, não havia nada por aqui, nada mesmo. Nem o nosso carrinho de parada tinha o que a gente precisava.” (sujeito 13, relato 19).

“Aqui na nossa clínica, não nos falta nada. Nem gente treinada, nem material... Mas... num atendimento a um paciente especial, um paciente com várias, meu Deus, inúmeras lesões de pele, faltava uma coisa no nosso carrinho: luvas... Nem acreditei, faltavam luvas... Ainda bem que um funcionário foi rapidinho buscar as luvas...” (sujeito 14, relato 20).

Todas as unidades hospitalares devem estar providas de material e equipamento para o atendimento básico (SBV); deve-se manter um suprimento constante dos equipamentos e materiais indispensáveis, que devem estar disponíveis em quantidades suficientes, contando com uma rotina de reposição e manutenção desses materiais e equipamentos, considerando que as emergências acontecem de forma imprevisível e, às vezes, simultaneamente. É recomendável que todo material de consumo esteja discriminado e quantificado em uma espécie de lista de conferência, facilitando a sua checagem, evitando a colocação de material insuficiente ou excessivo, o que pode dificultar e retardar o atendimento.

Ainda em relação aos recursos materiais e equipamentos, Padilha (1992) refere que a segurança do paciente/cliente será proporcionada na medida em que se dispuser de quantidade suficiente e qualidade satisfatória de profissionais, processo de educação continuada sistematizado, suprimento adequado de recursos materiais e manutenção periódica dos mesmos, sendo que a insuficiência ou a falha em seu funcionamento poderá acarretar perda de tempo para a equipe e conseqüente dano ao paciente/cliente.

A rotina de reposição e manutenção de materiais e equipamentos também deve conter os itens a serem checados no início de cada plantão e após cada atendimento, tais como: verificar o perfeito funcionamento do ventilador mecânico, do desfibrilador, do aspirador, do laringoscópio, da bolsa-valva-máscara (ambu) e dos demais equipamentos, pois

a sua finalidade só será atingida se os recursos materiais estiverem em plenas e perfeitas condições de uso imediato (MULLER; BORBA, 1986; GOMES, 1994; GRANITOFF et al. 1994; SILVA, 1998).

Neste sentido, em pesquisa realizada pelo Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (1998), que vistoriou 49 UTIs do Estado de São Paulo, em 20% do total existente no Estado foi constatado que, embora as instituições públicas tivessem uma maior disponibilidade de recursos materiais e equipamentos, estas não procediam à sua manutenção preventiva, o que resultava em sucateamento precoce e impossibilidade do uso desses materiais. O estudo ainda mostrou que a manutenção preventiva dos equipamentos era presente em 57% das UTIs, prática, no entanto, predominante nos hospitais privados, sendo que nos hospitais públicos, a manutenção preventiva foi encontrada em apenas 43% dos serviços hospitalares visitados. Referente ao atendimento à PCR, constatou-se que um terço dos serviços não tinham o carrinho de atendimento de emergência completo; a proporção dos incompletos foi maior entre os hospitais públicos (43%) do que entre os privados (29%). Os resultados dessa pesquisa demonstram a precariedade do funcionamento de boa parte das UTIs e a fragilidade do atendimento ao paciente/cliente em situações emergenciais.

Essa realidade, analisada sob o ponto de vista sistêmico, não nos faz julgar esta ou aquela instituição de saúde, mas enfatiza a importância da adequação e funcionamento dos diferentes subsistemas, com suporte para um atendimento bem sucedido. Já em pesquisa realizada pelo mesmo órgão no ano de 2002, encontraram-se dados parecidos, ressaltando que 56,5% dos hospitais do Estado não possuíam equipamentos mínimos para o funcionamento de uma UTI (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003).

Para a equipe de enfermagem, não basta apenas conhecer e fornecer o provimento adequado dos materiais e equipamentos, mas fazer uma ponte entre o conhecimento teórico e o prático, construindo um modelo pelo qual o enfermeiro passa a apreender a partir do momento que entende a sua real função e a utilização de determinado conhecimento, material ou equipamento, conforme citado anteriormente (CLIFFORD, 1993; DALE, 1994; LANDERS, 2000), o que pode ser observado na fala do sujeito 17, quando este se remete ao fato do enfermeiro ser treinado e possuir conhecimento em desfibrilação, mas a instituição não prover esse tipo de equipamento:

“Aqui, tudo é muito sincronizado... Acho que isso define o atendimento aqui na nossa clínica. Tudo funciona... É uma pena que não temos um DEA aqui; se tivéssemos um, nem precisava da equipe de parada. Com certeza, a gente daria conta de atender a todos os casos de PCR...” (sujeito 17, relato 25).

No presente estudo, embora os problemas relacionados aos materiais e equipamentos estarem evidentes, o que podemos ressaltar é que o atraso no atendimento à PCR decorrente da ausência de materiais e do não-funcionamento dos mesmos tinha como subjacente o fator humano, que, freqüentemente, é de responsabilidade da equipe de enfermagem, uma vez que depende dessa equipe o abastecimento do carrinho de emergência, o provimento e a checagem de materiais e equipamentos.

O provimento de recursos materiais, juntamente à manutenção dos mesmos, devem fazer parte da rotina hospitalar da equipe de enfermagem, uma vez que a ação do enfermeiro durante a PCR ocorre desde o diagnóstico, estendendo-se na implementação das manobras de RCP, na organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados. O atendimento ao paciente/cliente em PCR deve estar voltado a um máximo de qualidade na assistência prestada visando, principalmente, a segurança do paciente/cliente.

O enfermeiro deve ser o facilitador do processo de atendimento à PCR, através do preparo e organização do ambiente e do provimento de recursos humanos e materiais a serem utilizados. É fundamental que o enfermeiro, juntamente à toda a equipe de enfermagem, entenda a importância de suas ações no atendimento à PCR, procurando capacitar-se cientificamente, desenvolvendo suas habilidades e conhecendo as novas metodologias de sistematização no atendimento à PCR. Desta forma, os pacientes/clientes que estarão sob os seus cuidados, receberão assistência com qualidade. A equipe de saúde, de um modo geral, deve estar atenta para sua responsabilidade de maneira global e não, simplesmente, centrar-se na execução de tarefas pré-determinadas.

O enfermeiro também deve conhecer seus aliados, como, por exemplo, o carro de emergência, que exerce um papel fundamental na PCR, sendo que o mesmo deve estar suprido e organizado com medicamentos, materiais e equipamentos para serem utilizados sempre que necessário, numa situação de emergência. A manutenção do carro de emergência deve dar-se de forma sistematizada, sendo de extrema importância que se encontre organizado e provido de materiais; sendo um dispositivo necessário e indispensável para subsidiar o atendimento à PCR (NÓBREGA, 2002). O não-provimento dos materiais ou a desorganização do carrinho de emergência leva a um atraso no atendimento ao paciente/cliente em PCR, influenciando no resultado final.

Além das características já citadas, o local onde fica armazenado o carrinho de emergência também deverá ser de fácil acesso, com identificações visíveis em todos os materiais que o compõem. Na fala do sujeito 29, podemos observar a presença de um comportamento negativo quanto ao acesso aos materiais e equipamentos contidos no carrinho de emergência:

“Num atendimento, a minha maior dificuldade foi romper o lacre do carrinho de parada... Nem sei como e nem por que colocaram tanta fita crepe daquele jeito!” (sujeito 29, relato 40).

O carrinho de emergência deverá ser checado a cada uso, sendo que os materiais, equipamentos e medicamentos que o compõem só deverão ser utilizados em caso de emergência, para evitar o uso indevido dos mesmos. Cada serviço deverá instituir a maneira mais conveniente para checar seus materiais e a forma mais fácil de indicar se o carrinho foi checado, sem que cause demora ou atraso no atendimento quando for utilizado, como pode ser observado nas falas dos sujeitos 16 e 22:

“Aqui, no nosso serviço, temos várias paradas... Às vezes, até duas ao mesmo tempo. E cada enfermeiro, ou mesmo o próprio auxiliar de enfermagem, sempre checa o carrinho de urgência, pra não faltar nada na hora que precisar. E sabe de uma coisa? Nunca via aqui faltar um único material nesse bendito carrinho!” (sujeito 16, relato 22).

“O nosso carrinho de urgência é de dar inveja... Tem tudo o que precisamos, tudo certinho, com nome e data de vencimento... Tudo certo e pronto para usar sempre!” (sujeito 22, relato 32).

Fica nítida a importância da equipe de enfermagem tanto no que se refere ao conhecimento técnico-científico das manobras de RCP quanto à imprescindível função de provimento, organização e manutenção dos materiais e equipamentos que devem estar acessíveis no momento de uma emergência, facilitando o atendimento e proporcionando maiores chances de recuperação ao paciente/cliente, minimizando a ocorrência de iatrogenias.

O atendimento ao paciente/cliente em PCR exige ação rápida e harmoniosa das várias pessoas envolvidas nesse evento (SAFAR, 1982; MULLER; BORBA, 1986. LOPEZ, 1989; VIEIRA, 1993). Relacionado a esse fato, vários autores, posicionam-se quanto à necessidade de um membro da equipe assumir o papel de líder durante o atendimento, sendo o

enfermeiro o profissional mais adequado à essa função (DAVIES; GOULD, 1999; LANDERS, 2000; PEARN, 2000; COOPER, 2001; MARSCH et al., 2004; PEMBECCI et al, 2006; JONES et al, s.d.). Os autores supra-citados enfatizam a necessidade de uma equipe bem treinada, não só nos aspectos relativos à participação isolada de cada um dos seus integrantes, mas da ação conjunta, a fim de que se possa atuar de forma efetiva, evitando a desorganização e a ineficiência do atendimento. Esse fato corrobora com a fala do sujeito 22, em que identifica a liderança assumida pelo enfermeiro e a delegação de tarefas aos demais profissionais, como comportamento positivo:

“Aqui nesse serviço, tudo funciona direitinho... Nós, enfermeiros, assumimos a função de líder durante o atendimento a um paciente em PCR... Somos responsáveis por tudo... Pelo material, pelo acionamento da equipe de parada e, principalmente, pelo início das manobras de RCP. Também somos os responsáveis pela delegação de tarefas, temos a oportunidade de escolher o auxiliar de enfermagem que ficará responsável por cada coisa, pela ventilação com o ambu, pelas compressões e pela administração das medicações.” (sujeito 22, relato 31).

O estudo de Kaye et al. (1985) reflete uma preocupação bastante clara, não tanto em delimitar a equipe, mas, principalmente, enfatiza a importância da abordagem em equipe, com uma predefinição na divisão das tarefas dos profissionais que compõem o atendimento ao paciente/cliente em PCR e, então, por consequência, a delimitação do número de componentes, recomendando quatro ou cinco componentes.

Outros autores referem-se, de forma mais genérica, ao aspecto qualitativo da composição da equipe, associando as manobras de RCP eficientes a um envolvimento integrado e bem conduzido de vários membros da equipe (HOYT et al., 1988) ou à presença de profissionais de saúde com diferentes papéis na reanimação, aprendendo a trabalhar em equipe durante o atendimento ao paciente em PCR (BILLI; MEMBRINO, 1993).

Outro fato a ser levado em consideração é a pressuposição de que todo e qualquer profissional de saúde que atua no setor hospitalar deve estar capacitado a participar de um atendimento de emergência, como o atendimento a um paciente/cliente em PCR. Nessas circunstâncias, a presença de um grande número de pessoas pode ser tão prejudicial à eficiência do atendimento, quanto a presença de poucos ou ninguém (SAFAR, 1982).

Kaye et al (1985) caracterizam esta forma de organização como caótica, em que uma multidão se aglomera em torno do leito do paciente/cliente, alguns desempenhando as tarefas necessárias, a maioria meramente observando e muitos até interferindo sem que, normalmente, exista uma percepção sobre a abordagem da equipe requerida para esse tipo de atendimento. Nesse sentido, o estudo de O'Donnell (1990) revelou como principal queixa entre médicos e enfermeiros, a presença excessiva de pessoas, além daquelas diretamente envolvidas na reanimação, além da confusão ocasionada, principalmente, pela falta de liderança no atendimento, o que leva os profissionais a não determinarem ou não cumprirem as suas funções pré-determinadas, o que pode ser claramente observado na fala do sujeito 11:

“Senhor!!! Nunca vi uma coisa tão confusa... Isso nem parecia um hospital... Cada médico dizia uma coisa... Era tanta gente, que ficava até difícil conseguir se aproximar do paciente para fazer uma medicação. Era um tumulto só...” (sujeito 11, relato 16).

Safar (1982) reitera essa afirmação dizendo que a falta de liderança em qualquer equipe é a causa mais comum de tentativas de reanimação inadequadas, inefetivas, ineficazes e incompetentes. O líder da equipe deve definir as responsabilidades dos profissionais que executarão ou auxiliarão nos procedimentos necessários à manutenção da vida.

A ausência de um líder, acarretando a falta ou ausência de distribuição das tarefas que compõem o atendimento, além de propiciar que estas sejam assumidas de forma totalmente aleatória, retrata a falta de previsão e de organização para o provimento das manobras de RCP.

O'Donnell (1990) destaca a preocupação sentida, principalmente, pelas enfermeiras, e também pela equipe médica, quanto à confusão existente entre a equipe de reanimação, devido à incerteza quanto ao papel ou função a ser assumido por cada um de seus componentes naquele momento; fato esse também retratado nos estudos de Curry e Gass (1987).

Parece claro, então, que a eficiência das manobras de RCP depende muito da integração perfeita entre todos os participantes da equipe. Assim, além de uma clara definição de atribuições de cada profissional envolvido no atendimento, essa equipe requer a presença de um líder que a coordene, conduzindo a todos de forma a assegurar a integração e a harmonia do trabalho do grupo (SAFAR, 1982; KAYE et al., 1985; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, 1987; O'DONNELL, 1990; LANE, 1993; KAYE; MANZINI, 1998).

A idéia, tanto da liderança quanto do líder, tem variado ao longo do tempo, como todo processo histórico, procurando responder às necessidades peculiares de cada época. Só para se ter uma idéia, na Antigüidade, Platão pensou o líder como um ser onisciente capaz de dar origem ao Estado ideal, de cujo caráter e direção esse líder seria o criador. Já, Maquiavel acreditava no líder como sendo um grande homem onipotente, cuja crença deu origem à sua concepção do príncipe. Thomas Carlyle também centralizou a questão da liderança na figura do líder. Ao contrário de Maquiavel, que defendia a malícia e a força como elementos geradores de poder, do qual a liderança seria dependente, Carlyle concebia o líder como um indivíduo possuidor de excepcional visão intuitiva da realidade, diante de quem todos deviam se curvar (JENNINGS, 1970).

Atualmente, essas concepções são consideradas ultrapassadas e a figura do líder não é mais o ponto central das discussões, dando lugar a inúmeras teorias que foram elaboradas na tentativa de se produzir estratégias capazes de melhorar o desempenho dos

sujeitos sociais na condução de outros sujeitos sociais, especialmente no interior das relações de trabalho. Estas teorias procuram diferenciar a liderança de outros temas centrais da administração, como a chefia e a gerência. Porém, acreditamos que, concretamente, para além dos ensaios teóricos, não parece existir diferença substancial entre estas expressões no contexto das relações concretas de trabalho, inclusive na enfermagem (ROZENDO; GOMES, 1998).

A presença de um líder torna o ambiente de trabalho mais harmonioso e seus profissionais, mais confiantes em seus conhecimentos e em suas destrezas. Ser líder significa dirigir as pessoas, dizendo-lhes o que fazer, quando, onde e como fazê-lo. Significa estabelecer-lhes objetivos e definir os seus papéis, o que poderá ser realizado juntamente ao comportamento de relacionamento, consistindo na medida com que um líder se empenha em comunicar-se bilateralmente com as pessoas, dando-lhes apoio e encorajamento psicológicos. Significa, portanto, ouvir ativamente as pessoas, designar tarefas e apoiar-lhes nos esforços (HERSEY; BLANCHARD, 2002).

Portanto, faz-se imprescindível a indicação de um líder que possa coordenar as atividades a serem realizadas durante o atendimento à PCR. Como forma de auxiliar na coordenação das atividades, a AHA vem utilizando algoritmos como uma ferramenta educacional, onde sumarizam as informações a serem divulgadas e preconizadas. Segundo a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002), os algoritmos não substituem o atendimento clínico, mas padronizam as ações a serem seguidas durante o atendimento à PCR, facilitando a tomada de decisão. Kaye e Manzini (1998) são enfáticas ao afirmarem que os profissionais que não seguem as diretrizes propostas pela AHA reforçam comportamentos incorretos nos eventos de PCR.

O enfermeiro passa a ser, prioritariamente, a peça fundamental no atendimento ao paciente em PCR, dando extrema importância aos seus conhecimentos teórico-práticos, a

provisão e manutenção dos equipamentos e materiais necessários ao adequado atendimento ao paciente em PCR, e, principalmente, quanto ao provimento do papel de líder, com principal função de designar adequadamente as tarefas para cada membro da equipe e coordenar o atendimento como um todo.

Quando nos remetemos ao atendimento em emergências, principalmente da ocorrência da PCR, pode-se evidenciar o quão importante é o conhecimento técnico-científico dos profissionais para o atendimento à PCR, conforme já comentado anteriormente. Essa variável tem sido citada como relevante no desencadeamento de ocorrências iatrogênicas de diferentes naturezas (PIERIN et al., 1983; PINOTTI; DOMENE, 1991; GIRAUD et al., 1993; PADILHA, 1992, 1994; SILVA, 1998).

A ênfase na capacitação dos vários profissionais para atuarem no atendimento à PCR deve se iniciar já na formação acadêmica, constando de um processo que exigirá treinamento e reciclagem contínuos, sobretudo para os profissionais que trabalham em setores em que a PCR não é um evento freqüente.

A atualização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades técnicas são recomendadas pela AHA e pela Fundação Interamericana do Coração (2002), bem como as simulações dos atendimentos em grupo, com a determinação de líderes que coordenem as ações; fato que pode ser observado na fala do sujeito 30:

“Assim que comecei a trabalhar aqui nesse hospital, fui apresentada a uma nova realidade: o cuidado ao paciente gravemente enfermo fora da UTI... Mas... tudo funciona direitinho; a chefia, desde o início, nos orienta quanto às rotinas e procedimentos adotados e também quanto à necessidade de treinamento formal, o que deveria ser exigido em todos os setores desse hospital. Você não acha?” (sujeito 30, relato 42).

Os estudos de Kaye e Manzini (1998) enfatizam claramente a existência de funções específicas na RCP, defendendo que o treinamento dos profissionais em forma de

rodízio nas diversas funções durante o atendimento assegura a integração harmoniosa que deve caracterizar o trabalho em equipe. Os mesmos autores detectaram falhas no desempenho, tanto da equipe médica, quanto da equipe de enfermagem, utilizando o protocolo do ACLS (AHA; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN, 2001) como base de seu estudo. Consideram que a ocorrência de erros pode refletir, não somente em problemas na disseminação de novas recomendações e mudanças de antigos hábitos, mas também, que os profissionais, ao não seguirem as diretrizes preconizadas pela AHA, reforçam atitudes incorretas nos eventos de atendimento ao paciente/cliente em PCR nos quais participam.

O treinamento de uma equipe multiprofissional para o atendimento à PCR deve ter como objetivo principal reduzir ao mínimo a duração do mesmo, com medidas que permitam a atuação rápida, eficiente e sistematizada das diversas etapas do atendimento.

Os enfermeiros e toda a equipe de enfermagem deverão estar familiarizados e capacitados para executar com precisão as manobras de RCP, reiterando a sua importância, tanto no provimento do suporte básico, quanto no auxílio ao suporte avançado.

Especificamente na enfermagem, treinamentos que recuperam atividades de competência própria, como a vigilância direta e contínua, os cuidados higiênicos, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, a determinação correta de alarmes de equipamentos e os cuidados na administração de medicamentos são mais do que importantes: são indispensáveis (PAGE; MEERABEAU, 1996; DAVIES; GOULD, 1999; BULLOCK, 2000; LANDERS, 2000; PEMBECEI et al., 2006; JONES et al., s.d.).

Conforme citado anteriormente, a experiência acumulada é classificada como crucial para o sucesso do atendimento aos pacientes/clientes vítimas de emergências cardiológicas, como a PCR. O excesso de confiança com que alguns profissionais julgam seus conhecimentos técnico-científicos e suas habilidades técnicas pode resultar, a longo prazo, num desempenho eficaz, sem os profissionais ao menos perceberem a necessidade de re-

capacitação para aumentar o seu conhecimento e melhorar o seu desempenho (MARTEAU et al., 1990). Esses mesmos autores são categóricos ao afirmarem que a experiência não é substituta do treinamento e, com respeito às habilidades nas manobras de reanimação, consideram universal o fenômeno da experiência aumentando a confiança, mas, não necessariamente, a competência.

O estudo de Yakel (1989), sobre a retenção de habilidades nas manobras de RCP entre a equipe de enfermagem, revelou como erro mais comum o não seguimento de uma seqüência recomendada para as manobras de RCP, chamando a atenção, entre outros, para a necessidade de maior ênfase durante as atividades de treinamento, quanto à importância e a prioridade da manutenção da via aérea aberta.

Além disso, reiteramos que deve ser dada atenção especial à prioridade de recursos materiais e equipamentos e a oportunidade de um momento em que possam ser discutidos aspectos importantes relacionados ao treinamento em serviço, assim como uma avaliação do atendimento que vem sendo prestado aos pacientes/clientes hospitalizados; fato presente na fala do sujeito 30:

“Nós enfermeiros, temos a oportunidade de coordenar um atendimento à PCR. E isso nos faz pensar mais sobre os nossos conhecimentos e habilidades... Mas... Ainda gostaria de uma coisa, um espaço em que a equipe pudesse discutir sobre o tipo de atendimento que vem sendo prestado ao paciente e as dúvidas quanto às rotinas hospitalares, visando a melhoria do atendimento.” (sujeito 30, relato 42).

Essa avaliação serviria, entre outros, para propiciar um ‘feedback’ aos elementos da equipe, identificando os aspectos positivos e negativos do trabalho desenvolvido em conjunto e apontar problemas que possam ser solucionados através de treinamento contínuo, assim como propiciar uma oportunidade de expressar sentimentos de ansiedade, raiva,

impotência, culpa e tensões de um modo geral, sentimentos estes tão característicos nesse tipo de situação vivenciada pela equipe.

As recomendações da AHA e da Fundação Interamericana do Coração (2002), sugerem que esse encontro deveria ocorrer o mais breve possível após o evento, reunindo todos os membros da equipe. Uma revisão dos acontecimentos durante o atendimento deve ser feita, incluindo a condução do protocolo, as características particulares de cada paciente/cliente, o esquema de decisões adotado, a análise do que foi feito errado e, especialmente, do que foi realizado corretamente.

Sem dúvida, essas recomendações representam recursos de extrema importância para serem considerados num projeto de implantação de treinamento continuado em RCP.

A partir do momento em que lidamos com vida, necessitamos de treinamento adequado e formal para todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, independente do setor hospitalar em que exercem as suas funções, corroborando com a fala do sujeito 28:

“Aqui, ninguém sabe nada, eu acho... É um despreparo enorme... A gente até faz cursos, mas aqui nunca tem um paciente tão grave assim. Isso dificulta o nosso conhecimento...” (sujeito 28, relato 38).

O treinamento é recomendado com o intuito de garantir o rápido diagnóstico da PCR e o início imediato das manobras de RCP adequadamente. Segundo Lane (1993), é de responsabilidade das autoridades dos hospitais, em ação conjunta com os seus Comitês de Reanimação, treinar adequadamente os profissionais de saúde no atendimento ao paciente/cliente em PCR e não imaginar que eles já estejam capacitados para tal.

Com o propósito de ampliar a divulgação das manobras de RCP corretas, a AHA tem se responsabilizado pela coordenação e implementação, em diversos países, inclusive no HCFMRP-USP, dos cursos ACLS, BLS e PALS.

O reconhecimento da necessidade de treinamento, que deveria ser obrigatório, para todos os profissionais de saúde, com a finalidade de assegurar a competência no desempenho das manobras de RCP têm sido amplamente demonstrados através de inúmeros estudos (LOWENSTEIN et al., 1981; SERAJ; NAGUIB, 1990; BILLI; MEMBRINO, 1993; GIRAUD et al., 1993; KAYE; MANZINI, 1998; AHA, FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO, 2002; AHA, 2005).

Autores como Curry e Gass (1987) evidenciaram que as equipes médicas e de enfermagem que participavam regularmente, no mínimo uma vez por mês, do evento PCR não retinham seu conhecimento ou habilidade em nenhum grau superior àqueles que participavam com menor frequência, mas que tiveram um treinamento formal adequado.

Embora a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002) recomendem uma frequência de re-treinamento a cada dois anos, muitos trabalhos destacam a preocupação em determinar o intervalo de tempo no qual as habilidades, tanto cognitivas, como práticas, começam a se deteriorarem, exigindo o estabelecimento de uma periodicidade menor entre um treinamento e outro, preocupação esta também demonstrada durante a reformulação das novas diretrizes de atendimento à PCR, no ano de 2005 (SAFAR, 1982; CURRY; GASS, 1987; YAKEL, 1989; O'DONNELL, 1990; BILLI; MEMBRINO, 1993; GIRAUD et al., 1993; KAYE; MANZINI, 1998; CITIZEN CPR FOUNDATION; AHA, 2006).

Retratando as conseqüências encontradas nessa investigação, observamos que quando estas fazem referência ao paciente/cliente, estão intrinsecamente relacionadas não somente aos comportamentos durante as manobras de RCP, mas, também, às situações secundárias identificadas e à própria ocorrência da PCR. Portanto, quanto maior a gravidade do paciente, maior o tempo de internação, mais suscetível ele estará a conseqüências negativas, decorrentes tanto do seu quadro clínico, quanto dos comportamentos decorrentes de situações adversas, como, por exemplo, a falta de conhecimento da equipe quanto a alguns

procedimentos, como, nesse caso, as manobras de RCP, acarretando, em casos mais graves, o óbito do paciente/cliente.

Podemos observar na fala do sujeito 2, consequências negativas imediatas para o paciente/cliente, relacionadas à situação de PCR e às situações secundárias, como a gravidade de seu estado clínico:

“Não aprendi a atender uma PCR na faculdade; aprendi aqui, no hospital. O paciente já estava intubado, em ventilação mecânica. Faltava mais ou menos uns 15 minutos para passar o plantão; detectamos que o paciente estava parado, não reagia a estímulos, não estava respirando e nem tinha pulso. A partir disso, chamaram a equipe de residentes e a equipe de parada, enquanto começamos a atender aquele paciente; fizemosambu com oxigênio e começamos as massagens cardíacas; era tudo muito sincronizado. O paciente já tinha um acesso venoso, cada um fazia uma coisa. Enquanto um ambuzava, outro fazia a massagem e ainda, uma outra pessoa, fazia as medicações... Apesar de tudo ser muito perfeito, o paciente evoluiu para o óbito.” (sujeito 2, relato 3).

Na fala do sujeito 8, podemos observar a ocorrência de consequência imediata negativa para o paciente/cliente, decorrente dos comportamentos manifestados pelos profissionais de saúde que estavam realizando as manobras de RCP:

“O médico fazia tanta força, e mudava tanto a mão de lugar, que hora parecia fazer a massagem no estômago ou, então, estar quebrando uma costela. Mas, a paciente sobreviveu, com duas lesões de arcos costais...” (sujeito 8, relato 12).

Tratando-se de consequências positivas, podemos citar o relato do sujeito 26, quando retrata a recuperação do paciente/cliente após as manobras de RCP:

“Nossa!!! Você fez com que eu me lembrasse de uma situação inesquecível... A dona R estava internada aqui na nossa clínicas há mais ou menos uns dois meses... quando estávamos preparando a alta hospitalar, ela teve um mal súbito, com uma parada cardíaca.

Chamamos a equipe de parada e começamos a reanimá-la... Ela era nova, tinha uns 30 anos, mas foi preciso fazer de tudo, intubar, desfibrilar... Tudo o que se possa imaginar... E precisou até ser transferida para o CTI. Passaram-se alguns tempos, coisa de uma semana, e quem estava de volta na nossa clínica? A dona R, para iniciarmos novamente o preparo de sua alta hospitalar...” (sujeito 26, relato 37).

Ao retratar as conseqüências para a equipe de enfermagem, nos deparamos com dois mundos bastante distintos. O mundo da glória, por salvar vidas e o mundo da decepção, por não conseguir cumprir a sua missão.

Encontramos, na literatura, a descrição de diversas formas de cuidar do outro, sendo duas extremamente relevantes: uma seria tomar conta do outro, fazendo pelo outro o que este não consegue fazer. A outra forma é fazer com que o paciente/cliente volte-se para si mesmo, estimulando o auto-cuidado (SADALA, 1996). E como viver isso na PCR?

Viver a glória faz parte de sensações maravilhosas, principalmente quando está relacionada com a sobrevivência de um paciente/cliente em PCR; mas viver a perda, também faz parte da profissão. Com o tempo, descobrimos que essa profissão é uma história de amor e ódio... Uma luta eternamente travada do bem com o mal, onde cada dia se encerra uma batalha... Mas somos perseverantes e pequenos-grandes guerreiros que têm em mãos toda uma vivacidade, uma pureza sem fim, uma vontade apaixonada de ser enfermeiro, na essência em que esta palavra inspira. Um relato que chamou bastante atenção e que já foi citado anteriormente, é o 37, do sujeito 26:

“Nossa!!! Você fez com que eu me lembrasse de uma situação inesquecível... A dona R estava internada aqui na nossa clínica há mais ou menos uns dois meses... quando estávamos preparando a alta hospitalar, ela teve um mal súbito, com uma parada cardíaca. Chamamos a equipe de parada e começamos a reanimá-la... Ela era nova, tinha uns 30 anos, mas foi preciso fazer de tudo, intubar, desfibrilar... Tudo o que se possa imaginar... E

precisou até ser transferida para o CTI. Passaram-se alguns tempos, coisa de uma semana, e quem estava de volta na nossa clínica? A dona R, para iniciarmos novamente o preparo de sua alta hospitalar... Fiquei muito feliz... Em poucos dias, ela já estava indo pra sua casa, acompanhada de toda a sua família... Esse fato deve ter acontecido há uns 4 anos atrás. Ainda ontem, enquanto me preparava para passar o plantão, me deparei com uma pessoa de fisionomia bastante conhecida no corredor... É claro que você já faz idéia de quem era, né? A dona R... E o melhor de tudo, ela carregava delicadamente em seus braços, em uma mantinha cor-de-rosa, o seu filho, com quatro meses de idade... Me emocionei agora, só de lembrar...” (sujeito 26, relato 37).

A morte, independente da gravidade do paciente/cliente é um acontecimento indesejável, oculto e sofrível. Devido a esse fator, sentimentos como raiva, repulsa, fracasso e decepção são extremamente comuns; o importante é saber controlá-los. Para os profissionais de saúde, a morte nunca é um fenômeno natural, pelo fato de não conseguirmos explicá-la; mas, coloca continuamente, para todos nós, o mistério da vida, o real sentido de existir (CONSORTE, 1983). O relato 3, do sujeito 2, citado anteriormente, retrata esse tipo de sentimento:

“Não aprendi a atender uma PCR na faculdade; aprendi aqui, no hospital. O paciente já estava intubado, em ventilação mecânica. Faltava mais ou menos uns 15 minutos para passar o plantão; detectamos que o paciente estava parado, não reagia a estímulos, não estava respirando e nem tinha pulso. A partir disso, chamaram a equipe de residentes e a equipe de parada, enquanto começamos a atender aquele paciente; fizemos ambu com oxigênio e começamos as massagens cardíacas; era tudo muito sincronizado. O paciente já tinha um acesso venoso, cada um fazia uma coisa. Enquanto um ambuzava, outro fazia a massagem e ainda, uma outra pessoa, fazia as medicações... Apesar de tudo ser muito perfeito, o paciente evoluiu para o óbito. Aquela cena se repetia por várias vezes na minha

cabeça, não sei se porque era tudo muito sincronizado, ou porque me trazia uma sensação de impotência, de fracasso... Até do curso que eu tinha feito eu me lembrava, de cada instrutor ensinando cada passo, cada coisa ao seu tempo...” (sujeito 2, relato3).

Atualmente, no HCFMRP-USP, têm sido investidos recursos no treinamento formal, principalmente de enfermeiros, com o curso BLS, além da re-certificação de alunos que já realizaram o curso há dois anos. Com as mudanças nas diretrizes de atendimento à PCR no final do ano de 2005, torna-se imprescindível a re-capacitação e re-habilitação dos profissionais anteriormente treinados e o treinamento de novos profissionais. Além de atingir o objetivo principal dessa investigação, deixamos registrado a necessidade de capacitação formal da equipe médica e de enfermagem, visando um atendimento com melhor qualidade às emergências cardiológicas, principalmente à PCR.

Em síntese, pudemos constatar que o atendimento à PCR ainda apresenta lacunas quanto ao conhecimento técnico-científico dos profissionais, principalmente relacionado ao aspecto prático, ao provimento e manutenção de materiais e equipamentos e, principalmente, que a equipe de profissionais necessita de treinamento contínuo em RCP, uma vez que esse conhecimento somente é adquirido a partir do momento em que se coloca na prática o aprendizado teórico.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como proposta inicial o estabelecimento de exigências críticas no atendimento à PCR em unidades de internação do HCFMRP-USP, através da vivência de enfermeiros no atendimento a esse evento. Durante a investigação, pudemos descrever essa vivência, identificar os incidentes críticos positivos e negativos durante as manobras de RCP, juntamente às facilidades e dificuldades vividas por esses profissionais e por toda a equipe de enfermagem, além da identificação das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento ao paciente/cliente em PCR.

Ressaltamos, nesse estudo, os comportamentos positivos e negativos relacionados ao atendimento à PCR, iniciando por uma ordem lógica, que percorrem todo o conhecimento técnico-científico e prático dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde, o provimento de material e equipamento adequado e suficiente, o estabelecimento de liderança, tendo o enfermeiro como o profissional indicado para assumir esse papel e chegando ao treinamento e capacitação, que abrange desde o conhecimento apreendido nos cursos de graduação e se estende pelos cursos formais e, principalmente, no treinamento continuado nos serviços de saúde.

Através dos resultados, pudemos verificar a importância não somente do comportamento da equipe multidisciplinar frente à PCR, mas também a seriedade com que devem ser encaradas as situações, que nesse estudo, chamamos de situações secundárias. É claro que não podemos nos esquecer dos nossos resultados positivos, citados pelos próprios enfermeiros, considerando algumas das unidades de internação como unidades-padrão.

Várias situações interferem nos nossos comportamentos frente à situação de PCR, sendo que as situações presentes retratam, em suma, as condições clínicas dos pacientes/clientes internados no HCFMRP-USP, lidando, na maioria das vezes com pacientes muito graves, intubados, em ventilação mecânica, num local nem sempre apropriado, como, por exemplo, numa enfermaria, com mais três pacientes/clientes hospitalizados, além dos seus

acompanhantes e familiares; o conhecimento ou, até mesmo, a falta deste quanto às técnicas inerentes à cada profissão, como, a punção venosa para a equipe de enfermagem e o procedimento de intubação endotraqueal, para a equipe médica; o conhecimento ou a falta deste quanto aos aspectos que envolvem o atendimento ao paciente/cliente em PCR, e como foi difícil pra mim, enquanto enfermeira, pesquisadora e instrutora do BLS encontrar isso nesse hospital, no local em que temos condições de aprender a cada dia, com cada profissional, com cada paciente/cliente e, talvez isso, nos faça repensar sobre o modo com que treinamos, capacitamos e esquecemos de fornecer, em alguns casos, o treinamento continuado a esses profissionais. Além destas, outras situações fazem parte da nossa realidade, retratada neste estudo, como o reconhecimento do local de trabalho, pelo profissional de enfermagem, a partir do momento que ele conhece (ou não) a clínica onde exerce as suas funções, os materiais que existem lá, os pacientes/clientes que estão hospitalizados neste local; além de ressaltar a importância do conhecimento acerca da utilização de alguns materiais e equipamentos; além das situações adversas que foram citadas, como a ocorrência de duas paradas cardíacas ao mesmo tempo, e a disponibilidade de uma única equipe de reanimação.

Aos poucos, fomos redescobrimos algumas coisas. Pacientes com doenças graves, como a parada cardíaca, o IAM e o AVC necessitam de uma equipe multidisciplinar, bem coordenada, para um ótimo e eficaz tratamento. Estas equipes têm raízes em seus próprios pacientes e familiares: aprendendo as manobras de RCP, entendendo como ativar o Serviço Médico de Emergência Local, reconhecendo os sinais de alerta para o IAM e o AVC.

Decorrentes das situações citadas, encontramos os comportamentos dos profissionais que realizam o atendimento ao paciente/cliente em PCR, retratando comportamentos positivos como a implantação da sistematização do atendimento à PCR, segundo as diretrizes mundialmente reconhecidas; o provimento e manutenção dos materiais e equipamentos e o estabelecimento das funções de cada profissional durante o atendimento ao

paciente/cliente em PCR, e a liderança conquistada pelo enfermeiro, decorrente do seu conhecimento técnico-científico, do provimento de materiais e equipamentos, do treinamento e capacitação da equipe de enfermagem, do conhecimento de cada um dos pacientes/clientes sob os seus cuidados e da organização da equipe e do ambiente de trabalho, não desmerecendo o apoio dedicado aos familiares.

Retratar a realidade do HCFMRP-USP não foi somente identificar comportamentos positivos, mas também identificar os negativos, como a ausência da sistematização durante o atendimento ao paciente/cliente em PCR, advindo, principalmente, da falta de conhecimento dos profissionais relacionado ao tema PCR/RCP; o reconhecimento e a convivência com algumas dificuldades técnicas dos profissionais; a criação de um ambiente tumultuado, estressante, desesperador e de pânico em que todos se desconcentram de suas atividades pré-determinadas, principalmente quando nos remetemos ao fato de estarmos lidando com vidas; e a falta de delegação de tarefas, criando um ambiente desesperador.

Retratando as conseqüências imediatas para os pacientes/clientes vítimas de uma emergência cardiológica como a PCR, lidamos, na verdade, com os extremos: a vida e a morte, e morte pra nós, profissionais de saúde foge à nossa real função; viver a morte, a perda significa não poder salvar estas vidas!

Redescobrimos, através da vivência desses profissionais, a oportunidade que nós, enfermeiros, temos de salvar vidas e que isso depende de nós mesmos, contando com um macro-sistema para o ensino, o treinamento e a capacitação de profissionais no atendimento à PCR.

O atendimento em PCR é apaixonante... E, ainda hoje, algumas pessoas não compreenderam o sentido real de sentir que um evento tão grave, súbito e inesperado como a parada cardíaca pode trazer paixão a um profissional de saúde. O cuidado de enfermagem ao

paciente/cliente em PCR engloba muito mais do que uma coleção de habilidades cognitivas e psicomotoras, representando uma forma de pensar... Pensar numa abordagem sistemática de atendimento a pessoas e famílias sofrendo, em risco de morte ou de perda de um ente querido.

E lidar com a morte nos faz pensar em melhorar. Em repensar o modo de agir, em diminuir as perdas, em salvar vidas!

O atendimento à PCR é justamente isso: salvar vidas, por mais que saibamos que nem todas elas poderão ser salvas. Por mais que os profissionais de saúde sejam treinados e re-treinados no atendimento de emergência, ainda existe uma lacuna, da qual fazem parte as pessoas da rua, dos supermercados, dos campos de futebol, da nossa casa. Pensar em parada cardíaca significa não somente pensar em treinamento e capacitação de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos), mas significa pensar em auxílio às vítimas que apresentam uma PCR no ambiente extra-hospitalar.

E para iniciar mais uma etapa, subsequente a esse trabalho, levando-se em consideração os comportamentos positivos e negativos resgatados através da valiosa contribuição dos enfermeiros que participaram desse estudo, deixamos marcado aqui a posição da AHA (1992) quando declara que:

“Uma boa equipe de reanimação é comparada à uma excelente orquestra sinfônica. O líder da equipe é identificado por vastas habilidades de organização e desempenho; os membros da equipe são identificados por habilidades de desempenho específicas. Como numa orquestra, todos executam a mesma peça, refinados pela prática e experiência, com atenção tanto aos detalhes como ao resultado. Não há desculpa para uma cena de atendimento desorganizado e frenético.” (AHA, 1992).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa investigação vem de encontro às minhas diversas questões referentes ao atendimento atualmente realizado ao paciente/cliente nas unidades de internação do HCFMRP-USP, criando, internamente, um processo de avaliação quanto à minha profissão, buscando redescobrir a enfermagem como um todo.

A cada texto encontrado na revisão de literatura, a cada leitura, a cada entrevista com os enfermeiros fez emergir não somente a busca dos objetivos propostos por essa investigação, mas também, o nascimento de outras... Com o tempo, fui descobrindo que, com o estabelecimento das exigências críticas no atendimento ao paciente/cliente em PCR nesse local, juntamente à instituição de um modelo de condutas por parte do enfermeiro no atendimento à PCR poderia facilitar o atendimento e, sem dúvida, melhorar a qualidade deste.

Pude repensar, durante esta caminhada, nos possíveis benefícios que o estabelecimento dessas exigências pode proporcionar, tanto para o paciente/cliente quanto para a própria equipe de enfermagem.

E eu que achava que o Mestrado iria se encerrar aqui... Nada disso!!! A partir dos resultados encontrados nessa investigação, a intenção é buscar, cada vez mais, o aprendizado relacionado à sistematização do atendimento à PCR, não esquecendo da importância das habilidades técnicas durante as manobras de RCP. E a cada dia, repensar em estratégias para a capacitação e treinamento continuado dos profissionais de saúde, o que poderá melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente em PCR, garantindo, cada vez mais, a sua segurança.

A cada dia, a enfermagem e o conhecimento acerca da PCR e das manobras de RCP vão tomando conta da minha vida, fazendo parte das minhas paixões...

Ser enfermeiro é ter ao lado a ciência que proporciona conhecimentos necessários e suficientes para atender ao paciente/cliente de forma eficiente, na busca pela prevenção e tratamento das doenças.

Para ser enfermeiro também é preciso ter a arte correndo nas veias...

Pois haja imaginação para poder entender o que se passa na mente da pessoa doente... Precisa ter capacidade de perceber suas necessidades, seu sofrimento e, acima de tudo, sentir o desejo de servir, com atendimento humanizado, suavizando-lhe tristezas, sentimentos negativos, suprimindo sua dor, ajudando e acolhendo, muitas vezes se envolvendo, tentando não confundir o mundo do paciente/cliente com seu mundo interior.

Ser enfermeiro é passar a maior parte do seu tempo ao lado dos pacientes...

É ser agente de mudanças, educando e orientando...

Enfim, ser enfermeiro, é ser “gente que cuida de gente”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, V.M. Responsabilidade médica. **Ars. Curandi**, v.24, n.3, p.100-104, 1991.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. **JAMA**, v.68, n.16, p.2172-2298, 1992.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart and Stroke Facts: 2000 Statistical Update**. Dallas, Texas, 1999.

AMERICAN HEART ASSOCIATION; FUNDAÇÃO INTERAMERICANA DO CORAÇÃO. **Suporte Básico de Vida para provedores de saúde**. Rio de Janeiro, Brasil, 2002.

AMERICAN HEART ASSOCIATION; FUNDACIÓN INTERAMERICANA DEL CORAZÓN. **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**. Dallas, 2001.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science. **Circulation**, v.112, p.IV-1-IV-211, 2005.

ANANTHARAMAN, V.; CHEE, Y.C.; KOO, C.C.; QUEK, S.S.S.; TEEY, B.H.; YUEN, Y. et al. Cardiac Life Support Training: The Ministry of Health's Experience. **Ann. Acad. Med.**, v.21, p.51-56, 1992.

ANDRADE, M.M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999. p.127-134.

ANDRADE, L.; CAETANO, J.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Rev. Rede Enfermagem Nordeste (RENE)**, v.1, n.1, p.91-97, 2000.

ARAÚJO, S. Ressuscitação cardiopulmonar cerebral. In: RATON, J.L.A. **Medicina intensiva**. São Paulo: Atheneu, 1999. cap.2, p.2-16.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M. Ressuscitação cardiorrespiratória. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.9, p.221-242.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M.; CARIELI, M.C.M. Ressuscitação cardiorrespiratória – Parte II (artigo de revisão). **Rev. Bras. Clin. Terap.**, v.27, n.3, p.125-135, 2001.

ASSUNÇÃO, R.C. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em um hospital escola do Paraná.** 2005. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ATKINS, J.M. Emergency medical service systems in acute cardiac care: state of the art. **Circulation**, v.74, n.6, p.4-8, 1986.

AZEVEDO, A.C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.24, n.3, p.105-110, 1991.

AZEVEDO, A.C. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. **Rev. Paul. Hosp.**, v.40, n.4, p.53-59, 1992.

BARBISAN, J.N. et al. Reanimação cardiorrespiratoria. **Rev. AMRIGS**, v.32, n.2, p.122-126, 1988.

BARHAM, V.Z. Identifying effective behavior of the nursing instructor through critical incidents. **Nurs. Research**, v.14, n.111, p.65-69, 1965.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 7.ed. São Paulo, 1977.

BASKETT, P.J.F.; NOLAN, J.P.; HANDLEY, A.; SOAR, J.; BIARENT, D.; RICHMOND, S. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005 – Section 9. Principles of training in resuscitation. **Resuscitation**, v.67S1, p.S181-S189, 2005.

BECK, C.; LEIGHNINGER, D. Reversal of death in good hearts. **J. Cardiovasc. Surg.**, v.3, p.357-375, 1962.

BECKMANN, U. et al. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. The development and evaluation of an incident reporting system in intensive care. **Anaesthesia and Intensive Care**, v.24, n.3, p.314-319, 1996a.

BECKMANN, U. et al. The Australian incident monitoring study in intensive care: AIMS-ICU. An analysis of the first year of reporting. **Anaesthesia and Intensive Care**, v.24, n.3, p.320-329, 1996b.

BELLAN, M.C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 220f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

BERSEN, H.J.J.M. et. al. A scoring system for basic cardiac life support skills in training situations. **Resuscitation**, v.23, p.21-31, 1992.

BILLI, J.E.; MEMBRINO, G.E. Education in adult dvanced cardiac life support training programs: changing the paradigm. **Ann. Emerg. Med.**, v.22, n.2, p.475-483, 1993.

BOAVENTURA, A.P. **Registro do atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: validade e aplicabilidade de um instrumento**. 2004. 105f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BORN, D.; RIBEIRO, E.P.; LOPES, R.S.; GONÇALVES, J.R. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R. **Atualização terapêutica**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap.2, p.128-135.

BULLOCK, I. Skill acquisition in resuscitation. **Resuscitation**, v.45, p.139-143, 2000.

CACILLO, J.A.; DAVIS, A.L.; HOFFMAN, M.A. Role of early fluid resuscitation in pediatric septic shock. **JAMA**, v.266, p.1242-1245, 1991.

CALLE, P.A. et al. Do victims of an out-of-hospital cardiac arrest benefit from a training program for emergency medical dispatchers? **Resuscitation**, v.35, p.213-218, 1997.

CAPONE, P. G. L.; CAPONE NETO, A. O papel da enfermagem na reanimação. In: LANE, J. C.; ABARRAN-SOTELLO, R. **Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral**. São Paulo: Medsi, 1993. cap.17, p.361-368.

CAPOVILLA, B.C. **Ressuscitação cárdio-respiratória: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas**. 2002. 221f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CARE, W.D. Identifying the learning needs of nurse managers: application of the critical incident technique. **J. Nurs. Staff. Dev.**, v.12, n.1, p.27-30, 1996.

CASSIANI, S.H. de B. **A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem: estratégias, validade e confiabilidade.** 1987, 156f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CERDÀ VILA, M. Generalidades. In: RUANO, M. et al. **Manual de suporte vital avançado:** Comité Español de RCP. Barcelona: Masson, 1996. cap. 1, p.1-11.

CÉSAR, L.A.M.; MORETTI, M.A. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no pronto-socorro. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.7, n.1, p.170-174, 1997.

CHEEK, J. Nurses and the medication administration. **Clinical Nursing Research**, v.6, n.3, p.253-274, 1997.

CHELLEL, A. The role of nurse in resuscitation attempts in hospitals. **Resuscitation: a guide for nurses.** London: Churchill. Livingstone, 2000. cap.4, p.33-48.

CHIANCA, T.C.M. **Uma visão sistêmica do transporte do paciente cirúrgico.** 1992. 126f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

CHIANCA, T.C.M. **Análise sincrônica e diacrônica de falhas na assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato.** 1997. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

CHIN, D.; MORPHET, J.; COADY, E.; DAVIDSON, C. Assessment of cardiopulmonary resuscitation in the membership examination of the Royal College of Physicians. **Journal of the Royal College of Physicians of London**, v.31, n.2, p.198-201, 1997.

CITIZEN CPR FOUNDATION; AMERICAN HEART ASSOCIATION. Currents in Emergency Cardiovascular Care. **Currents**, v.16, n.4, p.1-27, 2006.

CLAPIS, M.J.; MAMEDE, M.V. Vivência de mulheres submetidas à cesariomoldagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.4, n.2, p.131-146, jul. 1996.

CLIFFORD, C. The clinical role of the nurse teacher in the United Kingdom. **Journal of Advanced Nursing**, v.18, p.281-289, 1993.

COADY, E.M. A strategy for nurse defibrillation in general wards. **Resuscitation**, v.42, p.183-186, 1999.

COBB, L.A.; FAHRENBRUCH, C.E.; WALSH, T.R.; COPASS, M.K. OLSIFKA, M.; BRESKIN, M.; HALLSTROM, A.P. Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. **JAMA**, v.281, p.1182-1188, 1999.

COELHO, O.R. et al. Ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.7, p.1-7, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, COREN. Decreto-Lei 94406 de 8 de junho de 1987. **Documentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo, p.43, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo revela a insuficiência e precariedade que comprometem a qualidade do trabalho. **Jornal do CREMESP**, ano XVII, v.27, n.128, p.8-9, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Pesquisa inédita realizada pelo CREMESP mostra caos na rede hospitalar paulista. **Jornal do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, 22 de junho de 2003. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Noticias&id=4833>>. Acesso em: 03/04/2006.

CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.6, p.1-180, 1996.

CONSORTE, J. **A morte na prática médica**. In: MARTINS, J.S. A morte e os mortos na sociedade brasileira. São Paulo: Hucitec, 1983.

COOPER, S. Developing leaders for advanced life support: evaluation of a training programme. **Resuscitation**, v.49, p.33-38, 2001.

COPE, A.R. et al. Survival from cardiac arrest in the accident and emergency department. **J. R. Soc. Med.**, v.80, p.746-749, 1987.

CRUZ, D.A.L.M.; SOUZA, R.M.C.; PADILHA, K.G. Reanimação cardiorrespiratória: conceitos e condutas no atendimento do adulto. **Revista Paulista de Enfermagem**, v.11, n.3, p.103-110, 1992.

CUMMINS, R.O. et al. Survival benefit of pre-hospital cardiopulmonary resuscitation for cardiac arrest. **Crit. Care Med.**, v.13, p.944-945, 1985.

CUMMINS, R.O.; EISENBERG, M.S.; STULTS, K.R. Automatic external defibrillators: clinical issues for cardiology. **Circulation**, v.73, p.381-385, 1986.

CUMMINS, R.O.; SANDERS, A.; MANCINI, E.; HAZINSKY, M.F. In Hospital Resuscitation – A Statement for healthcare professionals from the American Heart Association Emergency Cardiac care Comittee and the Advanced Cardiac Life Support, Basic Life Support, Pediatric resuscitation and Program Administration Subcomittes. **Circulation**, v.95, p.2211-2212, 1997.

CURKA, P.A.A. et al. Emergency medical services priority dispatch. **Ann. Emerg. Med.**, v.22, p.1688-1695, 1993.

CURRY, L.; GASS, D.A. Effects of training in cardiopulmonary resuscitation on competence and patient outcome. **Can. Med. Assoc. Journal**, v.137, n.18, p.491-496, 1987.

DALE, A.E. The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers. **Journal of Advanced Nursing**, v.20, p.521-524, 1994.

DALRI, M.C.B. **Perfil diagnóstico de pacientes queimados segundo o modelo conceitual de Horta e taxonomia revisada de NANDA**.1993. 203f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

DAVIES, N.; GOULD, D. Updating cardiopulmonary resuscitation skills: a study to examine the efficacy of self-instruction on nurses' competence. **Journal of Clinical Nursing**, v.9, p.400-410, 2000.

DECESARO, M.N. **Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva: queda de pacientes durante o tempo de internação**. 2000. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

DELA COLETA, J.A. A análise do tratamento e determinação de critérios em psicologia aplicada. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, v.24, n.3, p.71-82, 1972.

DELA COLETA, J.A. A técnica do incidente crítico: aplicação e resultados. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, v.26, n.2, p.35-58, 1974.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Entering the field of qualitative research. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Orgs.) **Handbook of Qualitative Research**. Londres: Sage Publications, 1994.

DEVLIN, M. An evaluative study of the basic life support skills of nurses in an independent hospital. **Journal of Clinical Nursing**, v.8, p.201-205, 1999.

DYSON, E.; SMITH, G.B. Common faults in resuscitation equipment – guidelines for checking equipment and drugs used in adult cardiopulmonary resuscitation. **Resuscitation**, v.55, p.137-149, 2002.

EISENBERG, M.S. et al. Treatment of out-of-hospital cardiac arrest with rapid defibrillation by emergency medical technician. **N. Engl. J. Med.**, v.302, p.1379-1383, 1980.

EISENBERG, M.S. et al. Long-term survival after out-hospital cardiac arrest. **N. Engl. J. Med.**, v.306, n.22, p.1340-1343, 1982.

EISENBERG, M.S. HALLSTROM, A.P.; COPASS, M.K.; BERGNER, L.; SHORT, F.; PIERCE, J. Treatment of ventricular fibrillation: emergency medical technician defibrillation and paramedic services. **JAMA**, v.251, p. 1723-1726, 1984.

EISENBERG, M.S.; HORWOOD, B.T.; CUMMINS, R.O.; REYNOLDS-HAERTLE, R.; HEARNE, T.R. Cardiac arrest and resuscitation: a tale of 29 cities. **Ann. Emerg. Med.**, v.19, p.179-186, 1990.

ESTRELA, M.T.; ESTRELA, A. **A Técnica dos Incidentes Críticos no Ensino**. 2.ed. Lisboa: Ed. Estampa, 1994.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. Guidelines for basic life support. **Resuscitation**, v.24, n.2, p.103-110, 1992.

FELIPPE-JUNIOR, J. **Pronto Socorro: diagnóstico e tratamento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990. cap.2, p.6-20: Reanimação cardiorrespiratória cerebral.

FEREZ, D.; AMARAL, J.L.G.; JOAQUIM, E.H.G. Reanimação cardiorrespiratória e cerebral. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.8, n.3, p.118-129, 1996.

FERREIRA, A.V.S.; GARCIA, E. Suporte Básico de Vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.11, p.214-225, 2001.

FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. **Arq. Bras. Psic. Aplic.**, v.25, n.2, p.99-141, 1973.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para análise dos dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx, 2000.

FRESH, D.D. et al. Long-term survival after pre-hospital sudden cardiac death. **Am. Heart J.**, v.108, p.1-5, 1984.

GALERA, S.A.F. **Contribuição ao estudo da qualidade de vida de doentes mentais tratados ambulatorialmente**. 1994. 79f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GARCIA-BARBERO, M.; CÁRTULA-SUCH, J. What are we doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe? Analysis of a survey. **Resuscitation**, v.3, n.41, p.225-236, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIRAUD, T. et al. Iatrogenic complications in adult intensive care unit: a prospective two-center study. **Crit. Care Med.**, v.21, n.1, p.40-51, 1993.

GIROUD, E.H. et al. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar e cerebral. In: FRISOLI, J. et al. **Emergências: manual de diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 1, p.3-16.

GODKIN, M.D.; TOTH E.L. Cardiopulmonary resuscitation decision making in long-term care: a role for the nurse? **Journal of Advanced Nursing.**, v. 19, p.97-104, 1994.

GOMES, A. **Emergência: planejamento e organização da unidade de assistência de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1994.

GRANITOFF, N. et al. Sistema Racional de Atendimento: um modelo de assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória. **Acta Paul. Enf.**, v.8, n.2/4, p.7-12, 1994.

GRANITOFF, N. **Reanimação cardiorrespiratória: aspectos relacionados a dinâmica do atendimento no Pronto Socorro de um hospital de ensino.** 1995. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

GRANITOFF, N. **Desfibrilação precoce praticada por enfermeiros: análise de fatores influenciadores.** 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

GRANT, N.K.; HRYCAK, N. Critical incident technique: a clarification. **J. Adv. Nurs.**, v.18, n.12, p.2020-2022, 1993.

GUIDELINES 2000 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE. Part 6. Advanced cardiovascular life support. **Resuscitation**, v.46, p.109-162, 2000.

GUIMARÃES, J.P. Ressuscitação cardiopulmonar-cerebral (RCPC). A parada cardíaca (PC). In: RATTON, J.L.A. **Medicina Intensiva**, São Paulo: Atheneu, 1992. cap.5, p.44-64.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

HAMILTON, R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.51, n.3, p.288-297, 2005.

HAYASHIDA, M. **Laboratório de Enfermagem como subsistema tecnológico organizacional: análise da utilização segundo sua finalidade.** 1997, 169f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional.** 8.ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 2002.

HOLLIS, S.; GILLESPIE, N. An audit of basic life support skills amongst general practitioner principals: is there a need for regular training? **Resuscitation**, v.44, p.171-175, 2000.

HOYT, D.B. et al. Video recording trauma resuscitations: an effective teaching technique. **J. Trauma**, v.28, n.4, p.435-440, 1988.

INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION, ILCOR. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**. v.112, p.III-1-III-125, 2005.

JENNINGS, E.E. **Liderança nas organizações e na história**. São Paulo: Brasiliense, 1970.

JONES, K.; GARG, M.; BALI, D.; YANG, R.; COMPTON, S. The knowledge and perceptions of medical personnel relating to outcome after cardiac arrest. **Resuscitation**, USA. Disponível em: <<http://10.1016/j.resuscitation.2005.07.023>>. Acesso em: 03/04/2006.

JORDAN, T.; BRADLEY, P. A survey of basic life support training in various undergraduate health care professions. **Resuscitation**, v.47, n.3, p.321-323, 2000.

KAYE, W. et al. Can better basic and advanced cardiac life support improve outcome from cardiac arrest? **Crit. Care Med.**, v.13, n.11, p.916-920, 1985.

KAYE, W.; MANZINI, M.E. Teaching adult resuscitation in the United States – time for a rethink. **Resuscitation**, v. 37, p.177-187, 1998.

KAYE, W.; MANZINI, M.E.; GIULIANO, K.K. Strengthening the in-hospital chain of survival with rapid defibrillation by first responders using automated external defibrillators: training and retention issues. **Ann. Emerg.Med.**, v.25, p.163-168, 1995.

KELLERMAN, A.L.; HACKMAN, B.B.; SOMES, G. Predicting the outcome of unsuccessful prehospital advanced cardiac life support. **JAMA**, v.270, p.1433-1436, 1993.

KEMPPAINEN, J.K. The critical incident technique and nursing care quality research. **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.5, p.1264-1271, 2000.

KNOBEL, E.; FERRAZ, A.C.; CAPONE NETO, A. Ressuscitação cerebral. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.7, n.1, p.92-98, 1997.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo: Atheneu, 1998.

LANDERS, M.G. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.6, p.1550-1556, 2000.

LANE, J.C. Organização em reanimação. In: LANE, J.C.; ALBARRAN-SOTELO, R. **Reanimação cardiorrespiratória cerebral**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. cap. 20, p.437-443.

LARSEN, M.P.; EISENBERG, M.S.; CUMMINS, R.O. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. **Ann. Emerg. Med.**, v.22, p.1652-1658, 1993.

LEAH, V.; COATS, T.J. In hospital resuscitation – What should we be teaching? **Resuscitation**, v.41, p.179-183, 1999.

LIBERMAN, M.; GOLBERG, N.; MULDER, D.; SAMPALIS, J. Teaching cardiopulmonary resuscitation to CEGEP students in Quebec – a pilot project. **Resuscitation**, v.47, p.249-257, 2000.

LOPEZ, M. Ressuscitação cardiopulmonar. **Emergências Médicas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989. cap.2, p.7-21.

LOSSIUS, H.M.; LANGHELLR, A.; REIDE, E.S.; LARSEN, J.P.; LAAKE, D. Reporting data following major trauma and analysing factors associated with outcome using the new Utstein style recommendations. **Resuscitation**, v.50, p.263-272, 2001.

LOWENSTEIN, S.R. et al. Cardiopulmonary resuscitation by medical and surgical house officers. **Lancet**, v.2, n.8248, p.679-681, 1981.

LUCAS, M.A.M. et al. **Aplicação da técnica de incidentes críticos como experiência de aprendizagem em curso de especialização**. 1987. 21f. Monografia (Curso de Especialização) – Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

LUKER, K.A.; AUSTIN, L.; CARESS, A.; HALLETT, C.E. The importance of knowing the patient: community nurses' constructions of quality in providing palliative care. **Journal of Advanced Nursing**, v.31, n.4, p.775-782, 2000.

MARCO, C.A. Ethical issues of resuscitation. **Emerg. Med. Clin. North Am.**, v.17, p.527-538, 1999.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. cap.1, p.15-38: Pesquisa.

MARSCH, S.C.U.; MÜLLER, C.; MARQUARDT, K.; CONRAD, G.; TSCHAN, F.; HUNZIKER, P.R. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. **Resuscitation**, v. 60, p.51–56, 2004.

MARTEAU, T.M. et al. resuscitation: experience without feedback in creases confidence but not skill. **BMJ**, v.300, n.6728, p.849-850, 1990.

MASHIKO, K.; OTSUKA, T.; SHIMASAKI, S. KOHANA, A.; KAMISHIMA, G.; KATSURADA, K. et al. An outcome study of out-of-hospital cardiac arrest using the Utstein template – a Japanese experience. **Resuscitation**, v.55, p.241-246, 2002.

MCINTYRE, A.S.; SLATER, M. A clinical audit of cardiopulmonary resuscitation. **J. R. Coll. Physicians Lond.**, v.27, n.1, p.34-39, 1993.

MCINTYRE, K.M. Cardiopulmonary resuscitation and the ultimate coronary care unit. **JAMA**, v.244, p.510-511, 1980.

MERCIER, J.C.; BOMPARD, Y.; BEAUFILS, F. Resuscitation cardio-pulmonaire. Donnees récentes. **Arch. Fr. Pediatr.**, v. 40, p.343-352, 1983.

MEURIER, C.E. Understanding the nature of errors in nursing: using a model to analyze critical incident reports of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. **Journal of Advanced Nursing**, v.32, n.1, p.202-207, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MINAYO, M.C.S. et al. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Huvitec, 1999.

MOLS, P. BEAUCARNE, E.; BRUYNINX, J.; LABRUYERE, J.P.; DE MYTTENAERE, L.; NAEIJE, N.; WATTEEUW, G. VERSET, D.; FLAMAND, J.P.; Early defibrillation by EMTs: the Brussels experience. **Resuscitation**, v.27, p.129-136, 1994.

MONTGOMERY, W.H. The development of standards and guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care in the United States. **Ann. Acad. Med.**, v.21, p.92-96, 1992.

MORALES, J. A. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v.13, n.1, p.1-3, 2001.

MOULE, P. Checking the carotid pulse: diagnostic accuracy in students of the healthcare professions. **Resuscitation**, v.44, p.195-201, 2000.

MULLER; A.M.A.; BORBA, S.R.C. Papel do pessoal de enfermagem no atendimento à parada cardíaca no pequeno hospital. **Rev. Gaúcha Enf.**, v.7, n.1, p.23-31, 1986.

MURPHY, M.; FITZSIMONS, D. Does attendance at an immediate life support course influence nurses' skill deployment during cardiac arrest? **Resuscitation**, v.62, n.1, p.49-54, 2004.

NARAYANASAMY, A.; OWENS, J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. **Journal of Advanced Nursing**, v.33, n.4, p.446-455, 2001.

NASSIF, A.C.N. O erro e o médico. **Ars. Curandi**, v.24, n.3, p.16-17, 1991.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE – NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Washington D.C. Ad. **Conference on Resuscitation**. Washington D.C., 25th September, 1948.

NIEMAN, J.T.; STRATTON, S.J. The Utstein template and the effect of in-hospital decisions: the impact of do-not-attempt resuscitation status on survival to discharge statistics. **Resuscitation**, v.51, p.233-237, 2001.

NÓBREGA, N. O carro de emergência é um grande aliado para o atendimento de emergência. **Nursing**, São Paulo, ano 5, n.52, p.10-11, 2002.

NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos da passagem de plantão**. 1988. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

NOGUEIRA, M.S. et al. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Rev. Paul. Enf.**, v.12, n.3, p.107-112, 1993.

NOORDERGRAAF, G.J.; DRINKWAARD, B.W.P.M.; BERKOM, P.F.J.; HEMERT, H.P.; VENEMA, A.; SCHEFFER, G.J.; NOORDERGRAAF, A. The quality of chest compressions by trained personnel: The effect of feedback, via the CPREzy, in a randomized controlled trial using a manikin model. **Resuscitation**, USA. Disponível em: <<http://10.1016/j.resuscitation.2005.08.008>>. Acesso em: 03/04/2006.

NORMAN, I.J. et al. Developing Flanagan's critical incident technique to elicit indicators of high and low quality nursing care from patients and their nurses. **J. Adv. Nurs.**, v.17, n.5, p. 590-600, 1992.

NYMAN, J.; SIHVONEN, M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. **Resuscitation**, v.47, p.179-184, 2000.

O'CONNOR, J.; JEAVONS, S. Nurses' perceptions of critical incidents. **Journal of Advanced Nursing**, v.41, n.1, p.53-62, 2003.

O'DONNELL, C. A survey of opinion amongst trained nurses and junior medical staff on current practices in resuscitation. **Journal of Advanced Nursing**, v.15, p.1175-1180, 1990.

OLIVEIRA, R.A. **Análise dos riscos na terapêutica transfusional:** uma abordagem ergonômica baseada na técnica dos incidentes críticos. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.

PADILHA, K.G. Iatrogenias em unidade de terapia intensiva: uma abordagem teórica. **Rev. Paul. Enf.**, v.11, n.2, p.69-72, 1992.

PADILHA, K.G. **Descuidar:** as representações sociais de enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem. 1994. 190f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

PADILHA, K.G. **Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI.** 1998. 91f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

PAGE, S.; MEERABEAU, L. Nurses' accounts of cardiopulmonary resuscitation. **Journal of Advanced Nursing**, v.24, p.317-325, 1996.

PAIVA, E.F. Equipamentos acessórios para controle de via aérea e técnicas especiais de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.7, n.1, p.33-41, 1997.

PARASKOS, J.A. Cardiopulmonary resuscitation. In: RIPPE, J.M. et al. **Intensive care medicine.** Boston, 1991. cap.22, p.238-268.

PARISH, D.C.; DANE, F.C.; MONTGOMERY, M. WYNN, L.J.; DURHAM, M.D.; BROWN, T.D. et al. Resuscitation in the hospital: relationship of year and rhythm to outcome. **Resuscitation**, v.47, p.219-229, 2000.

PATON, A. Resuscitation in hospital again. **BMJ/Editorial**, v.291, n.6507, p.1445-1446, 1985.

PAZIN-FILHO, A.; SANTOS, J.C.; CASTRO, R.B.P.; BUENO, C.D.; SCHIMIDT, A. Parada cardiorrespiratória. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, n.2/4, p.163-178, 2003.

PEARN, J. Successful cardiopulmonary resuscitation outcome reviews. **Resuscitation**, v.47, p.311-316, 2000.

PEIXOTO, M.S.P.; COSTA, M.P.F., URRUTIA, G.I.C.E. **Ressuscitação cardiorrespiratória: assistência de enfermagem sistematizada**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

PEMBECI, K.; YILDIRIM, A.; TURAN, E.; BUGET, M.; CAMCI, E.; SENTURK, M.; TUGRUL, M.; AKPIR, K. Assessment of the success of cardiopulmonary resuscitation attempts performed in a Turkish university hospital. **Resuscitation**, v.68, p. 221-229, 2006.

PEREIRA, M.N.F. et al. A aplicação da técnica do incidente crítico em estudos de usuários da informação técnico-científica: uma abordagem comparativa. In: GOMES, H.E. (Orgs.) **A contribuição da psicologia para o estudo dos usuários da informação técnico-científica**. Rio de Janeiro: Calunga, 1980. p.43-71.

PERRIEN, J.; CHÉRON, E.J., ZINS, H. **Research in Marketing: methods et decisions**. Quebec: Gaetan Morin, 1984.

PIERIN, A.M.G. et al. Iatrogenia em enfermagem: análise dos conhecimentos teóricos de um grupo de enfermeiros sobre o preparo de medicação. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.17, n.2, p.119-125, 1983.

PINOTTI, H.W.; DOMENE, C.E. Erro médico: estudo analítico de suas raízes. **Ars. Curandi**, v.24, n.3, p.61-68, 1991.

PITTMAN, J.; BERNIE, T.; GABBOT, D.A. Communication between members of the cardiac arrest team a postal survey. **Resuscitation**, v.49, n.2, p.175-177, 2001.

PIVA, J.P.; CARVALHO, P.; GARCIA, P.C. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4.ed. São Paulo: Medsi, 1997.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. São Paulo: Ed. Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Nursing research: principles and methods**. 4.ed. Philadelphia: Lippincott, 1991.

POST, I.V. Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. **Nurse Ethics**, v.3, n.3, p.236-248, 1996.

POTTLE, A.; BRANT, S. Does resuscitation training affect outcome from cardiac arrest? **Accident & Emergency Nursing**, Edinburgh, v.8, n.1, p.46-51, 2000.

RAMOS, D.S. **A técnica do incidente crítico: uma aplicação em administração em enfermagem**. 1980. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

RAVAGNANI, M.J.C. **Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem**. Ribeirão Preto, 1991. 132f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

REWERS, M.; TILGREEN, R.E.; CRAWFORD, M.E.; HJORTS, N.C. One year survival after out-of-hospital cardiac arrest in Copenhagen according to the “Utstein Style”. **Resuscitation**, v.47, p.137-146, 2000.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON. Resuscitation from cardiopulmonary arrest: training and organization. **J. R. Coll. Physicians of Lond.**, v.21, n.3, p.175-182, 1987.

ROSEMURGY, A.S.; NORRIS, P.A.; OLSON, S.M.; HURST, J.M.; ALBRINK, M.H. Prehospital traumatic cardiac arrest: the cost of futility. **J. Trauma**, v.35, p.468-473, 1993.

ROZENDO, C.A.; GOMES, E.L.R. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmitificação. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v.6, n.5, p.67-76, 1998.

RUBINI, C.J. **Grupos de adolescentes numa instituição escolar: uma experiência de trabalho e estudo de seus resultados**. 1980. 160f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

SADALA, M.L.A. A autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.4, n.1, p.111-117, 1996.

SAFAR, P. **Ressuscitação cardiorrespiratória cerebral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.

SALVARANI, M.C.C. **O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira**. 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

SALZANO, S.D.T. Instrumento de comunicação de enfermagem. Estudo da implantação de um modelo de comunicação escrita entre as equipes de enfermagem das unidades cirúrgicas e do centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.17, n.3, p.235-252, 1983.

SANTOS, M.C.C.L. **Transplante de órgãos e eutanásia: liberdade e responsabilidade**. São Paulo: Saraiva, 1992.

SAWADA, N.O. **O sentimento do paciente hospitalizado frente à invasão de seu espaço territorial e pessoal**. 1995. 196p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SEDGWICK, M.L.; WATSON, J.; DALZIEL, K.; CARRINGTON, D.J.; COBBE, S.M. Efficacy of out-of-hospital defibrillation by ambulance technicians using automated external defibrillators: the Heartstart Scotland Project. **Resuscitation**, v.24, p.73-87, 1992.

SEIDELIN, P. H.; BRIDGES, A.B. Cardiopulmonary resuscitation: effect of training junior horse officers on outcome of cardiac arrest. **J. R. Coll. Physicians Lond.**, v.27, n.1, p.52-53, 1993.

SERAJ, M.A.; NAGUIB, M. Cardiopulmonary resuscitation skills of medical professionals. **Resuscitation**, v.20, p.31-39, 1990.

SERRANO-JR, C.V.; SAFIR-JR, J.; TIMERMAN, A. Aspectos éticos e legais da reanimação cardiorrespiratória. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.8, n.4, p. 879-884, 1998.

SILVA, S.C. **Parada cardiorrespiratória na Unidade de Terapia Intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SILVA, S.C. A visão da Enfermagem frente a novos paradigmas – reflexão teórica. **Nursing**, v.13, p.17-19, 1999.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de dissertação**. UFSC/PPGEP/LED. 2.ed. Florianópolis, 2001.

SIMS, A. The critical incident technique in evaluating student nurse performance. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.13, p.123-130, 1976.

SKINNER, C.V. et al. Cardiopulmonary resuscitation skill of peregistration house officers. **BMJ**, v.290, p.1549-1550, 1985.

SKINNER, C.V.; VICENT, R. **Cardiopulmonary resuscitation**. Oxford: Oxford University Press, 1993. cap.4, p.44-57: Resuscitation in hospital.

SMITH, A. Learning about reflection. **Journal of Advanced Nursing**, v.28, n.4, p.891-898, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Parada cardiorrespiratória**. Disponível em: <<http://www.publicacoes.cardiol.br/consenso/6606/03.asp>>. Acesso em: 18/05/2005.

STAPCZYNSKI, J.S.; SVENSON, J.E.; STONE, C.K. Population density, automated external defibrillator use, and survival in rural cardiac arrest. **Acad. Emerg. Med.**, v.4, p.552-558, 1997.

STEFANINI, E. Ressuscitação cardiorrespiratória e cerebral. In: FELIX, V.N. (Ed.). **Tópicos de terapia intensiva**. SOPATI, 1992. p.29-32.

STIEL, I.; NICHOL, G.; WELLS, G.; DE MAIO, V.; NESBITT, L. BLACKBURN, J.; SPAITE, D. Health-related quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. **Circulation**, v.108, p.1939-1944, 2003.

SUOMINEN, P.; OLKKOLA, K.T.; VOIPIO, V.; KORPELA, R.; PALO, R.; RASANEN, J. Utstein Style reporting of in hospital pediatric cardiopulmonary resuscitation. **Resuscitation**, v.45, p.17-25, 2000.

SWOR, R.A.; JACKSON, R.E.; CYNAR, M.; SADLER, E.; BASSE, E.; BOJI, B.; RIVERA-RIVERA, E.J.; MAHER, A.; GRUBB, W.; JACOBSON, R. Bystander CPR, ventricular fibrillation, and survival in witnessed, unmonitored out-of-hospital cardiac arrest. **Ann. Emerg. Med.**, v.25, p.780-784, 1995.

TEASDALE, K; BROCKLEHURST, N.; THOM, N. clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. **Journal of Advanced Nursing**, v.33, n.2, p.216-224, 2001.

TIMERMAN, A.J.; SAUAIA, N. Resultados da ressuscitação cardiopulmonar intrahospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.7, n.1, p.147-158, 1997.

TIMERMAN, A.J.; SAUAIA, N.; PIEGAS, L.S.; RAMOS, R.F.; GUN, C.; SANTOS, E.S.; BIANCO, A.C.M.; SOUZA, J.E.M.R. Fatores prognósticos dos resultados de ressuscitação cardiopulmonar em um hospital de cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.77, n.2, p.142-151, 2001.

TIMERMAN, S.; PAIVA, S.; TARASOUTCHI, F. Suporte Avançado de Vida – implantação no Brasil e sua essência. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.4, p.1-16, 1998.

TOLSON, D.; SMITH, M.; KNIGHT, P. An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design. **Journal of Advanced Nursing**, v.30, n.5, p.1127-1136, 1999.

TOMLINSON, T.; BRODY, H. Futility and the ethics of resuscitation. **JAMA**, v.270, p.1276-1280, 1990.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

UMMENHOFER, W.; AMSLER, F.; SUTTER, P.M.; MARTINA, B.; MARTIN, J.; SCHEIDEGGER, D. Team Performance in the emergency room: assessment of interdisciplinary attitudes. **Resuscitation**, v.49, p.39-46, 2001.

VALENZUELA, T.D.; ROE, D.J.; CRETIN, S.; SPAITE, D.W.; LARSEN, M.P. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. **Circulation**, v.96, p.3308-3313, 1997.

VALSECCHI, E.A.S.S. **Fundamentos de enfermagem: incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado**. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

VIEIRA, R.H.G. Parada cardiorrespiratória em adulto hospitalizado: aspectos práticos para tomada de decisão. **Texto Contexto Enf.**, v.2, n.2, p.99-110, 1993.

VON-POST, I. Exploring ethical dilemmas in perioperative nursing practice through critical incidents. **Nurs. Ethics**, v.3, n.3, p.236-249, 1996.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneira de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATKINS, M.J. Competency for nursing practice. **Journal of Clinical Nursing**, v.9, p.338-346, 2000.

WHITAKER, I.Y. et al. A enfermagem no atendimento de emergência. In: FELLIPE JUNIOR, J. **Pronto Socorro: diagnóstico e tratamento**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990. cap.14, p.119-125.

WHITE, R.D. EMT-defibrillation: time for controlled implementation of effective treatment. **American Heart Association Emergency Cardiac Care national Faculty Newsletter**, v.8, p.1-3, 1986.

YAKEL, M.E. Retention of cardiopulmonary resuscitation skills among nursing personnel: what makes the difference? **Heart Lung**, v.18, n.5, p.520-525, 1989.

ZANI, A.V. **Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e professores**. 2005. 191f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ZARITSKY, A.; MORLEY, P. The evidence evaluation process for the 2005 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Circulation**, v.112, p.III-128-III-130, 2005.

ZHANG, Z-X; LUK, W.; ARTHUR, D.; WONG, T. Nursing competencies: personal characteristics contributing to effective nursing performance. **Journal of Advanced Nursing**, v.33, n.4, p.467-474, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Esclarecimentos ao Sujeito da Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1. NOME DA PESQUISA:

“PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO - *Vivências do Enfermeiro*”.

2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Profa. Dra. Maria Celia Barcellos Dalri COREn-SP 30146, orientadora.

Angela Rosa da Silva COREn-SP 99869, mestranda..

O presente estudo pretende caracterizar a vivência de enfermeiros em situação de atendimento à parada cardiorrespiratória em Unidades de Internação de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, tendo como objetivos específicos a caracterização dos aspectos positivos no atendimento à parada cardiorrespiratória em Unidades de Internação, sob o ponto de vista do enfermeiro e a identificação das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à parada cardiorrespiratória em Unidades de Internação, ainda sob o ponto de vista do enfermeiro.

Será utilizado como instrumento de pesquisa uma entrevista, que será previamente agendada, em local desta instituição, com tempo de aproximadamente 30 a 40 minutos e havendo concordância de sua parte, será utilizado um gravador.

Assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que serão coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa e a garantia de que as informações obtidas somente serão utilizadas para o projeto ao qual se vinculam, podendo o senhor(a) ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário, bem como solicitar qualquer esclarecimento às dúvidas que

possam surgir. Sinta-se com liberdade para recusar sua participação ou mesmo seu desligamento em qualquer fase dessa pesquisa, sem que isso implique em danos pessoais.

Garantimos que o senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa material ou financeira, durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, nenhum constrangimento moral, decorrente dela. A sua participação não implicará, tampouco em qualquer tipo de remuneração ou premiação.

Como pesquisadora, assumo qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa, garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas.

Eu,

RG:, ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa, colaborando em dar as respostas solicitadas pela pesquisadora, a qual utilizará um gravador, autorizando-a a utilizar as informações para fins acadêmicos, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde que sejam garantidos a privacidade e o anonimato.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Angela Rosa da Silva

Enfermeira – pesquisador/mestranda

Endereço: Rua Vol. Otto Gomes Martins, 902

Sertãozinho – SP

Telefone: (16) 3942-5517

Maria Celia Barcellos Dalri

Orientadora

Endereço: Av. Sibiperunas, 376

Ribeirão Preto – SP

Telefone: 3602-3421

APÊNDICE B – Instrumento – Roteiro para entrevista

Nº entrevista: _____

Data: ____/____/____

Tempo utilizado: _____

Local da entrevista: _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Eu, **Angela Rosa da Silva**, enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e mestranda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, venho solicitar sua colaboração no sentido de responder ao instrumento em anexo.

A finalidade deste instrumento é coletar dados para a realização do estudo denominado “PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO – Vivências do Enfermeiro”.

Salientamos que sua participação é extremamente importante para a realização deste estudo e agradecemos antecipadamente a sua valiosa contribuição.

A- IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS:

1. IDADE: _____

2. RELIGIÃO: _____

3. ESTADO CIVIL: _____

4. FILHOS: Sim () Não ()

B- FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

1. FORMAÇÃO

NÍVEL	NOME DO CURSO	ANO DE CONCLUSÃO
Graduação		
Licenciatura		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

2. No currículo da faculdade de enfermagem você teve alguma disciplina com conteúdos sobre parada cardiorrespiratória (PCR)? Qual disciplina?

3. Após a graduação você fez algum curso teórico e/ou prático com conteúdos sobre parada cardiorrespiratória? Qual? Há quanto tempo?

C- EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Números de anos de exercício profissional:

a). Como enfermeiro: _____

b). em outra profissão (se existir): _____

2. Situação atual de trabalho:

DADOS	INSTITUIÇÃO 1 HCFMRP-USP	INSTITUIÇÃO 2
Pública ou Privada		
Tempo de serviço em cada uma delas		
Carga horária semanal		

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Pedimos que você pense no seu trabalho, em alguma situação de parada cardiorrespiratória que você tenha vivido ou presenciado; conte-nos detalhadamente como ocorreu o fato, as condutas adotadas e as consequências dessa situação.

APÊNDICE C – Categorização dos dados

Identificação dos incidentes críticos

[illegible]

ANEXO

ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 31 de março de 2004

Ofício nº 812/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **“PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO – VIVÊNCIAS DO ENFERMEIRO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 176ª Reunião Ordinária realizada em 29/03/2004, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo HCRP nº 3129/2004.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
ANGELA ROSA DA SILVA
PROFª DRª MARIA CÉLIA BARCELLOS DALRI (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Em mãos