

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Jocilene de Carvalho Miraveti Canova

**Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da
equipe de enfermagem de um hospital escola**

Ribeirão Preto

2012

Jocilene de Carvalho Miraveti Canova

**Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da
equipe de enfermagem de um hospital escola**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências, no Programa de Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com doença agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia B. Dalri

Ribeirão Preto

2012

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.

Catálogo Bibliográfico
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Canova, Jocilene de Carvalho Miraveti
Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação
Cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem de
um Hospital Escola. Ribeirão Preto, 2012. 136p. : il. ; 30
cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Dalri, Maria Célia Barcellos.

1. Parada cardiorrespiratória.
2. Ressuscitação cardiopulmonar.
3. Enfermagem.
4. Técnica do incidente crítico

FOLHA DE APROVAÇÃO

Canova, Jocilene de Carvalho Miraveti

Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem de um Hospital Escola.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências, no Programa de Enfermagem Fundamental

Aprovado em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr. (a) : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) : _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Deus,

Pela vida, pela saúde e por todas as oportunidades que me dispôs, fortalecendo-me a cada dia independente das circunstâncias e por fazer de mim uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Madalena e José Miraveti (em memória)

*Por todo amor, dedicação e ininterruptos ensinamentos de vida, que permearam toda minha formação e que fizeram todo o diferencial em minha vida!!!
MÃE e PAI, sei que desistiram de muitas coisas para alimentar meus sonhos e por isso agradeço infinitamente. Sem seus imensos esforços não teria conseguido mais essa conquista!!! Amo e sempre amarei vocês !!! Vocês sempre foram, são e serão meus exemplos de vida !!!*

À minha irmã Jocimara,

*Pelo amor e pela amizade incondicional. Companheira de todas as horas!!! Minha sócia na fábrica dos sonhos! Divido com você, de coração, mais essa conquista, porque você faz parte dela! Você é e sempre foi minha parceira nos melhores e piores momentos de minha vida e sem seu apoio e carinho, eu não teria conseguido.
Te amo minha irmã. Obrigada por tudo!!!*

Ao Luis Ricardo,

Uma maravilhosa pessoa em minha vida. Obrigada por todo apoio e compreensão que você sempre dedicou a mim. Companheiro de todas as horas. Vivi grandes momentos e muitas felicidades ao seu lado. Não sei expressar o quanto foi importante em minha vida e em toda minha trajetória profissional. Somente sei agradecer á dedicação, carinho e respeito que compartilhou comigo.

Ao Franco

Pelo amor, carinho, preocupação e todo mimo que tens por mim. Chegou na minha vida quietinho e tomou conta dos meus sentimentos, se fazendo presente nessa caminhada tão importante de minha vida, sempre me apoiando e me fazendo feliz.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri

Minha paixão por emergência fez-me uma enfermeira sonhadora, que buscou desde o início da carreira o aprimoramento e a especialização na área. Sonhava também ser professora, salvar vidas e disseminar ensinamentos com amor. Lembro-me da minha dizendo para eu estudar muito, porque somente assim, esse sonho se tornaria realidade. E assim se fez! Como uma fada madrinha você respondeu meu e-mail e me fez crer que meu sonho poderia se tornar realidade. Lembro-me da primeira reunião... Que felicidade! Além de uma pessoa humana, sensível, acolhedora e extremamente inteligente, encontrei em você um exemplo de profissional. Passei a te admirar a cada dia, a cada encontro, a cada orientação, a cada conversa. Não tenho palavras para lhe agradecer a confiança que depositou em mim todos esses anos, desde o começo. O modo com que me acolheu, assim como seus ensinamentos serão inesquecíveis e servirão de exemplo na minha caminhada. Má, só tenho agradecimentos a lhe fazer! Obrigada por fazer parte da minha vida, minha profissão e fazer de meu maior sonho uma realidade!!!

Você é um exemplo de pessoa, enfermeira e professora! Sou sua fã.

Muito obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

Ás minhas amigas e colegas de trabalho Daniele Alcalá e Graziella Oller por me apoiarem e incentivarem desde o princípio nesta caminhada. Vocês também são meus exemplos, e me sinto orgulhosa em tê-las junto ao meu convívio participando e dividindo comigo meus sonhos! Obrigada por me incentivarem a ser uma pessoa melhor!!! Adoro e admiro muito vocês!!!

A todas as minhas colegas de trabalho da UNIP e da Emergência Convênio do Hospital de Base de São José do Rio Preto, que direta ou indiretamente participaram desta caminhada sempre me apoiando, mesmo nas horas mais difíceis.

Á minha amiga e fiel escuderia Joseli Angelini, que possibilitou e facilitou de todas as formas meus estudos e minhas saídas dos plantões para poder cursar o Mestrado.

Ás minhas eternas e ilustres professoras Rita Helú, Cléa Dometilde, Nicézia Franqueiro, que plantaram e cultivaram em mim a sementinha do amor pela enfermagem em emergência, sempre me apoiando na transformação de uma profissional melhor capacitada.

Á toda equipe da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, em especial a Prof. Miyeko Hayashida pelo acolhimento, incentivo e orientação para concretização desse sonho.

A Prof Regilene que sempre me apoiou e incentivou nessa caminhada.

Aos meus amigos Oswaldo Lourenço e Gabriela Dias pelo carinho, apoio e auxílio neste estudo.

Aos meus amigos que se dispuseram de minha presença por várias vezes em apoio deste meu sonho....obrigada a todos!

RESUMO

CANOVA, J.C.M. **Parada Cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar: vivências da equipe de enfermagem de um hospital escola.** Ribeirão Preto, 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a ocorrência de maior emergência atendida nos serviços pré e intra-hospitalares. Para os profissionais de saúde a PCR e a realização da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) são eventos de extrema importância dentro da assistência, na qual exigem-se conhecimento, execução de técnicas adequadas e agilidade para prestar um atendimento de qualidade. A única chance de sobrevivência do paciente está vinculada à identificação precoce desse evento e à intervenção rápida e eficaz através das manobras de RCP dentro da sistematização do atendimento à PCR/RCP determinadas pelas Corrente de Sobrevivência do Adulto, seguida do Suporte Básico (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAVC). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quali-quantitativa que visa estabelecer as exigências críticas no atendimento à PCR/RCP em unidade de emergência no Hospital Escola do interior do estado de São Paulo, através da vivência de 27 profissionais da equipe de enfermagem na realização das manobras de RCP, identificando os incidentes críticos positivos e/ou negativos durante esse atendimento, além das facilidades e dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem na execução dessas manobras através da Técnica do Incidente Crítico (TIC). Os dados coletados foram categorizados segundo as situações críticas semelhantes (situações secundárias), uma vez que a situação principal era a PCR e a situação secundária era a realização da RCP, seguida dos comportamentos e das consequências positivas e negativas decorrentes das diversas situações. Desta análise emergiram cinco categorias de incidentes críticos: Competências do atendimento à PCR/RCP, sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP, estrutura e ambiente na RCP, Eventos adversos à PCR/RCP e Capacitação da equipe de enfermagem. Relacionado aos comportamentos positivos, destacou-se três categorias: Aplicando a sistematização no atendimento à PCR/RCP, estabelecendo gestão durante a RCP e utilizando tecnologias na RCP. Dentre os comportamentos negativos, observaram-se seis categorias: convivendo com a falta de habilidades técnicas; vivenciando a falta da sistematização no atendimento à PCR/RCP; convivendo com recursos materiais e humanos insuficientes; o ambiente; percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente a RCP e observando a falta de capacitação permanente da equipe na RCP. Uma vez selecionadas as situações críticas, os comportamentos positivos e os comportamentos negativos, pudemos categorizar o óbito como uma consequência imediata negativa e o restabelecimento das funções vitais como uma consequência imediata positiva ao paciente/cliente. Na avaliação das categorias resultantes, verificou-se como consequência negativa, os saber lidar com o sofrimento da perda e como consequência positiva, a RCP bem sucedida além dos sentimentos dos profissionais de enfermagem. A partir dos incidentes críticos identificados, foram estabelecidas as exigências críticas no atendimento à RCP no local de estudo e ressaltou-se que para um bom desempenho na realização da RCP é necessário rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica por parte de toda a equipe que realiza esse atendimento, seguindo sistematização referida pelos

protocolos do AHA. Além disso, identificou-se a necessidade de capacitação continuada dos profissionais de enfermagem e médica, trabalho harmônico e sincronizado multiprofissional e infra-estrutura adequada, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento, a recuperação do paciente/cliente e a ocorrência mínima de sequelas. Portanto, a RCP imediata, sistematizada e de qualidade é requisito básico de segurança para esses pacientes, reduzindo as dificuldades identificadas pela equipe e favorecendo as chances de reanimação destes pacientes.

Palavras-chave: Parada cardiorrespiratória. Ressuscitação cardiopulmonar. Enfermagem. Técnica do incidente crítico.

ABSTRACT

CANOVA, J.C.M. **Cardiopulmonary arrest and resuscitation: the experience of the nursing staff of a teaching hospital.** Ribeirão Preto, 2012. 136 f. Dissertation (MA) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The cardiopulmonary arrest (CPA) is the major emergency occurrence attended pre and intra hospital services. For the health professionals, the CPA and the performance of cardiopulmonary resuscitation (CPR) are events of utmost importance during the care, demanding knowledge, implementation of appropriate techniques and agility to provide a quality service. The unique opportunity of patient's survival is linked to the early identification of this event and to the fast and effective intervention through CPR manoeuvres within the treatment systematization CPA/CPR determined by Adult Survival Current followed by Basic Life Support (BLS) and Advanced Life Support (ACLS). It's an exploratory and descriptive study with a qualitative–quantitative approach that aims to establish critical requirements in the CPA/CPR treatment within an emergency room at a teaching hospital in São Paulo State, through the experience of twenty seven professionals of nursing staff during manoeuvres of CPR, identifying the positive/negative critical incidents during this treatment as well as facility and difficulties experienced by nursing staff during this procedures though the Critical Incident Technique (CIT). The collected data was categorized accordingly to similar critical situations (secondary situation), since the main situation was CPA and secondary one was CPR realization in addition to behaviors and positive/negative consequences resulting from various situations. From this analysis, it was arisen five categories of critical incidents: treatment competences to CPA/CPR, feelings and emotions of the nursing staff towards CPA/CPR, structure and environment during CPR, adverse events to CPA/CPR and nursing staff training. Related to positive behaviors, it was highlighted three categories: applying systematization in CPA/CPR treatment, establishing conduct during CPR and using technologies in CPR. It was observed six categories among negative behaviors: dealing with no technical skills, living through the lack of systematization to CPA/CPR treatment, cohabiting with insufficient human and material resources, the environment, realizing nursing staff's feelings and emotions towards CPR treatment and observing the lack of nursing staff's ongoing training. Once selected critical situations, positive and negative behaviors, we can classify Death as an immediate negative consequence and Restoring Vital Functions as a positive consequence to the patient/client. Assessing the emerging categories, it was verified, as a negative consequence, how to deal with the loss suffering and, as a positive consequence, the successful CPR in addition to the nursing professionals' feelings. From the identified critical incidents, it was established critical requirements to CPR treatment at the study site and it was pointed out that, to a good performance in the CPR, is necessary quickness, efficacy, scientific and technical knowledge and technical ability of the whole staff that perform this treatment, following systematization referred by the AHA protocols. Furthermore it was also identified the necessity for an ongoing training of medical and nursing professionals, harmonious and synchronized multiprofessional work and appropriate infrastructure aiming at life restoring, suffering limitation, the patient and client's recovery and the least occurrence of sequelae. Therefore, an immediate systematized and quality CPR is

basic requirement for these patients' safety, reducing the difficulties identified by the staff and providing opportunities for resuscitation of these patients.

Key-words: Cardiac arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Nursing. Critical incident technique.

RESUMEN

CANOVA, J.C.M. **La parada cardiorrespiratoria y resucitación: la experiencia del personal de enfermería de un hospital de enseñanza.** Ribeirão Preto, 2012. 136 f. Desertación (MA) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

La parada cardiorrespiratoria (PCR) asistida en servicios pre e intrahospitalario. Para los profesionales de la salud, a PCR y la reanimación cardiopulmonar (RCP) son eventos muy importantes en el cuidado, en el cual se exigen conocimiento, aplicación de técnicas apropiadas y agilidad para prestar un servicio de calidad. La única posibilidad de supervivencia del paciente está relacionada a la identificación temprana de ese evento y la intervención rápida y efectiva por medio de las maniobras de RCP en la sistematización de la asistencia de PCR/RCP determinadas por la Cadena de Supervivencia Adulta, seguido por el Soporte Básico de Vida (SBV) y Soporte Avanzado de Vida (SAV). Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo – cuantitativo que tiene por objetivo establecer los requisitos críticos en el cumplimiento de PCR/RCP en una unidad de emergencia de un Hospital de Enseñanza Del Estado de São Paulo, a través de la experiencia de veintisiete profesionales del equipo de enfermería en la realización de las maniobras de RCP, identificando incidentes críticos positivos y/o negativos durante ese servicio, además de las facilidades y dificultades experimentadas por el equipo de enfermería en la realización de esas maniobras por medio de la Técnica Del Incidente Crítico (TIC). Los datos recogidos fueron clasificados de acuerdo a situaciones críticas similares (situaciones secundarias), ya que la situación principal era PCR y la situación secundaria era RCP, seguido de los comportamientos y de las consecuencias positivas y negativas que surgen de las diversas situaciones. A partir de esta análisis, cinco categorías de incidentes críticos emergieron: capacidad de cuidado en PCR/RCP, sentimientos y emociones del equipo en PCR/RCP, la estructura y el ambiente en RCP, eventos adversos en PCR/RCP y la formación del equipo de enfermería. Referente a los comportamientos positivos, se destacaron tres categorías: La aplicación sistemática en el cumplimiento de la PCR/RCP, el establecimiento de la gestión durante RCP y el uso de las tecnologías en RCP. Entre el comportamiento negativo se observó seis categorías: vivir con la falta de conocimientos técnicos; la falta de sistematización en el cumplimiento de PCR/RCP; vivir con recursos materiales y humanos insuficientes, medio ambiente, percibir los sentimientos y emociones del equipo frente la RCP y observar la falta de capacitación continua de los profesionales de enfermería. Una vez seleccionadas las situaciones críticas, los comportamientos positivos y negativos, pudimos categorizar la muerte como una consecuencia inmediata negativa y la restauración de las funciones vitales como una consecuencia inmediata positiva para el paciente/cliente. En la evaluación de las categorías resultantes, se verificó, como consecuencia negativa, hacer frente a lo sufrimiento de la pérdida y como consecuencia positiva, la RCP exitosa y sentimientos de los profesionales de enfermería. Desde los incidentes críticos identificados, los requisitos críticos fueron establecidos en el cumplimiento de RCP en el lugar de estudio y se resaltó que para un buen desempeño en la RCP se necesita de rapidez, eficiencia, conocimientos técnicos y científicos y habilidad técnica por parte de todo el equipo que realiza ese servicio, siguiendo la sistematización reportada por los protocolos de la AHA. Además, se identificó la necesidad de una formación continua de los profesionales médico y de enfermería,

trabajo multiprofesional, armonioso y sincronizado, infraestructura adecuada, con el propósito de la restauración de la vida, la limitación del sufrimiento, la recuperación del paciente/cliente y la ocurrencia mínima de secuelas. Por consiguiente, RCP inmediata, sistematizada y de calidad es requisito básico de seguridad para esos pacientes reduciéndose las dificultades identificadas por el equipo y favoreciendo las probabilidades de reanimación de esos pacientes.

Palabras-clave: paro cardíaco, la resucitación cardiopulmonar, enfermería, técnica del incidente crítico.

Palabras-clave: Paro Cardíaco. Resucitación Cardiopulmonar. Enfermería. Técnica del incidente crítico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de Emergência de um Hospital Escola, segundo o sexo, religião, estado civil, filhos, perfil da instituição de trabalho, vínculo empregatício em duas instituições, nível de formação educacional por idade, tempo de formação educacional por nível de escolaridade, tempo de serviço na emergência por nível de formação educacional (N=27). São José do Rio Preto, 2012	50
Tabela 2 –	Distribuições das categorias dos incidentes críticos referentes às manobras de RCP em: Competências do atendimento à PCR/RCP, Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP, Estrutura e ambiente na RCP, Eventos Adversos à PCR/RCP e Capacitação da equipe de enfermagem segundo relato dos profissionais de enfermagem da unidade de Emergência (N=31). São José do Rio Preto-SP, 2012	57
Tabela 3 –	Distribuições das habilidades combinadas segundo a organização de Taylor; Lillis; LeMone (2007) no atendimento à PCR/RCP relatadas pelos profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência em: Habilidades Cognitivas, Habilidades Interpessoais, Habilidades Técnicas e Habilidade Éticas/Legais (N=23). São José do Rio Preto, 2012	58
Tabela 4 –	Distribuição das categorias de comportamentos positivos e negativos relatadas pelos profissionais de enfermagem frente às manobras de PCR/RCP (N=119). São José do Rio Preto, 2012	78
Tabela 5 –	Distribuição das categorias das consequências positivas e negativas para os pacientes frente às manobras de RCP relatadas pelos profissionais de enfermagem (N= 31). São José do Rio Preto, 2012	95
Tabela 6 –	Distribuição das categorias das consequências positivas e negativas para os profissionais de enfermagem frente às manobras de RCP (N=16). São José do Rio Preto, 2012	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACLS	Advanced Cardiac Life Support
AHA	American Heart Association
BLS	Basic Life Support
DEA	Desfibrilador externo automático
DNR	Do-Not-Resuscitate ordens (ordem de não-ressuscitar)
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do rio Preto
FV	Fibrilação ventricular
ILCOR	International Liaison Committe on Resuscitation
J	Joules
PA	Pronto Atendimento
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PCR	Parada cardiorrespiratória
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
ALS	Advanced Life Support
SAVC	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
SBV	Suporte Básico de Vida
SJRP	São José do Rio Preto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica do Incidente Crítico
TV	Taquicardia Ventricular
AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
USP	Universidade de São Paulo
ILCOR	International Liasion Committe on Resuscitation
SBP	Suporte Básico em Pediatria
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACE	Atendimento Cardiovascular em Emergência
SME	Serviço Médico de Emergência

SUMÁRIO

1.	Introdução	13
2.	Referencial Teórico	19
2.1	Considerações Gerais	20
2.2	Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar: diretrizes da American Heart Association (AHA)	20
3.	Objetivos	32
3.1	Objetivo Geral	33
3.2	Objetivos Específicos	33
4.	Material e Método	34
4.1	Tipo de Estudo	35
4.2	Pesquisa Qualitativa	35
4.3	Pesquisa Quantitativa	36
4.4	A Técnica do Incidente Crítico	36
4.5	Local de Estudo	40
4.6	A realização das Manobras de RCP no Hospital de Base de São José do Rio Preto	41
4.7	População	41
4.8	Aspectos Éticos da Pesquisa	42
4.9	Procedimento para a Coleta de Dados	42
4.10	Procedimentos para Análise dos Dados	45
5.	Resultados e Discussão	49
5.1	Caracterização dos participantes do Estudo.....	50
5.2	Identificação e análise das situações.....	56
5.2.1	Competências do Atendimento à PCR/RCP.....	57
5.2.1.1	Habilidades Cognitivas para o atendimento à PCR/RCP.....	59
5.2.1.2	Habilidades Interpessoais.....	63
5.2.1.3	Habilidades Técnicas	67
5.2.1.4	Habilidades Éticas/Legais.....	69
5.2.2	Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP.....	72
5.2.3	Estrutura e Ambiente na RCP.....	73
5.2.4	Eventos Adversos na RCP.....	75

5.2.5	Capacitação da equipe de enfermagem frente à PCR/RCP.....	77
5.3	Identificação e análise dos Comportamentos.....	78
5.3.1	Identificação e análise dos Comportamentos Positivos.....	79
5.3.1.1	Aplicando a Sistematização no Atendimento à PCR/RCP.....	80
5.3.1.2	Estabelecendo Gestão durante a RCP.....	82
5.3.1.3	Utilizando novas Tecnologias na RCP.....	84
5.3.2	Identificação e análise do Comportamentos Negativos.....	85
5.3.2.1	Convivendo com a dificuldade de Habilidades Técnicas.....	85
5.3.2.2	Vivenciando a Falta de Sistematização no atendimento à PCR/RCP	87
5.3.2.3	Convivendo com recursos humanos e equipamentos insuficientes.....	88
5.3.2.4	Organizando o ambiente.....	90
5.3.2.5	Percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP.....	91
5.3.2.6	Observando a falta de Capacitação Permanente da equipe na RCP..	92
5.4	Identificação e Análise das Consequências Imediatas.....	95
5.4.1	Consequências Imediatas ao Paciente/Cliente.....	95
5.4.1.1	Óbito.....	95
5.4.1.2	Restabelecimento das funções vitais.....	95
5.4.2	Consequências imediatas para a Equipe de Enfermagem.....	96
5.4.2.1	Saber lidar com o sofrimento da perda.....	98
5.4.2.2	RCP bem sucedida e os sentimentos dos profissionais de enfermagem.....	99
5.5	Estabelecimento das exigências críticas no atendimento à PCR/RCP.....	100
6	Conclusão	105
7	Considerações Finais	111
	Referências bibliográficas	114
	Apêndices	128
	Anexos	133

1 INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a situação de maior emergência dentre todas as situações emergenciais atendidas nos serviços pré e intra-hospitalares. A morte súbita é uma das principais causas de óbito nos países industrializados e é um importante problema de saúde pública em vários países. Aproximadamente 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar aos hospitais. A taxa de sobrevivência das vítimas em que a PCR ocorre fora do ambiente hospitalar continua baixa (LUCIANO et al., 2010; MORETTI; FERREIRA, 2010, TIMERMAN et al., 2010). Apesar da PCR ser considerada um evento mais freqüente fora do ambiente hospitalar, dentro do hospital também é uma das principais causas de morbidade e mortalidade (THIGPEN et al., 2010).

A doença isquêmica do coração é a principal causa de mortalidade no mundo, sendo responsável por mais de 60% das 335 mil mortes anuais relacionadas às doenças coronarianas nos Estados Unidos. No mundo ocidental, inclusive no Brasil, o infarto agudo do miocárdio é responsável por grande número de óbito (AVEZUM et al., 2009; DAKIN, 2005; NICOLAU et al., 2007; NOLAN, 2005).

As estimativas sobre o número anual de paradas cardíacas fora do hospital variam muito, os Estados Unidos estimam que aproximadamente 330.000 pessoas morram anualmente nessa situação (AHA, 2005; AHA, 2010). Em adultos, a parada cardíaca relaciona-se com doença arterial coronariana, presente em aproximadamente 50% dos pacientes com mais de 35 anos de idade (NOLAN et al., 2010; ZHENG et al., 2001). As doenças cardiovasculares prevalecem como a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo e representam também a principal causa de incapacidade. No Brasil, a exemplo do mundo, o infarto agudo do miocárdio possui relevante impacto em termos de mortalidade e número de hospitalizações, resultado extensivo ao Estado e ao Município de São Paulo (AVEZUM et al., 2009; DALLAN; TIMERMAN, 2010; DEAKIN; NOLAN, 2005; GUIMARAES; AVEZUM; PIEGAS, 2006; NICOLAU et al., 2007; NOLAN, 2005; NOLAN et al., 2005).

Na Europa, com 46 países e uma população de 730 bilhões de pessoas, a incidência de PCR ocorre em torno de 0,4 a 1 por cento a cada 1000 habitantes por

ano, isto envolve em média 350 mil a 700 mil pessoas e aproximadamente 275 mil pessoas que apresentam PCR são atendidas pelo Serviço Médico de Emergência Europeu (ATWOOD; EISENBERG; HERLITZ, 2005; THIGPEN, et al., 2010).

A PCR fora da instituição hospitalar é tida como a terceira causa de morte nos Estados Unidos da América (EUA). Já as doenças isquêmicas cardíacas são consideradas as principais causas de morte súbita na Europa e EUA (NICHOL et al., 2010).

A PCR é uma situação de grande estresse, uma vez que a única chance de sobrevivência do paciente está vinculada à identificação precoce desse evento e à intervenção rápida e eficaz, a fim de possibilitar o retorno espontâneo da ventilação e da circulação, com o mínimo de seqüelas (PAZIN FILHO et al., 2003; NOLAN et al., 2010; TIMERMAN, et al., 2010).

A PCR é definida pela ocorrência súbita de interrupção da circulação sanguínea, culminando em perda da consciência sendo responsável por morbidade e mortalidade elevadas, mesmo em situações de atendimento ideal, e é considerada um grave problema de saúde pública (VAILLANCOURT; STIELL, 2004; CHUGH et al., 2004). Atualmente, a taxa de sobrevivência nacional para intra-hospitalar é apenas cerca de 17% (LUCIANO et al., 2010; MORETTI; FERREIRA, 2010; TIMERMAN et al., 2010).

Durante o atendimento à PCR, o tempo é uma variável importante, estimando-se que para cada minuto em que a vítima fica sem Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) cerca de 10% de sua sobrevivência fica diminuída, motivo pelo qual a maior parte das vítimas morre fora dos hospitais sem receber intervenção, dessa forma (AHA, 2010; MORETTI; FERREIRA, 2010). A causa da parada cardíaca intra-hospitalar é muitas vezes considerada diferente do ambiente extra hospitalar, mas o processo em ambas as situações requer tratamento imediato (AHA, 2010; AHA, 2005). As ações que aumentam as chances de sobrevivência das vítimas de morte súbita são chamadas de Corrente de sobrevivência do adulto, seguidas do Suporte Básico (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAVC) (DEAKIN et al., 2010; LUCIANO et al., 2010; NOLAN, 2005).

Desta forma a ciência da RCP continua a avançar e os guidelines clínicos são atualizados regularmente para refletir este desenvolvimento e aconselhar os

profissionais da saúde para melhorar suas práticas (NOLAN, 2005; NOLAN et al., 2010).

Isso tem levado os Comitês internacionais de revisão sobre a ressuscitação cardiopulmonar, rever suas diretrizes e simplificar o processo do atendimento da PCR para auxiliar na retenção de habilidades juntamente com o aumento do número de compressões torácicas externas (CTE) e para fornecer oxigênio ao coração e o cérebro (AHA, 2005; AHA, 2010). Também é indicada a necessidade de prosseguir com a investigação em métodos de ensino que possam aumentar a retenção da RCP nos conhecimentos e nas habilidades, um esforço para influenciar positivamente os resultados do atendimento da PCR (SOAR et al., 2010).

A *American Heart Association* (AHA), por meio do Comitê Internacional de Ressuscitação realizou revisão da literatura com o tema ressuscitação cardiopulmonar em 2003 publicando as diretrizes de 2005. O comitê novamente revisou suas diretrizes e, em 2010, divulgada no mês de outubro uma versão atualizada com uma síntese dessa nova diretriz em português, com a missão de identificar e revisar as ciências e o conhecimento internacionais relevantes em PCR e oferecer consenso nas recomendações de atendimento a PCR (AHA, 2010; NOLAN, 2005).

A sobrevivência das vítimas em situação de PCR é determinada pela qualidade da aplicação de evidência científica, da eficácia da educação e dos recursos empregados para a implementação do guideline de RCP (ABELLA, et al., 2005; CHAMBERLAIN; HAZINSKI, 2003; WIK et al., 2005).

A corrente de sobrevivência enfatiza a necessidade de resposta rápida em tais emergências por meio do reconhecimento precoce dos eventos que são: o reconhecimento imediato da emergência e ativação dos serviços médicos de emergência (SME), RCP imediata, desfibrilação precoce, suporte avançado de vida imediato e cuidados pós-ressuscitação iniciados imediatamente após o retorno à circulação espontânea (DEAKIN et al., 2010; GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; LUCIANO et al., 2010; NOLAN, 2005;). Para facilitar o uso desses passos, cursos formais de treinamento têm sido desenvolvidos para pessoas leigas e socorristas profissionais (MORETTI et al., 2007; SOAR et al 2010) e uma atenção importante esta sendo dada na formação dos enfermeiros durante seu período de graduação (HAMILTON, 2005; MADDEN, 2006).

De acordo com a *American Heart Association* o suporte de vida avançado (SVA) é fornecido aos pacientes dentro das instituições hospitalares pelas equipes multidisciplinares como a equipe médica e a de enfermagem, associando procedimentos invasivos aos equipamentos e medicamentos existentes nas instituições, independente do setor hospitalar (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; NOLAN et al., 2005; SOAR et al., 2010).

Assim, a Fundação Interamericana do Coração enfatiza que o diagnóstico de PCR é clínico e observado quando os seguintes sinais estão presentes no paciente: perda da consciência, respiração agônica (Gaspings) ou apnéia e ausência de pulsos em grandes artérias, sendo o sinal clínico de certeza, a ausência de pulsos carotídeos (AHA, 2005; DEAKIN et al., 2010; LUCIANO et al., 2010).

Segundo Kostera et al. (2010) a parada cardíaca súbita lidera a causa de morte na Europa afetam aproximadamente 350.000-700.000 indivíduos por ano em cerca de 25 a 30%, o ritmo inicial encontrado é a fibrilação ventricular, que é um ritmo caótico caracterizado por rápidas despolarizações e repolarizações do ventrículo. Outros ritmos podem ocorrer também sob a forma de taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia (DEAKIN et al., 2010; GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; HANDLEY et al., 2005; NOLAN et al., 2005), porém, com uma incidência menor.

Dessa maneira é necessária uma equipe treinada para realizar a identificação da PCR o mais precocemente possível, iniciando assim o suporte básico (BLS) e avançado de vida (ACLS) em RCP (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; NOLAN et al., 2005; SOAR et al., 2010).

De acordo com a AHA as unidades de Emergência assim como as demais unidades hospitalares exigem que a equipe de enfermagem, composta por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros, seja bem treinada a fim de reconhecer a PCR e iniciar as manobras de RCP no menor intervalo de tempo possível, na tentativa de que o equilíbrio orgânico do paciente seja restaurado (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; NOLAN et al., 2005; SOAR et al., 2010).

A aquisição e retenção de conhecimentos e habilidades em RCP para a enfermagem e a equipe do atendimento desta emergência, é uma preocupação destacada nos últimos 20 anos de pesquisa sobre esse tema (GOMBESKI et al., 1982; HAMILTON, 2005; MOSER; COLEMAN, 1992; OERMANN et al., 2010).

As enfermeiras assim com os outros membros da equipe de enfermagem frequentemente são as primeiras pessoas a reconhecerem que um paciente apresenta uma parada cardiorrespiratória, portanto, elas precisam ser capazes de executar um atendimento de RCP com eficácia, qualidade, conforme as recomendações estabelecidas pelo *Guideline* da AHA (AHA, 2005; AHA 2010; DAVIES, GOULD, 2000; HAMILTON, 2005; MADDEN, 2006; NYMAN, SIHVONEN, 2000; SOAR et al., 2010). Dessa forma as equipes das unidades de emergência devem estar preparadas para as situações de urgência e emergência e o enfermeiro é um dos profissionais que deve efetivamente, atender os casos de maior complexidade, incluindo as intervenções com clientes em PCR iniciando o suporte básico de vida e auxiliando no suporte avançado. Os profissionais de saúde, para atuarem com segurança e garantir a sobrevivência do paciente, devem ter o preparo e o conhecimento sobre as manobras de reanimação (ALMEIDA et al., 2011).

Silva e Padilha (2000) e Tallo et al. (2012), relatam em seu estudo acerca do tema PCR/RCP questões como as causas e conseqüências de ações bem ou mal executadas diante do diagnóstico e da intervenção, problemas relativos a equipamentos e recursos materiais, atendimento com descaso frente à PCR/RCP expondo a necessidade da investigação e capacitação dos profissionais de enfermagem para atuação em PCR/RCP.

Assim, emerge o desejo de investigar a vivência da equipe de enfermagem no atendimento à PCR/RCP em uma unidade de Emergência relacionado aos aspectos que marcaram suas experiências positivas e negativas no contexto hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações Gerais

Para os profissionais de saúde a PCR e a realização da RCP são eventos de extrema importância dentro da assistência emergencial, situação na qual se exige a execução de técnicas adequadas e agilidade para prestar um atendimento de qualidade. A publicação de guias com manobras de RCP é uma maneira de otimizar o trabalho da equipe de saúde e aumentar a sobrevivência dos pacientes em PCR (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; LUCIANO et al., 2010; MORETTI; FERREIRA, 2010; TIMERMAN et al., 2010).

Sendo assim, as vivências no atendimento à PCR/RCP pela equipe de enfermagem levará a realização de mais este estudo.

2.2 Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiorrespiratória: diretrizes da *American Heart Association*

A parada cardíaca caracteriza-se pela interrupção súbita da circulação sistêmica em um indivíduo com expectativa de vida, ou seja, não portador de doença crônica intratável ou em fase terminal (FEITOSA- FILHO et al., 2006).

Nos instantes precedentes a parada cardíaca ou que imediatamente a sucedem, ocorre a interrupção da atividade respiratória, caracterizada pela ausência de movimentos torácicos inspiratórios efetivos evento este, definido como parada cardiorrespiratória (PCR) (FEITOSA- FILHO et al., 2006; GONZALEZ; TIMERMAN, 2010).

O conjunto de procedimentos que visam ao restabelecimento da circulação de sangue oxigenado para o cérebro e outros órgãos vitais é conhecido como RCP. Segundo o AHA a RCP é reconhecida como as manobras realizadas para promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente ao coração e ao

cérebro, na tentativa de manter a viabilidade tissular, até que sejam recuperadas as funções ventilatórias e cardíacas espontâneas (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; NOLAN, 2005).

Em seu estudo Cristina (2006), refere-se ao ato de reanimar como restituição do sopro da vida, a alma do vivente, pois no latim, segundo a autora, a composição da palavra reanimação apresenta-se da seguinte forma: prefixo re + anima e do sufixo – cã, no qual “anima” tem o significado tanto de respiração quanto de sopro, assim como de alma e vida, representando mais uma vez a vida como a entrada de ar nos pulmões.

Nos tempos atuais, o termo reanimação tem sido usado preferencialmente na área da cardiologia contemporânea, se comparado com o termo ressuscitação nos casos de parada cardiovascular, talvez pela conotação mágico-religiosa que o termo ressuscitação adquiriu ao longo da história, no qual ressuscitar traz-nos à mente o milagre da ressurreição, á volta à vida de quem já se encontrava definitivamente morto, como nos exemplos bíblicos da ressurreição de Lázaro, da filha de Jairo e do próprio Cristo (CRISTINA, 2006).

Uma descrição interessante na literatura acompanha a evolução no mundo e no Brasil sobre a RCP (TIMERMAN et al., 2010). Na década de 1960 reconhece-se a importância do conceito de reanimação de emergência, observado por Kouwenhoven e cols., que obtiveram sucesso utilizando uma combinação de compressões cardíacas, desfibrilação, respirações de resgate e drogas cardiotônicas (DANE et al., 2000).

Logo após a publicação feita por Kouwenhoven e cols., em 1961, descrevendo o processo de ressuscitação cardiopulmonar, iniciou-se o processo de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar nos Estados Unidos da América (EUA) (KAYE; MANCINI, 1998). Percebendo o grande potencial da RCP, a *American Heart Association* (AHA) criou o Comitê de Reanimação Cardiorrespiratória, em seguida transformou-se no *Committee on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care*. Esse comitê, a partir de então, se organiza em frentes de trabalho para o desenvolvimento de pesquisas, para programas de treinamento e para a padronização da RCP evoluindo para o que hoje se conhece como o suporte básico de vida (*Basic Life Support*, BLS) e do suporte de vida avançado (*Advanced Cardiac Life Support*, ACLS) (TIMERMAN et al., 2010).

Em meio a essa proposta muito se construiu ao longo dessas décadas, com elos fundamentais na produção científica, com pesquisas buscando as melhores evidências para tratar a vítima em PCR, no desenvolvimento de manequins e simuladores para treinamento de profissionais da saúde e leigos em RCP, junto aos programas de treinamento e, nas inovações tecnológicas de equipamentos para desfibrilação cardíaca.

A *National Academy of Sciences* e o *National Research Council* dos Estados Unidos, em 1966, reuniram-se para estabelecer o consenso sobre ressuscitação cardiopulmonar e determinar os métodos utilizados na época pela AHA, e a partir de então sucederam-se várias outras reuniões (1973, 1979, 1985, 1992, 2000, 2005 e 2010), que objetivaram revisar os avanços propostos e determinar as recomendações com base nas evidências científicas (TIMERMAN et al., 2010).

Valendo-se então do conjunto dessas reuniões, em 1992 surge o *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR), um fórum entre as principais organizações de ressuscitação de todo o mundo, imbuídos dos esforços para estabelecer e disseminar informações sobre as diretrizes em RCP e organizando o processo de treinamento e da educação (TIMERMAN et al., 2010). A ordenação resultante desse processo de trabalho do ILCOR se traduz, concretamente em revisar os avanços propostos frente à ciência da ressuscitação (AHA, 2010).

A ILCOR se reúne duas vezes por ano, geralmente, alternando o local entre os Estados Unidos e em outro país (AHA, 2005; AHA, 2010). Em colaboração com a AHA, o ILCOR produziu as primeiras Diretrizes Internacionais de RCP em 2000 e 2005. Mais uma vez, em colaboração com a AHA, o ILCOR coordenou uma revisão baseada em evidências da ciência de reanimação, que culminou na Conferência de Consenso em fevereiro de 2010 (TIMERMAN et al., 2010).

Esse movimento de trabalho realizado pelo ILCOR para os consensos internacionais de ressuscitação estabelece as diretrizes internacionais no atendimento de emergência cardiovascular para o Suporte Básico de Vida (BLS), Suporte de Vida em Pediatria (SVP e PALS) e Suporte Avançado de Vida (ALS – ACLS), dando ênfase na efetividade da educação e a abordagens de treinamento e tópicos relacionados com a organização e a implementação do Atendimento em Emergências Cardiovasculares (TIMERMAN et al., 2010).

O *Advanced Life Support* (ALS) foi desenvolvido no Reino Unido em 1992 tendo como ênfase um curso multidisciplinar e prático, em que médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde treinavam lado a lado (NOLAN, 2001).

O ALS é amplamente utilizado para o desenvolvimento profissional e é reconhecido como padrão ouro em avaliar competências em avançada ressuscitação no Reino Unido e Europa. Um componente chave da estratégia de avaliação é o cenário teste de parada cardíaca (CASTest) durante o qual o candidato é avaliado em suas habilidades para gerenciar uma PCR em situação de simulação (PERKINS et al., 2007).

O Suporte Básico de Vida – *Basic Life Support* (SBV – BLS) tem como principal objetivo propiciar o atendimento imediato das pessoas em situação de PCR (AHA, 2005; AHA, 2010; LUCIANO et al., 2010). A sobrevivência dessas vítimas está atrelada a organização de um sistema de atendimento emergencial ágil e eficiente e nesse sentido a AHA estabeleceu a corrente de sobrevivência há mais de duas décadas (CUMMINS et al., 1991). Em torno dessas ações concretas que se estabelecem e se expressam os padrões para o atendimento, tendo como objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões (AHA, 2005; LUCIANO et al., 2010).

A presença de lesão cerebral explica-se pela alta complexidade dos neurônios, células mais sensíveis aos efeitos da hipóxia. A interrupção total da circulação cerebral por 10 a 20 segundos é suficiente para provocar a perda dos sentidos e inconsciência, com alterações significativas no traçado eletroencefalográfico e após 1 minuto sem circulação, as pupilas tornam-se midriáticas e fixas e em 4 a 5 minutos, os depósitos de ATP (adenosina trifosfato) e glicose nos neurônios esgotam-se e, se a circulação não for restabelecida rapidamente, as alterações são irreversíveis (GUIMARÃES, 1992).

Para um bom desempenho durante o atendimento a 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 e a ocorrência mínima de sequelas (SILVA, 2006).

Sabendo-se, pois, que o trabalho em preparar profissionais da saúde para o atendimento da PCR é um grande desafio, a AHA apropriou-se de técnicas de ensino que pudessem favorecer a retenção do conhecimento e das habilidades para realizar a RCP (PAZIN FILHO et al., 2007).

Os cursos de BLS foram introduzidos no Brasil há mais de 14 anos, como resultado de iniciativa da Sociedade Brasileira de Cardiologia, por meio da Fundação do Coração (FunCor) (PAZIN FILHO et al., 2007). Os aspectos básicos desses cursos são constituídos por um conjunto de procedimentos que podem ser executados por profissionais da área da saúde e também por leigos, consistindo nas compressões torácicas externas, respiração (boca-a-boca; boca-nariz; boca-estoma e com bolsa-valva-máscara, e nesse caso pelos profissionais da saúde); desfibrilação externa automática (DEA) (AHA, 2010; AHA, 2005).

Os manuais de treinamento em RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) do BLS, da AHA, embasados nas atuais diretrizes de 2010 favorecem uma ampla revisão da literatura sobre o tema e diversos debates e discussões com especialistas internacionais em ressuscitação e membros do Comitê e Subcomitês de ACE da AHA (AHA, 2005; AHA, 2010). O Consenso Internacional sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento são, simultaneamente, publicados na *Circulation* e *Resuscitation*, que interpretou dezenas de milhares de estudos de ressuscitação revisados por pares (AHA, 2010; TIMERMAN et al., 2010). Este processo internacional de avaliação de evidências, ocorrido em 2010, analisou, discutiu e debateu as pesquisas em ressuscitação sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento no início do ano de 2010, trazendo as inovações referentes à PCR/RCP (AHA, 2010).

Para entender o conjunto dos princípios que atualmente são realizados para atender a uma vítima em situação de PCR apresenta-se a seguir a seqüência de informações dos principais elementos no âmbito da RCP, segundo as novas diretrizes da AHA (2010).

As Diretrizes da AHA (2010) para RCP e ACE após seu último consenso recomendam uma alteração na seqüência de procedimentos de SBV de via aérea, respiração, compressões torácicas A-B-C para C-A-B compressões torácicas, via aérea, respiração em adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos). Essa alteração fundamental na seqüência de RCP exigirá, de todos, um novo treinamento,

mesmo os já treinados em RCP. O consenso entre os autores das Diretrizes de 2010 da AHA é de que a mudança trará benefício e valerá o esforço (AHA, 2010).

O suporte básico de vida (SBV) é descrito como uma seqüência de ações, o que implica continuidade para o socorrista que atua sozinho. A maioria dos profissionais de saúde, contudo, em ambientes de atenção em saúde, trabalha em equipe, cujos membros, geralmente, médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem executam as ações de SBV simultaneamente. Um socorrista, por exemplo, inicia imediatamente as compressões torácicas, enquanto outro socorrista busca um desfibrilador e chama o serviço de uma Unidade de Suporte Avançado (USA) fixo ou móvel, dependendo do contexto de ambiente de atendimento de saúde (UBS ou intra-hospitalar e até mesmo extra-hospitalar) e um terceiro abre a via aérea e aplica ventilações. Caso não haja esse terceiro elemento, quando o segundo socorrista volta para junto da vítima ele inicia abertura das vias aéreas e aplica as ventilações. Os profissionais de saúde são, novamente, incentivados a desenvolver as ações de resgate. Um profissional de saúde que testemunhe, sozinho, o colapso repentino de uma vítima, deverá presumir que a vítima sofreu uma PCR com um ritmo chocável/desfibrilável e imediatamente deve acionar o serviço de emergência, buscar um desfibrilador, caso exista no local, e retornar a vítima para aplicação da RCP usando o desfibrilador, no caso o DEA (Desfibrilador Externo Automático). Mas se a vítima for um suposto caso de PCR por asfixia, como em casos de afogamento, a prioridade seria aplicar compressões torácicas com ventilação de resgate por cerca de cinco ciclos (aproximadamente dois minutos) antes de acionar o serviço de emergência.

Desta forma a RCP pode ser realizada tanto no atendimento pré hospitalar quanto no intra hospitalar, sendo diferenciada pela tecnologia usada durante o atendimento, porém ambas devem seguir o protocolo das manobras de RCP (C- Circulação; A- abertura de vias aéreas; B- ventilação / oxigenação; D- Desfibrilação) como sugerem alguns estudiosos (AHA, 2005; GONZALEZ, TIMERMAN, 2010; NOLAN et al., 2005).

O algoritmo de SBV Adulto referente à sequência C – A – B, fica assim descrito segundo a AHA (2010):

C – “Iniciar compressões torácicas antes das ventilações”. Reconhecimento imediato da PCR com o acionamento do serviço de emergência deverá ocorrer logo após a identificação de que a vítima adulta não responde, está sem respiração ou apresenta respiração anormal (isto é, apenas gasping). Os sinais de circulação serão avaliados e a confirmação da ausência de pulso, não palpável na artéria carotídea, pelo socorrista, no caso o membro da equipe de enfermagem, deve ser realizado na artéria do lado próximo a si. Esse profissional de saúde não deve levar mais do que 10 segundos verificando o pulso e, caso não sinta o pulso, deve iniciar a RCP e usar o DEA/DAE, se disponível.

Uma das alterações feitas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE é o início das compressões torácicas antes das ventilações. Realizar compressões torácicas, com a região hipotenar de uma mão, com os dedos estendidos e a segunda mão por cima, no centro do tórax, entre os mamilos. O esterno adulto deve ser comprimido, no mínimo, cinco cm. É sensato que os socorristas e profissionais de saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 compressões por minuto. As compressões torácicas eficazes restabelecem o fluxo sanguíneo durante a RCP. As diretrizes enfatizam os seguintes aspectos sobre as compressões torácicas aplicada durante a RCP: para aplicação de compressões torácicas eficazes, todos os socorristas devem fazer “compressão forte, rápida, sem parar”. Permitir que o tórax recue totalmente (retorne à posição normal) após cada compressão, e utilizar aproximadamente o mesmo tempo para compressão e relaxamento; tentar minimizar as interrupções das compressões torácicas. Cada vez que as compressões torácicas são interrompidas, o fluxo sanguíneo cessa. As compressões torácicas produzem uma pequena quantidade de fluxo sanguíneo para os órgãos vitais, como cérebro e o coração. Quanto melhor forem as compressões torácicas realizadas (ou seja, com frequência e profundidade adequadas e permitindo o total recuo do tórax), maior será o fluxo sanguíneo que produzem. Cada vez que as compressões torácicas são reiniciadas, as primeiras compressões não são tão eficazes quanto às aplicadas a seguir. Quanto mais interrupções das compressões torácicas, menor a chance de sobrevivência da vítima de uma parada cardíaca.

A – Vias aéreas: o acesso do deslocamento de ar é feito rapidamente quando o profissional da saúde abre a via aérea com a manobra de inclinação da cabeça e

elevação do mento (na suspeita de trauma o profissional de saúde deverá realizar a anteriorização da mandíbula). O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da sequência de avaliação da respiração após a abertura da via aérea.

B – Respiração: Na ausência de movimentos respiratórios, ou mesmo se houver o gasping, ventilar o paciente. Se viável, imediatamente, inserir uma cânula orofaríngea e iniciar as ventilações com uma máscara facial de bolso: são duas ventilações de resgate, com 1 segundo de duração cada. Durante a RCP, o fluxo de sangue para os pulmões é muito menor que o normal, portanto, a vítima necessita menos ventilação que normalmente, como o procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido após a aplicação de 30 compressões, o socorrista, que atuar sozinho, deveria abrir a via aérea da vítima e aplicar duas ventilações. É importante limitar o tempo usado para aplicar as respirações de resgate, para reduzir as interrupções das compressões torácicas, mas ao se optar por realizar a colocação da cânula orofaríngea, essa deve ser feita por algum profissional experiente, caso contrário, priorize as compressões. As respirações de resgate aplicadas durante a RCP aumentam a pressão torácica, essa pressão reduz a quantidade de sangue que enche o coração que, por sua vez, diminui o fluxo de sangue gerado pela próxima série de compressões torácicas. Por todas essas razões, a hiperventilação (respirações em número excessivo ou com um volume muito grande) não é necessária. Além disso, a aplicação de respirações longas e forçadas pode causar distensão gástrica e suas complicações. A relação compressões x Ventilações mantém 30:2.

As Diretrizes da AHA (2010) para RCP e ACE em relação às terapias elétricas foram atualizadas, os novos dados sobre desfibrilação em alterações do ritmo cardíaco, ocorreram para que houvesse uma reflexão. Não foram recomendadas grandes alterações em relação à desfibrilação. Manteve-se a ênfase na desfibrilação precoce integrada com RCP de alta qualidade que é a chave para melhorar a sobrevivência à PCR súbita.

Um das principais alterações nessa nova diretriz é o uso de DEAs em hospitais. Apesar de uma evidência limitada, os DEAs podem ser considerados para o ambiente hospitalar uma maneira de facilitar a desfibrilação precoce, especialmente porque o pessoal que trabalha em áreas onde não há habilidades em reconhecer as alterações do ritmo cardíaco, o uso de DEAs pode melhorar a

sobrevivência em uma PCR (meta de administração de choques em igual ou menor tempo de três minutos do colapso). Os hospitais devem monitorar os intervalos entre o colapso e o primeiro choque e os resultados da ressuscitação.

Outra alteração é a integração dos DEAs à Cadeia de Sobrevivência com acesso ao público a desfibrilação, recomendando-se, mais uma vez, estabelecer programas de DEAs em locais públicos nos quais exista probabilidade relativamente alta de PCR presenciada (aeroportos, instituições esportivas, shopping, etc.). Para o alcance desses programas, continua ênfase e a importância de organizar, planejar, treinar, criar parceria com o sistema de

SME e estabelecer um processo de continuo aperfeiçoamento da qualidade.

O socorrista deverá instalar e usar o DEA assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões (dois minutos de compressões) imediatamente após cada choque.

Desfibrilar se fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso (FV e TVSP) forem identificadas. Para uma vítima adulta, a dose utilizada para a desfibrilação com aparelho monofásico é de 360 J e de 120 a 200 J para onda bifásica retilínea. Após o choque, devem ser realizados cinco ciclos de compressões e ventilações, que correspondem a, aproximadamente dois minutos de RCP, antes da nova verificação do ritmo cardíaco. Atualmente os desfibriladores disponíveis, 85% do ritmo fibrilação ventricular conseguem ser revertidos.

Em alguns casos, se o primeiro choque não for bem sucedido, reiniciar a RCP provavelmente terá um resultado melhor que aplicar outro choque. Um breve período de compressões torácicas pode fornecer oxigênio e energia ao coração, o que aumenta a probabilidade de que um choque venha a eliminar a FV e retorne a circulação espontânea, isso porque quando um choque reverte a FV, demora vários minutos até retorno a um ritmo cardíaco normal e mais tempo ainda para o coração restabelecer um fluxo sanguíneo, aumentando assim, sua a capacidade de bombear sangue eficazmente, após a aplicação do choque.

O atendimento com o Suporte Básico de Vida (C-A-B), com a tentativa de desfibrilação precoce do paciente, deve-se manter com a ressuscitação cardiopulmonar, ciclos de 30 compressões para duas ventilações, repetindo cada

cinco ciclos um choque, até que esteja disponível Suporte Avançado de Vida em Cardiologia.

Para o atendimento avançado em vida, serão necessárias técnicas avançadas e invasivas para o manejo do paciente em PCR. A equipe do atendimento especializado deverá obter o controle invasivo da vias aéreas, acesso venoso para administração de medicamentos, monitoração cardíaca e a identificação da causa de parada cardíaca, na tentativa de restituir as funções vitais de respiração e circulação do paciente, e, quando bem-sucedido, permanecerá reavaliando e tratando a vítima, até que esta seja transferida aos cuidados de uma Unidade de Terapia Intensiva, e iniciando os cuidados pós-ressuscitação (GONZALEZ; TIMERMAN, 2010; GRASSIA, 2010).

Aplicação da terapia medicamentosa na RCP segundo a AHA (2005) e AHA (2010), trouxeram modificações importantes se associadas com uma RCP de qualidade.

Para que a aplicação do atendimento avançado seja eficaz, deve-se começar o atendimento do SBV com qualidade e principalmente com a realização de RCP de alta qualidade.

As modificações no tratamento da parada cardíaca para o atendimento avançado foram idealizadas para minimizar as interrupções das compressões torácicas durante a verificação do pulso e para a realização da terapia medicamentosa. As interrupções devem acontecer o mínimo possível, portanto, o chefe da equipe de ressuscitação ou o líder que coordenada o atendimento, deve planejar as intervenções durante o atendimento, como verificação do ritmo, o estabelecimento de uma via aérea e, até mesmo, a administração de medicamentos, em determinados momentos.

Os efeitos potenciais de quaisquer medicamentos sobre a evolução de uma parada cardiorrespiratória com FV são minimizados pelos efeitos potenciais de uma RCP imediata e de alta qualidade e pela desfibrilação precoce. É dada uma ênfase muito menor para a terapia com medicamentos, durante a parada cardíaca, e muito mais ênfase para a RCP com interrupções mínimas das compressões torácicas.

Quando a administração de medicamentos é indicada, ela deve ocorrer: durante a RCP; imediatamente após a verificação do ritmo cardíaco; pode ser administrado enquanto o desfibrilador esta sendo carregado ou durante a RCP

realizada imediatamente após a aplicação do choque. A administração do medicamento não deve interromper a RCP. A equipe de atendimento deve preparar a próxima dose do medicamento, para que possa ser realizado imediatamente após a nova verificação do ritmo. Essa estratégia requer organização e planejamento. As diretrizes enfatizam que o momento de administração do medicamento é menos importante que a necessidade de minimizar as interrupções das compressões torácicas.

Os benefícios da administração imediata do medicamento após a verificação do ritmo cardíaco estão relacionados ao fato da escolha adequada do medicamento para tratar o ritmo detectado.

Ao se verificar se deparar com a presença de FV / TVSP deve-se administrar um choque imediato, pois esse é o tratamento mais efetivo para esses tipos de ritmo cardíaco, caso haja a persistência de FV / TV um vasopressor ou um antiarrítmico adequado deve ser administrado o quanto antes. O medicamento antiarrítmico de escolha é a epinefrina e pode ser administrada a cada três a cinco minutos. O medicamento pode ser administrado durante a realização da RCP que precede a aplicação do choque (até que o desfibrilador esteja carregado) ou logo após a sua aplicação. A dose para sua utilização é de 1 mg a cada três a cinco minutos e não há dosagem máxima para aplicação.

Quando FV / TV sem pulso persistir após dois a três choques, associados à RCP e a administração de um vasopressor, deve-se considerar a possibilidade de administrar um antiarrítmico, como a amiodarona. Caso a amiodarona não esteja disponível, pode-se considerar a possibilidade de administrar lidocaína.

Os vasopressores também podem ser utilizados durante a PCR e são administrados por uma via de acesso intravenosa ou intra-óssea, quando estabelecida. Tipicamente após o primeiro ou segundo choque. Uma única dose de vasopressina pode ser administrada ao invés da primeira ou segunda dose de epinefrina.

Para o tratamento da assistolia / atividade elétrica sem pulso a epinefrina pode ser administrada também a cada três a cinco minutos e uma dose única de vasopressina pode substituir a primeira ou segunda dose de epinefrina.

De acordo com AHA (2010), atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento de AESP/assistolia e foi retirada do atendimento avançado para

PCR, pois segundo estudos de evidência disponível sugerem ser improvável que o uso de rotina da atropina durante AESP ou assistolia produza benefícios terapêuticos. Por essa razão, a atropina foi retirada do algoritmo da PCR.

Outro aspecto considerado importante no atendimento da PCR diz respeito à documentação dos dados do evento e dos procedimentos realizados pela equipe na RCP. Para que as informações do atendimento à PCR pudessem ser agregadas e analisadas de forma única, foi desenvolvido um guia de orientações com um relatório padrão para coleta de dados de PCR *In-hospital Utstein Style* (CUMMINS et al., 1997), traduzido e adaptado para a língua português por Avansi (2007).

Esse instrumento padrão divide-se em blocos de informações relativas ao paciente, ao momento da PCR, aos resultados atingidos após o atendimento, e informações adicionais acerca do evento. As informações em relação ao paciente são coletadas de forma retrospectiva; as informações referentes ao momento no evento são coletadas no instante em que este acontece e aquelas que se reportam aos resultados da ressuscitação, colhidas com o acompanhamento de cada indivíduo ao longo de sua permanência no hospital e, de até um ano, após sua alta. A avaliação neurológica para acompanhamento é feita pela escala de Coma de Glasgow e pela escala de Categoria de Performance Cerebral (AVANSI, 2007; LIPPERT et al., 2010;).

Este relatório, já de uso internacional, trouxe a padronização em pesquisas na área de PCR, possibilitando comparações de condutas e resultados, bem como discussões sobre a qualidade da atuação dos profissionais e sua utilização, em nossa realidade, permite análises comparativas com estudos internacionais, com vistas a uma assistência com qualidade (AVANSI; MENECHIN, 2008).

Os enfermeiros que atuam no serviço de emergência devem ser especializados, organizados e ter alto poder de liderança para que possam atuar com a equipe. É necessário, portanto, que se desenvolvam ao longo da formação, na graduação, profissionais competentes, com conhecimento na área, com habilidade motora e atitude para julgamento e tomadas de decisões rápidas.

AHA (2010), Dalri et al. (2008) e González e Timerman (2010), afirmam que toda a equipe que assiste o paciente e realiza a RCP até a chegada da equipe médica, deve adquirir habilidades e capacitação para prestarem o suporte básico e avançado adequadamente ao paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estabelecer as exigências críticas no atendimento à Parada Cardiorrespiratória (PCR) e na realização da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os incidentes críticos positivos e negativos frente ao atendimento à PCR e às manobras de RCP, sob o ponto de vista da equipe de enfermagem.

Identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas pela equipe de enfermagem no atendimento à PCR e na realização das manobras de RCP de um hospital escola do interior do Estado de São Paulo.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Para a realização do presente estudo de corte transversal, que visa explorar e descrever os aspectos positivos e negativos durante o atendimento à PCR sob o ponto de vista da equipe de enfermagem que trabalham em uma Unidade de Emergência utilizou-se a abordagem quali-quantitativa, como pesquisa exploratória, fazendo uso da Técnica do Incidente Crítico (TIC) como norteadora nos procedimentos metodológicos.

4.2 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa é um procedimento cada vez mais utilizado, pela natureza dos informes contidos nas falas das pessoas que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizado, portanto 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; MINAYO 1997).

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 coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave.

4.3 Pesquisa Quantitativa

A pesquisa quantitativa lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados e é considerada pesquisa pesada (BAUER; GASKELL, 2003).

O enfoque quantitativo vale-se ao levantamento de dados para provar hipóteses baseadas na medida numérica e da análise estatística para estabelecer padrões de comportamento. Ele procura principalmente a expansão dos dados, ou seja, a informação (LAKATOS, MARCONI, 2008).

Assim, optou-se pela linha quali-quantitativa de pesquisa, buscando a partir do significado que as pessoas dão as coisas, juntamente à avaliação das manobras de RCP e a quantificação dos dados compreender a realidade em estudo.

4.4 A Técnica do Incidente Crítico

A Técnica do Incidente Crítico (TIC) descrita pela primeira vez pelo psicólogo John C. Flanagan, enquanto participava do Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea e Exército Norte-americano, na II Guerra Mundial desde 1941, analisa o 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. Para ser crítico o incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça razoavelmente claro ao observador, e suas conseqüências sejam definidas, para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; DELA COLETA, 1972).

Através desse método faz-se uma análise do comportamento humano, com o objetivo de determinar as exigências críticas para o desempenho de determinada atividade (FLANAGAN, 1973). 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.

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 (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; NOGUEIRA, 1988; RUBINI, 1980; FLANAGAN, 1973).

A TIC é um método de análise indireta, realizada a partir do relato de experiências passadas, 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 aquele cargo ou tarefa 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 e realizar avaliações de forma sistematizada (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004; NOGUEIRA et al., 1993; NORMAN et al., 1992; DELA COLETA, 1974; FLANAGAN, 1973).

Flanagan (1973) ainda ressalta que os incidentes críticos representam somente a matéria-prima e não fornecem, automaticamente, solução aos problemas. Entretanto, é um procedimento que auxilia na coleta de amostras representativas de dados diretamente relevantes para problemas importantes, tais como estabelecimento de padrões, determinação de exigências ou avaliação de resultados.

Segundo Dela Coleta e Dela Coleta (2004) e Estrela e Estrela (1994) a primeira aplicação da técnica no Brasil ocorreu durante a década de 70, do século XX, com a publicação de um trabalho realizado por Dela Coleta (1974), 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 freqüências dos comportamentos que vão fornecer, posteriormente, vários indícios para a identificação de soluções para situações problemáticas.

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. Mostram que através dessa técnica, as informações devem ser obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas ou questionários, podendo a observação ser também empregada. Nessa situação, o pesquisador deve elaborar questões adequadas e 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.

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 objeto 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. Nogueira (1988) utilizou-a para o estudo do comportamento da equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão em clínicas médicas e clínicas cirúrgicas. Salvarani (1991) identificou em quais situações ocorria a comunicação enfermeiro-paciente e quais eram as principais expectativas dos pacientes naquele momento. Chianca (1997) descreveu as falhas na assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato; Silva (1998) relata uma análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à PCR em UTI. Valsechi (1999) descreveu os incidentes críticos relacionados ao estágio supervisionado em enfermagem e Decesaro (2000) identificou as ocorrências iatrogênicas em UTI relacionadas à queda de pacientes durante o período de hospitalização.

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

Para análise dos relatos obtidos, autores como Polit e Hungler (1991), Chianca (1997) e Post (1996), 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, foram 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 foi a RCP; como comportamento "a conduta apresentada pelo sujeito em relação à circunstância", que neste caso foram as manobras de RCP; e por consequência "o resultado do comportamento do sujeito por causa das circunstâncias".

Neste contexto é importante a distinção entre alguns termos durante a fase de isolamento dos comportamentos indicados nos relatos. Os incidentes críticos são

reconhecidos como as situações relevantes, observadas ou relatadas pelos sujeitos entrevistados. Os comportamentos críticos são os comportamentos emitidos pelos sujeitos envolvidos nos incidentes relatados. Já as exigências críticas ou categorias de incidentes são os conjuntos de comportamentos positivos ou negativos de uma dada categoria levantada (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

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 das 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 deste estudo, visto que esta técnica é adequada à investigação de fenômenos na área da enfermagem que envolva a manifestação de comportamentos e seus efeitos, principalmente os que permitem a assistência de enfermagem, podendo auxiliar no crescimento dos estudos relacionados ao tema de PCR e manobras de RCP no Brasil, com a formação de novos pesquisadores no assunto.

4.5 Local de Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência do Hospital de Base da cidade de São José do Rio Preto (S.J.R.P.), local que é campo de ensino clínico para acadêmicos dos cursos de Graduação de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Hospital que abrange cursos de residência médica, aprimoramento e aperfeiçoamento nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Fonoaudiologia, Serviço social e Psicologia. Este hospital é referência para toda a cidade de S.J.R.P. e região, sendo classificado como hospital de nível terciário e referência para traumas e emergências clínicas.

A unidade de Emergência do Hospital de Base é composta por um Pronto Atendimento que se divide em duas salas de atendimentos emergenciais (Sala Clínica e Sala Cirúrgica), uma sala de sutura, uma sala de observação para

pacientes com distúrbios cardiológicos (dor torácica); um setor de Triagem dos pacientes que chegam ao hospital encaminhados de outros locais; dois postos de enfermagem (um Clínico e outro Cirúrgico) na qual os pacientes ficam em observação por até 24 horas após o atendimento emergencial ou aguardam tratamento definitivo e transferência.

4.6 A realização das Manobras de RCP no Hospital de Base de SJRP

O Hospital de Base de S.J.R.P. tem por finalidade servir de campo de estudo e treinamento para estudantes do curso de graduação e pós-graduação, prestar assistência médico hospitalar; proporcionar meios para o desenvolvimento de pesquisas científicas e realizar programa de reabilitação de pacientes/clientes.

Atualmente o atendimento da PCR/RCP é realizado por uma equipe médica e de enfermagem do local que é treinada periodicamente e que fornecem o Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte avançado de Vida (SAV) aos demais membros da equipe.

4.7 População

A população deste estudo foi composta pelos 34 membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) que trabalham no setor de Pronto Atendimento da Emergência do Hospital de Base de S.J.R.P.

Dos 34 membros da equipe de enfermagem 27 se dispuseram a participar da pesquisa, finalizando a população deste estudo.

O índice de saturação dos membros da equipe de enfermagem foi determinado utilizando o princípio da pesquisa qualitativa com incidente crítico em que se determina o fim da pesquisa no momento em que as categorias dos relatos estejam contempladas em sua totalidade, ou na grande maioria dos casos na

primeira análise isto é um indicador razoável que já exista certo nível de redundância nos dados e que novos relatos não fariam mais do que alterar as frequências de aparecimento das categorias, não acrescentando novos conteúdos à solução já encontrada (DELA COLETA; DELA COLETA, 2004).

4.8 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. O projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, tendo a autorização da pesquisa com o Parecer n.432/2011. O Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi precedido, para que fosse assinado pelo membro de equipe de enfermagem participante da pesquisa.

Assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que foram coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

4.9 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados teve duração de dois meses (Fevereiro e Março) de 2012 e foi realizada pela pesquisadora.

Após o contato prévio com a chefia de enfermagem da Emergência do Hospital de Base, foi realizada uma abordagem prévia da equipe de enfermagem na qual a pesquisadora identificou-se como enfermeira e pós-graduanda pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), orientou sobre os objetivos da pesquisa e convidou a equipe a participar, ressaltando que a participação era voluntária e o sigilo do entrevistado seria

assegurado. Havendo concordância do profissional de enfermagem em participar da pesquisa, foi agendado um horário para a realização da entrevista. Nesta ocasião, foi fornecida oportunidade para que cada entrevistado demonstrasse sua opinião quanto à compreensão, clareza e forma de redação da pergunta.

As entrevistas foram realizadas em períodos que antecederam o plantão, ou posteriormente ao mesmo, com horários pré-determinados e agendados com a pesquisadora e o sujeito. Foram realizadas em local privativo, na sala de repouso para funcionários do setor de Emergência do Hospital de Base. Foram realizadas ao menos duas entrevistas por dia conforme a disponibilidade dos sujeitos.

No dia agendado a pesquisadora entregou ao sujeito da pesquisa o TCLE, ressaltando que a participação era voluntária e que o sigilo do entrevistado seria assegurado.

Após leitura e assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa, foi entregue o impresso contendo de um roteiro semi estruturado a fim de fornecer relatos completos dos incidentes críticos, composto de duas partes: a primeira buscou identificar informações sobre os aspectos sócio-demográficos, da formação profissional e trabalho dos membros da equipe de enfermagem sendo composto por questões fechadas e combinadas (APÊNDICE A). De acordo com Grant e Hrycak (1993), o instrumento semi-estruturado apresenta viabilidade para uso efetivo da TIC.

A segunda parte foi composta de uma pergunta estímulo diretamente ligada com o objetivo do estudo em questão (APÊNDICE). Foi solicitado o relato detalhado de uma situação de PCR/RCP vivida ou presenciada, deixando claro que não importava a época em que tinha acontecido o fato, desde que a lembrança fosse completa e precisa.

Essa questão foi assim formulada: *“Pedimos que você pense no seu trabalho, em alguma situação de PCR e nas manobras de RCP que você tenha vivido ou presenciado; conte-nos detalhadamente como ocorreu o fato, as condutas adotadas e as consequências desta situação”*.

Alguns critérios para a coleta dos dados deveriam estar presentes 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).

Após o término do preenchimento da primeira parte do roteiro semi estruturado pelo sujeito da pesquisa, na qual ele respondeu à caneta assinalando as informações, a pesquisadora iniciou a segunda parte do roteiro realizando a pergunta estímulo. Assim foi solicitado o relato detalhado do sujeito da pesquisa de uma vivência frente à PCR/RCP na qual contenha aspectos positivos e aspectos negativos do ocorrido.

O relato de cada entrevistado foi gravado e logo após o seu término foi colocado para que o entrevistado o ouvisse, validasse e retificasse suas respostas. Os relatos gravados foram transcritos pela pesquisadora e por uma colaboradora da pesquisa (Gabriela Dias de Lima) posteriormente para a realização da análise dos dados. Apenas dois dos 27 entrevistados não permitiram que os dados fossem gravados, dessa forma, seu relato foi anotado de imediato pela pesquisadora, com o uso de caneta esferográfica 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, utilizando-se uma numeração para cada um deles e para seus relatos, garantindo o anonimato e o caráter confidencial das informações. Os relatos foram transcritos e/ou 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.

O roteiro semi estruturado foi validado por cinco membros da equipe de enfermagem envolvidos na temática, um mês antes da coleta oficial dos dados. A aplicação de validação prévia teve por finalidade identificar nos relatos as situações, os comportamentos positivos e negativos, assim como as consequências para o cliente e para a equipe de enfermagem. Nesse momento foi verificada a compreensão e a clareza da pergunta, a fim de se constatar a eficiência do instrumento, bem como a habilidade do pesquisador em conduzir a entrevista e o

tempo da mesma. O resultado obtido foi satisfatório, pois os entrevistados compreenderam bem a pergunta e o tempo foi suficiente para a apresentação e exploração de detalhes.

Lakatos e Marconi (1996), Polit e Hungler (1991) e Gil (1991) 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.

4.10 Procedimentos para análise dos dados

Segundo Dela Coleta; Dela Coleta (2004), para retirar os incidentes críticos, é necessário submeter os relatos a uma análise de conteúdo, em que eles são lidos e classificados em categorias mais abrangentes. Assim, a partir desse material coletado, procedeu-se a análise de conteúdo dos relatos, nos quais foram identificados e categorizados os incidentes críticos positivos e negativos coletados pelo auxílio da TIC (APÊNDICE C).

Para a realização dessa etapa, os relatos foram, inicialmente, submetidos a um tratamento que abrange os quatro momentos citados por Nogueira (1988) e Dela Coleta; Dela Coleta (2004):

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

Os dados obtidos assim como as categorias levantadas, ainda em análise, foram demonstrados através de estatística descritiva e foram calculados utilizando-se da frequência simples.

Os membros da equipe de enfermagem que se dispuseram a ser entrevistados e a opinarem sobre o questionário referiram que não houve a

necessidade de mudanças quanto a questão norteadora; que ela 'está fácil de entender', sem duplo sentido, com coerência quanto ao objetivo deste estudo.

A partir disso, foi realizada a análise dos relatos nos quatro momentos:

1. Leitura dos relatos, derivação e arrolamento dos incidentes críticos: nesta fase observamos e analisamos todas as entrevistas (27), obtendo 31 relatos válidos, sendo extraído mais de um relato por profissional entrevistado. Foram considerados relatos válidos aqueles que apresentavam descrição detalhada das situações, comportamentos e consequências oriundas às manobras de RCP, vivenciadas na prática profissional. Nenhum relato foi eliminado devido ao entrevistado ter conseguido relatar uma ou mais situações apresentando os comportamentos e consequências dela originada. Obteve-se assim 31 relatos sobre as manobras de RCP.

2. Identificação das situações, comportamentos e consequências: entende-se por situação, o fato ou circunstância da realização das manobras de RCP; por comportamento crítico, os comportamentos, atitudes e sensações emitidas e por consequências o resultado das ações (RCP) emitidas pelos profissionais de enfermagem para o paciente e para a própria equipe envolvida.

Os relatos de incidentes críticos foram submetidos a uma análise de conteúdo visando extrair os incidentes críticos relacionados à realização das manobras de RCP. Após o levantamento dos incidentes críticos, estes foram analisados visando identificar as situações, os comportamentos e as consequências oriundas das manobras de RCP. Foram obtidas 31 situações.

Apresentamos abaixo um dos relatos da realização da RCP ocorridos, caracterizando a situação, o comportamento e sua consequência para o paciente e para o profissional envolvido e uma síntese de como foram extraídas a situação, comportamentos e consequências.

Relato:

“Em determinado plantão em uma instituição que eu presto serviço, eu me deparei com uma situação que é muito típica, porém, de uma forma diferente. Nós recebemos um paciente na unidade de emergência, provindo de município vizinho. Era um rapaz jovem de 38 anos com uma dor precordial intensa e ele desceu dentro da ambulância sem acesso, com muita dor, sem oxigênio, sem nenhum respaldo, sem nada e agente admitiu ele na sala imediatamente. Nós já tratamos de organizar

a equipe de enfermagem para podermos prestar essa assistência adequada pra ele. Monitoramos o paciente, eu como enfermeiro assumi a parte do oxigênio, a cabeça no caso, os técnicos e os auxiliares com outras atribuições, um ficou na medicação e o outro ficou pra puncionar, pra pegar um acesso venoso calibroso pra gente poder infundir as drogas. Dentro de seis minutos mais ou menos que o paciente estava na sala ele parou em taquicardiarritmico e nós já estávamos todos posicionados, a equipe médica (o pessoal da clínica médica), gente da enfermagem e imediatamente começamos o atendimento da PCR. Já tivemos a conduta do médico direcionando, também já começamos a reanimação dessa parada com manobras de RCP, massagem, ventilação, drogas. É, fizemos todos os ciclos, um dos funcionários ficou encarregado só pra estar marcando o tempo certinho, os três minutos de cada ciclo e no determinado tempo o Dr. Pedia para se administrado a droga. A gente usou a adrenalina. O que marcou bastante nessa parada foi a sincronia da equipe. E no terceiro ou quarto ciclo não me lembro ao certo, a gente conseguiu reverter essa parada com êxito e imediatamente o paciente foi encaminhado a hemodinâmica, acompanhado da equipe médica, monitorizado e pela equipe de enfermagem também."(E4).

Deste relato extraímos:

Situação:

O paciente chegou a unidade de emergência descompensado com dor precordial sendo atendido prontamente pela equipe de enfermagem e médica, porém evoluindo rapidamente para PCR. Identificada a PCR toda equipe iniciou imediatamente as manobras de RCP de forma sincronizada favorecendo a reanimação do paciente após três ou quatro ciclos de drogas mais as manobras de compressões e ventilação sendo encaminhado para tratamento definitivo na unidade de Hemodinâmica.

Comportamento:

C1: Identificação de erros do atendimento da equipe de remoção e gravidade do paciente.

C2: Organização e atendimentos imediatos da equipe.

C3: Identificação precoce da PCR.

C4: Início precoce das manobras de RCP.

C5: Conhecimento do Protocolo de atendimento segundo a AHA.

Consequências:

Para o paciente:

CP1: Reanimação precoce.

CP2: Encaminhamento para tratamento definitivo na unidade de Hemodinâmica.

Para o profissional:

CF1: Sentimento de êxito e satisfação com a reanimação bem sucedida.

3. Agrupamento das situações: após a identificação das situações, comportamentos e consequências, passou-se a fase de análise e agrupamento das situações.

Para o agrupamento dos relatos foi realizada a separação das situações em função da semelhança de conteúdo, sendo então as situações agrupadas em grandes grupos referentes às manobras de realização da RCP. As 31 situações também denominadas de incidentes críticos neste estudo foram agrupadas em cinco grandes categorias diante da realização das manobras de RCP pela equipe de enfermagem.

4. Categorização dos incidentes críticos, comportamentos e consequências: os dados foram analisados visando o estabelecimento das categorias. Para isso, compararam-se as situações (incidentes críticos) relatadas pelos profissionais de enfermagem e procedeu-se a classificação em categorias mais abrangentes, sendo este mesmo procedimento foi realizado com os comportamentos e consequências identificadas no estudo.

Obtivemos ao final, 119 comportamentos, sendo que destes, 70 foram comportamentos positivos e 49 foram negativos, 31 consequências para os pacientes e igualmente, 31 consequências para os profissionais de enfermagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo 27 profissionais de enfermagem, sendo 10 enfermeiros (37%) e 17 técnicos de enfermagem (63%). Destacou-se que nove, dos 10 enfermeiros, eram especialistas em Urgência e Emergência. Os dados sociodemográficos da equipe de enfermagem foram apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis de caracterização dos profissionais de enfermagem que trabalham na unidade de Emergência de um Hospital Escola, segundo o sexo, religião, estado civil, filhos, perfil da instituição de trabalho, vínculo empregatício em duas instituições, nível de formação educacional por idade, tempo de formação educacional por nível de escolaridade, tempo de serviço na emergência por nível de formação educacional (N=27). São José do Rio Preto, 2012.

Variáveis de caracterização	n	%
Sexo		
Masculino	16	59,3
Feminino	11	40,7
Religião		
Católica	17	63,0
Evangélica	5	18,5
Outras	5	18,5
Estado civil		
Solteiro ou divorciado	15	55,6
Casado	12	44,4
Filhos		
Não	14	51,9
Sim	13	48,1
Perfil da Instituição de trabalho		
Pública	21	77,8
Pública e privada	6	22,2
Vínculo empregatício em duas instituições		
Não	15	55,6
Sim	12	44,4

Continua

Variáveis de caracterização	n	%
Nível de Formação Educacional por idade (anos)		
Nível Superior		
21 a 30	7	70,0
31 a 40	3	30,0
Nível Técnico		
21 a 30	4	23,6
31 a 40	9	52,9
41 a 50	3	17,6
51 a 60	1	5,9
Tempo de Formação Educacional por Nível de Escolaridade (anos)		
Nível Superior		
0 a 2	02	20,0
3 a 5	06	60,0
6 a 8	01	10,0
9 a 11	01	10,0
Nível Técnico		
6 a 10	4	23,5
11 a 15	7	41,2
16 a 20	4	23,5
21 a 25	2	11,8
Tempo de Serviço na Emergência por Nível de Formação Educacional (anos)		
Nível Superior		
0 a 2	04	40,0
3 a 5	05	50,0
6 a 8	01	10,0
Nível Técnico		
6 a 10	5	29,4
Menor de 5	4	23,5
Continuação.		
11 a 15	4	23,5
16 a 20	3	17,7
21 a 25	1	5,9

Conclusão

A enfermagem tem seu passado histórico fundamentada em ações assistenciais praticadas principalmente pelo sexo feminino, porém, esse fato tem sido modificado ao longo dos anos com a introdução do gênero masculino nesta profissão (WIEBBELING; SANTOS, 2009). Esse estudo evidencia essa realidade ao se analisar que a maioria dos profissionais da unidade de emergência é do sexo masculino 16 (59,3%).

De acordo com a Tabela 1, os participantes do estudo em sua maioria são de religião católica 17 (63,0%), solteiro ou divorciado 15 (55,6%), sem filhos 14 (51,9%), apresentam nível técnico 17 (63,0%), trabalham em instituição pública 21 (77,8%) e não trabalham em duas instituições 15 (55,6%).

Dentre os profissionais entrevistados, a prevalência de idade entre os profissionais de nível superior está entre 21 a 30 anos (70%), seguida das idades entre 31 a 40 anos (30%). Entre os profissionais de nível técnico, a maior faixa etária esteve entre 31 a 40 anos (52,9%).

Este dado corrobora com um estudo realizado por Wiebbling e Santos (2009) que demonstrou ter a maioria dos seus entrevistados (enfermeiros dos serviços de emergência) com idade entre 25 e 45 anos.

O estudo de Knott e Kee (2005) entre profissionais de enfermagem em unidades críticas, relacionado ao atendimento à PCR/RCP, demonstrou que a idade prevalente entre os membros da equipe estava entre 31 a 41 anos o que corrobora com os dados encontrados com neste estudo se correlacionado com a idade dentre os profissionais com nível de formação técnica. Neste mesmo estudo de Knott e Kee (2005), observou-se que as ações de enfermagem em emergência estavam concentradas nas mãos de profissionais do sexo feminino, assim como no estudo de Wiebbling e Santos (2009). Já os dados encontrados nesta pesquisa demonstraram que a maioria dos profissionais era do sexo masculino.

O tempo de experiência reduzido na profissão pode constituir uma das dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem no início de suas carreiras, principalmente na área de Urgência e Emergência, no qual estes profissionais necessitam de estar habilitados a desenvolverem ações imediatas e seguras com o intuito de minimizar os danos aos pacientes nesta situação (NOLAN et al., 2010; THOMAZ; LIMA, 2000).

A maioria dos profissionais com formação superior apresentou de três a cinco anos de formados, enquanto a maioria dos profissionais de nível técnico entre 11 a 15 anos. Esse dado reforça alguns estudos que têm demonstrado as equipes de urgência e emergência sendo lideradas por enfermeiros com pouco tempo de

formação, tempo máximo de cinco anos de formados (WIEBBELING; SANTOS, 2009).

Baseado neste fato o mercado de trabalho tem se mostrado exigente e ofensivo para esses profissionais, que disputam vagas nas instituições de saúde com pessoas que apresentam o mesmo nível e tempo de formação (WIEBBELING; SANTOS, 2009). Essa realidade induz estes profissionais, principalmente os profissionais de nível superior, a procurarem formações complementares como os cursos de especializações. Percebe-se com este estudo que dentre os profissionais de nível superior, a maioria apresentou cursos de especialização (N=9), corroborando com o estudo realizado por Wiebbling e Santos (2009) que evidenciou que dentre todos os enfermeiros entrevistados, todos apresentaram cursos de especializações, porém, as maiorias destas especializações foram em áreas com maiores chances de emprego e remuneração e não nas áreas que o mercado de trabalho apresenta maiores necessidades de contratação.

Todos os profissionais de enfermagem, independente do nível de formação, relataram que durante sua formação profissional foi abordado conteúdo de PCR/RCP e, além disso, os sujeitos desta pesquisa realizaram curso teórico ou prático sobre PCR/ RCP pós-formação. Esse fato remete a formação básica em urgência e emergência nos currículos de formação profissional, quanto à busca de atualizações na área. A educação permanente oferecida pelas instituições de saúde, também é uma forma de atualização destes profissionais (AZIZ et al., 2005; HODDE et al., 2004; WIEBBELING; SANTOS, 2009). Os profissionais de enfermagem desta pesquisa também relataram a importância da educação permanente em PCR/RCP devido às frequentes atualizações dos conhecimentos teóricos e práticos relacionados ao tema.

O desenvolvimento de cursos de capacitação em PCR/RCP segundo as diretrizes da AHA, assim como o incentivo da capacitação constante dos profissionais de saúde e do público leigo em relação á PCR/RCP, tem sido uma preocupação constante da AHA (AHA, 2010; AZIZ et al., 2005; NOLAN et al., 2010; SOAR et al., 2010). Por esse motivo a AHA desenvolve pesquisas rotineiramente sobre a PCR/RCP e realização discussões a nível internacional, para

desenvolvimento e atualização dos protocolos a cada cinco anos (AHA, 2010; NOLAN et al., 2010).

As inovações e atualizações dos protocolos em PCR/RCP segundo a AHA (2010) são utilizadas mundialmente como diretrizes norteadoras para os profissionais de saúde, embasando cursos de capacitações e treinamentos para toda e qualquer equipe que trabalhe com paciente crítico (AHA, 2010; BOAVENTURA, 2010; NOLAN et al., 2010; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998).

Em relação ao tempo de serviço na unidade de emergência, segundo a Tabela 1, cinco enfermeiros tinham entre três a cinco anos (50%) e quatro (40%) entre zero a dois anos de serviço. Já entre os profissionais com formação técnica cinco (29,4%) tinham entre seis a 10 anos, quatro (23,5%) menos de cinco anos de serviço e os outros quatro (23,5%) com tempo de trabalho de 11 a 15 anos.

Segundo estudo realizado por Wiebbeling e Santos (2009) percebeu-se que ao analisar o tempo de formação dos profissionais de enfermagem com nível superior (enfermeiros), obteve-se uma média de 10,5 anos de atuação profissional, porém a grande maioria deles ficou abaixo de média, estando os profissionais que possuem maior tempo de formação em exercício cargos de coordenação em suas instituições.

Assim, na análise dos dados apresentados na Tabela 1, observou-se o predomínio dos profissionais de enfermagem do sexo masculino, de religião católica, casados ou divorciados, sem filhos. Os profissionais de nível superior em sua maioria apresentaram cursos de especialização, com média de tempo de serviço na emergência de três a cinco anos e com tempo de formação também entre três a cinco anos, sendo a maioria entre 31 a 30 anos. Já entre os profissionais de nível técnico, a maioria tinha de 31 a 40 anos e apresentou tempo de serviço entre seis a 10 anos, com tempo de formação de 11 a 15 anos.

Observou-se através dos dados da Tabela 1, a existência de um relacionamento entre o aumento da idade dos profissionais e ao aumento do tempo de serviço na instituição, sugerindo certa estabilidade de tais profissionais na área. Da mesma forma o aumento da idade dos profissionais está vinculado ao aumento

do tempo de trabalho no setor emergencial, ou seja, há pressuposições de que haja certa estabilidade profissional na unidade de emergência, visto que o aumento da idade acompanha o aumento do tempo de trabalho unidade.

A idade crescente em relação ao tempo de profissão reitera os resultados obtidos anteriormente, reforça que os profissionais desse setor apresentam certa estabilidade profissional.

As variáveis da Tabela 1 mostraram uma importante correlação entre o tempo de profissão e o tempo de serviço no setor emergencial, demonstrando que o aumento do tempo de profissão denota um aumento considerável do tempo de serviço no setor emergencial. Da mesma forma pôde ser percebido que quanto maior o tempo de trabalho dos profissionais na instituição, maior o tempo de trabalho no setor emergencial.

Verificou-se, portanto, que na medida em que há o aumento da idade dos profissionais, também ocorre um aumento do tempo de serviço dos mesmos na instituição e na unidade de emergência, o que remete certa estabilidade institucional e na área emergencial. Tal fato é relevante ao compararmos com o atendimento da PCR/RCP, já que para a realização das manobras de RCP de forma efetiva, é necessário que haja habilidades teóricas e práticas dos profissionais. O tempo de serviço em emergência e a especificidade dessa situação (PCR/RCP) exige uma área ampla de conhecimento no tema e corrobora para que isso aconteça.

Estudos como o de Azevedo (2010) reforçam essa perspectiva de que os enfermeiros que atuam na unidade de emergência trabalham neste setor de um a 10 anos, tempo suficiente para aquisição e melhoria das habilidades técnicas e cognitivas. Neste mesmo estudo os enfermeiros apresentaram formação complementar importante para o atendimento de situações de urgências e emergências, como a PCR/RCP, com a realização de cursos com BLS, ACLS e ATLS (AZEVEDO, 2010).

O tempo de serviço em emergência, associado ao tempo de formação são de extrema relevância dentro do atendimento emergencial, decorrente da identificação precoce dos sinais de agravamento dos pacientes atendidos e a prevenção de

eventos de estresse como a PCR/RCP para a equipe de enfermagem (DOCHERT, 2002).

A equipe de enfermagem é a responsável por cuidados minuciosos no paciente, podendo através do exame físico, vigília constante e através do cuidado contínuo e humanizado, identificar sinais de agravamento, iniciando previamente medidas de tratamento, evitando complicações, estresse para o paciente e equipe e melhorando a qualidade da assistência (BUIST et al., 2002; DOCHERT, 2002)

5.2 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS SITUAÇÕES

Os resultados deste estudo foram agrupados e categorizados em 31 situações (incidentes críticos), que reagrupadas, corresponderam à cinco grandes categorias de incidentes críticos destacadas em: Competências do atendimento à PCR/RCP; Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP; Estrutura e ambiente na RCP; Eventos Adversos à PCR/RCP e Capacitação da equipe de enfermagem.

Em cada categoria de incidente crítico foi relacionada à frequência de ocorrência e porcentagem das situações existentes, conforme relatado pelos profissionais de enfermagem e apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuições das categorias dos incidentes críticos referentes às manobras de RCP em: Competências do atendimento à PCR/RCP, Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP, Estrutura e ambiente na RCP, Eventos Adversos à PCR/RCP e Capacitação da equipe de enfermagem segundo relato dos profissionais de enfermagem da unidade de Emergência (n=31). São José do Rio Preto-SP, 2012.

Categorias dos Incidentes Críticos frente à RCP	Frequência	Porcentagem (%)
Competências do atendimento à PCR/RCP	23	74,2
Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP	3	9,7
Estrutura e ambiente na RCP	2	6,5
Eventos Adversos à PCR/RCP	2	6,5
Capacitação da equipe de enfermagem	1	3,1

As categorias dos incidentes críticos apresentadas na Tabela 2, obtidas por meio dos relatos nas entrevistas com os profissionais de enfermagem sobre a PCR/RCP foram apresentadas e analisadas separadamente como se seguem nos itens abaixo.

5.2.1 Competências do atendimento à PCR/RCP

O incidente crítico relatado com maior frequência foi "Competências do atendimento à PCR/RCP" com 23 relatos que correspondeu 74,2%. Diante do fato, a distribuição da categoria deste incidente crítico (Competências frente no atendimento à PCR/RCP) foi subdividida segundo a organização de habilidades referidas por Taylor, Lillis e LeMone (2007) para o detalhamento da análise, da seguinte forma: Habilidades Cognitivas, Habilidades Técnicas, Habilidades Interpessoais e Habilidades Éticas/ Legais conforme apresentado na Tabela 3 a seguir.

Competência pode ser definida como uma palavra do senso comum, utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. Representa um

conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, dentro de um conjunto de capacidades humanas, que irão justificar um alto desempenho, na crença de que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas, desta forma, pode ser percebida como um estoque de recursos que o indivíduo detém (FLEURY; FLEURY, 2001).

Segundo Zarifian (1999) a competência de um indivíduo é definida pela inteligência prática para as instituições que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com mais força, quanto mais aumentam a complexidade das situações.

Neste contexto as competências frente à PCR/RCP devem ser aprimoradas tanto no SBV quanto no SAVC por meio de treinamentos, estudos dos novos protocolos e das diretrizes internacionais pelos profissionais da saúde, a fim de melhorar a fundamentação teórica e prática frente às manobras de RCP assim como a qualidade da mesma (SOAR et al., 2010).

Alguns estudos traduzem a necessidade do treinamento e capacitação entre os profissionais de enfermagem que atendem a PCR/RCP entre 30 minutos à oito horas no mínimo, a fim de reforçar as práticas e absorver conhecimento teórico fidedigno, promovendo a assistência segura e com qualidade (AZEVEDO, 2010; AZIZ et al., 2005; DWYER; WILLIAMS; JACOBS, 2004; SOAR et al., 2010).

Tabela 3 – Distribuições das habilidades combinadas segundo a organização de Taylor, Lillis e LeMone (2007) no atendimento à PCR/RCP relatadas pelos profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência em: Habilidades Cognitivas, Habilidades Interpessoais, Habilidades Técnicas e Habilidades Ética/Legais (N=23). São José do Rio Preto-SP, 2012.

Habilidades do atendimento à PCR/RCP	Frequência	Porcentagem (%)
Habilidades cognitivas para o atendimento à PCR/RCP	12	52,2
Habilidades interpessoais	6	26,1
Habilidades técnicas	4	17,4
Habilidades ética/legais	1	4,3

As habilidades combinadas segundo Taylor, Lilis e LeMone (2007) apresentadas na Tabela 3 foram discutidas separadamente a seguir. Foram incluídas dentro de cada subdivisão das habilidades, relatos de situações positivas e negativas a fim de ilustração das mesmas.

5.2.1.1 Habilidades Cognitivas para o atendimento à PCR/RCP

As habilidades cognitivas, definidas por Taylor, Lilis e LeMone (2007) como conhecimento teórico relativo a uma situação ou ação, foram observadas em 12 relatos (52,2%), representando mais da metade de todas as habilidades apresentadas dentro dessa categoria de incidente crítico.

A equipe de enfermagem dotada de conhecimento teórico científico em PCR/RCP abrangeu de forma conceitual a natureza das ações para oferecer com qualidade a assistência diante de tal evento. Desta forma encontraram-se relatos em relação ao reconhecimento precoce e tardio da PCR, início precoce e tardio das compressões, conhecimento e desconhecimento das novas diretrizes segundo a AHA 2010 e conhecimento sobre o protocolo de drogas, especialização da RCP em adultos, situações estas que implicam em condições relevantes ao sucesso ou insucesso nas manobras de RCP pelos profissionais de saúde.

O conhecimento das Novas diretrizes de PCR/RCP (AHA, 2010), incluindo o protocolo de drogas, novas modificações sobre os protocolos da RCP enfatizando a importância da RCP imediata, com minimização das interrupções das compressões cardíacas e da relevância da qualidade na realização das mesmas e desfibrilação precoce, foram relatos descritos pelos profissionais da equipe de enfermagem que demonstraram as habilidades cognitivas, conforme os quatro relatos observados abaixo:

"... Ciclos de drogas né... naquela época usava-se adrenalina e atropina, hoje atualmente usa-se só adrenalina né... já foi iniciada a manobra de massagem

cardíaca, enquanto o médico entubava... foi bem rápido mesmo, o paciente foi atendido rapidamente... também foi feito a desfibrilação rápida... "(E3).

"... o atendimento foi conforme as normas e rotinas da instituição, o protocolo, foi todo bem seguido na época usava-se adrenalina e atropina na parada se não me falha memória foram feitos três ciclos, a paciente foi entubada, foi massageada o tempo todo desde o momento que ela entrou no PA..." (E5).

"... eu já chamei os médicos, o paciente estava parado. Subi no banquinho comecei a massagear, nisso os meninos já pegaram o ambú, começaram a ambusar, os médicos já assumiram a cabeça na entubação" (E7).

"... eu olhei o paciente, estava caído da maca, teve uma parada cardíaca, já chamamos a equipe médica. O paciente já estava com a veia puncionada, já iniciou o 1º ciclo de droga, na época fazia atropina e adrenalina, iniciou-se a massagem cardíaca e feito a desfibrilação. O atendimento foi bem rápido..." (E15).

Segundo as novas diretrizes da AHA (2010) em PCR/RCP a detecção precoce da PCR e início da RCP no menor tempo possível é de extrema relevância para minimizar as sequelas dos pacientes e melhorarem as chances de sobrevivência. Desta forma o SBV e o SAVC devem ser realizados pelos profissionais de saúde e por leigos de forma correta, seguindo uma sequência sistematizada e pré estabelecidas pelos protocolos internacionais (CHARLES et al., 2010; NOLAN et al., 2010; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998).

Os protocolos de PCR/RCP vêm sofrendo mudanças e atualizações no decorrer de décadas, a partir de pesquisas especializadas na temática, com a finalidade da diminuição do tempo de atendimento da PCR/RCP, melhoria da qualidade no atendimento da mesma e na diminuição das injúrias cárdio-cerebrais (BARTLEY; MCDOWELL, 2002; NOLAN et al., 2010; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998).

A RCP deve ser iniciada pelas compressões torácicas executadas em local adequado (sobre o esterno na linha intermamilar) com o mínimo de interrupções, para que haja a manutenção da circulação artificial arterial cerebral e órgãos nobres até que a circulação espontânea se restaure (BIARENT et al., 2010; HANS et al., 2010; TALLO et al., 2012). As compressões devem ser seguidas pela abertura das

vias aéreas superiores por meio das manobras de *Chin Lift* ou *Jaw Thrust*, seguidas de ventilação do paciente boca-a-boca, boca-máscara ou bolsa-válvula-máscara, para garantir oxigenação e ventilação (AHA, 2010). As ventilações devem ter duração de 1 segundo com um volume corrente suficiente para produzir uma elevação torácica visível mantendo a relação de 30 compressões torácicas para duas ventilações no SBV e de no mínimo 100 compressões e não mais do que 120 por minuto com seis a oito ventilações no paciente com via aérea definitiva no SAVC (CHARLES et al., 2010; NOLAN et al., 2010; RUDOLPH et al., 2010; TALLO et al., 2012; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHI, 1998).

Na eventualidade de uma PCR, emprega-se um conjunto de procedimentos médicos e de enfermagem, como a compressão torácica externa, ventilação pulmonar artificial e outras medidas terapêuticas como a desfibrilação com a finalidade de obter-se a RCP do paciente. Portanto é importante que todo profissional tenha conhecimento sobre a PCR e as manobras que compõem a RCP em SBV e SAVC, para tomar decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com garantia de melhor prognóstico (BOAVENTURA, 2010; NOLAN et al., 2010; TALLO et al., 2012).

O desconhecimento das drogas utilizadas na PCR/RCP assim como toda a sistematização do protocolo segundo as normatizações internacionais da AHA frente à PCR/RCP, o reconhecimento tardio da PCR com atraso no início das manobras de RCP também ficaram evidentes nos relatos a seguir.

"... o paciente foi rebaixando cada vez mais e fizemos os dormonid, tentamos a intubação e ele foi rebaixando. O médico teve um pouco de dificuldade na intubação e foi nesse tempo de medicação que ele foi rebaixando cada vez mais e parou..." (E9).

"... verificamos que o paciente estava sem pulso... não sei quanto tempo... já começaram massagem cardíaca, já foi feito a primeira dose de adrenalina e foram testar o tubo, o tubo estava no estomago, foi reentubado e ele voltou após feito o 1º ciclo, o 1º ciclo massageou um pouquinho já voltou no 1º ciclo, isso me chamou muito atenção..." (E13).

"... eles não sabiam dizer pra gente se poderia fazer a medicação, as drogas é... da parada no triplo lúmen e quanto eles estavam discutindo isso aí... perguntando eles decidindo, é nós já estávamos na segunda opção nossa tal, da equipe da enfermagem, já puncionando outro acesso venoso, tentando puncionar um acesso venoso porque, devido a parada, a gente precisava administrar as drogas. Eu achei interessante por causa disso, porque na sequencia uma parada a gente estava discutindo sobre onde poderia puncionar, poderia fazer a medicação no triplo lúmen..." (E1).

"... chegou um bebezinho numa parada aqui um acidente de carro com traumatismo... chegamos lá pra atender, mas não sabíamos atender bebe... ai veio o pessoal da Neo..." (E6).

"... um paciente que já estava com nós entubado e tinha o membro inferior esquerdo já amputado, mais de longa data. O paciente veio a parar, foi feito o procedimento de manobra respiratória, mais a medicação adrenalina e atropina pela equipe da clínica..." (E2).

A falta da sistematização no atendimento a PCR/RCP, o desconhecimento do *Guideline* segundo AHA (2010), assim como o reconhecimento tardio da PCR e instalação tardia da RCP, tem contribuído para um número considerável de mortalidade (BOAVENTURA, 2010; NOLAN et al., 2010).

A sobrevivência dos pacientes em PCR está diretamente ligada ao tempo entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP, além da harmonia, sincronismo, capacitação da equipe e uma estrutura física adequada para o atendimento organizado. Assim, a ausência de padronização das condutas e a assistência de enfermagem inadequada contribuem para que as falhas no atendimento coloquem em risco a vida da vítima (BOAVENTURA, 2010; LIBERMAN et al., 2000; NOLAN et al., 2010; TALLO et al., 2012).

As drogas utilizadas na PCR/RCP foram mudadas de acordo com pesquisas recentes e inovadoras e com o novo *Guideline* de 2010 (AHA, 2010; NOLAN et al., 2010). A atropina foi retirada do protocolo, passando a ser utilizada apenas nos diagnósticos de bradicardia refratária, enquanto a adrenalina continuou como a droga de preferência entre os médicos emergencistas na PCR/RCP (AHA, 2010;

RICHMOND; WYLLIE, 2010). A amiodarona, importante antiarrítmico, ganhou destaque na RCP com ritmos chocáveis com o DEA, como a Taquicardia Ventricular (TV) e a Fibrilação Ventricular (FV) (AHA, 2010; RICHMOND; WYLLIE, 2010).

Segundo a AHA (2010) e Nolan et al. (2010) a PCR/RCP infantil na maioria das vezes está relacionada aos quadros de hipóxia, porém as manobras de RCP devem seguir a mesma sequência de atendimento da PCR em adultos (C-A-B-D) no SBV e SAVC atentando-se com as particularidades de realização de dois minutos de RCP antes de solicitar a ajuda e a mudança de relação compressão/ventilação de 30:2 (com um socorrista) para 15:2 quando esta for atendida por dois socorristas (AHA, 2010; NOLAN et al., 2010).

A palavra “massagear” é utilizada largamente pelos profissionais de enfermagem frente às manobras de PCR/RCP ao invés da utilização da terminologia adequada orientada pela AHA (2010) que é “compressão cardíaca” demonstrando desconhecimento sobre a forma adequada de expressão.

A cardioversão é um procedimento utilizado em paciente que não estejam em PCR para a organização do ritmo cardíaco, o que difere da desfibrilação, somente utilizada em paciente em PCR com ritmos chocáveis (TV e FV) como intervenção de ressuscitação (CHARLES et al., 2010; SOAR et al., 2010).

A forma de expressão sobre as terapias elétricas frente a PCR/RCP tem sido usada de forma errônea pelos profissionais de enfermagem, que ao invés de dizerem que foi realizada desfibrilação, utilizam a palavra cardioversão frente ao uso do DEA.

5.2.1.2 Habilidades Interpessoais

A sincronia da equipe de enfermagem e médica assim como o dinamismo do atendimento durante as manobras de RCP também foram destacadas nos relatos a seguir, deixando evidente a importância do bom relacionamento e organização da

equipe durante o atendimento deste evento, já que a perda de tempo significa perda de vida durante uma PCR.

As habilidades interpessoais quanto aos aspectos positivos e negativos, foram observadas em seis relatos (26,1%), conforme apresentados a seguir.

"... ela estava com triplo lúmen na parada. A equipe de residente não sabia dizer pra gente se poderia fazer a medicação lá... as drogas da parada no triplo lúmen. Enquanto eles estavam discutindo isso aí, perguntando entre eles, nós já estávamos na segunda opção... puncionando outro acesso venoso, tentando puncionar um outro acesso venoso..." (E1).

"... nós já tratamos de nos organizar para poder prestar essa assistência adequada pra ele. Monitoramos o paciente, eu como enfermeiro assumi a parte do oxigênio, a cabeça no caso, os técnicos e os auxiliares,... um ficou na medicação e o outro ficou pra puncionar, pra pegar um acesso venoso calibroso pra gente poder infundir as drogas. Dentro de seis minutos mais ou menos que o paciente estava na sala ele parou em taquiventricular, e nós já estávamos todos posicionados, a equipe médica, o pessoal da clínica médica estava lá orientando a gente e imediatamente nós começamos... O que marcou bastante nessa parada foi a sincronia e organização da equipe ta "(E4).

"... os auxiliares eles já sabem... a gente tem uma escala, cada um sabe que cor é no dia e onde vai estar, se é na cabeça... cabeça no caso é respiração. Se vai ser o acesso, se vai ser medicação... cada um já sabe o que tem que fazer. E ai cada um já se posicionou e a hora que eu descí do banquinho que eu tinha subido, da escadinha... eu já fui para o tubo, já preparei o ele. O médico entubou a paciente, outro médico já estava massageando, os meninos já estavam fazendo droga. Essa paciente parou em uma FV, ai teve que fazer choque, uma desfibrilação. Então foi bastante dinâmico essa parada... foi... ela foi por incrível que pareça, certinha assim em todos os portes. Foi a primeira parada que eu tive que ninguém precisava falar nada, todo mundo já sabia o que precisava fazer, com ritmo. Um ia dar o choque, outro já prepara, já puxa o carrinho, já volta e faz massagem. Então foi uma parada, apesar que não é para falar, mas foi uma parada é bonita..."(E8).

"... Nós atendemos parada cardiorrespiratória, todos os dias, várias, todas são muito bem sucedidas, muito bem feitas, quando o paciente não vem com acesso a gente já pega um acesso prontamente. Como nós somos em várias pessoas, médicos, enfermagem, um já vai no tubo, a enfermeira já vai preparando o ambú, a hora em que o médico já visualiza o tubo, a enfermeira já está com o tubo na mão e já oferece. Ela já esta com o cadarço no pescoço, é tudo muito bem preparado, muito bem organizado principalmente no setor de PA... " (E22).

"... eu não conseguia pegar o paciente no colo, que o paciente era enorme, o médico era menor que eu também não conseguia me ajudar ai eu chamei a técnica que era forte, chamei o motorista a gente colocou o paciente na cama, eu comecei a massagear, a funcionária foi pegar um acesso e o médico desbaratinado não conseguia fazer nada, nada, nada, foi um corre corre de gente pra todo lado..." (E23).

A sincronia, a organização, a autonomia diante da realização e divisão das tarefas entre a equipe são fatos relevantes destacados pelos profissionais de enfermagem que geram da realização da RCP um fato bem desenvolvido pela equipe.

O atendimento da PCR em um ambiente intra-hospitalar requer um conjunto de variáveis bem definidas para associar ao aumento da sobrevivência de pacientes. A chance de sobrevivência depende também da competência e habilidades interpessoais dos membros da equipe que realizam as manobras de RCP. Neste estudo enfatiza-se a importância das funções de cada profissional, seja o técnico de enfermagem, o enfermeiro e o médico, o que traz benefícios para o paciente em situação de PCR/RCP.

Segundo Azevedo (2010) a execução de técnicas de enfermagem em pacientes de maior complexidade deve ser entendida no contexto da visão integral que o enfermeiro deve ter do paciente, em uma avaliação de suas condições biopsicossociais e não apenas uma abordagem mecânica e pontual focando apenas a dimensão biológica. Ou seja, acredita-se que o enfermeiro é o profissional cuja formação permite uma avaliação ampliada do paciente, situação muito desejável, especialmente nos casos de maior complexidade.

O enfermeiro como executor das intervenções de enfermagem, principalmente as de maior complexidade, apareceu com destaque nesta pesquisa, o que está em conformidade com as determinações da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem que incumbe o enfermeiro privativamente “dos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas” (COREN-SP, 2007-2008).

O envolvimento entre os membros da equipe, o atendimento em conjunto favorecem a realização das manobras de RCP de forma qualificada (AZIZ et al., 2005; MURPHY; FITZSIMONS, 2004).

A desordem da equipe de enfermagem durante o atendimento da PCR/RCP também esteve presente no último relato (E23) e reflete a falta de organização e o assincronismo no atendimento a PCR/RCP, o que prejudica a assistência levando a perda de tempo no início das manobras e consequentes prejuízos para o paciente crítico.

Para Silva (2009), o conhecimento dos fatores que dificultam o desempenho das equipes é fundamental para que se indique pontos de conflito que restrinjam esse desempenho rumo ao atendimento qualificado.

Azevedo (2010) reforça em seu estudo, que a falta de comunicação entre os membros da equipe é um dos fatores que dificultam tanto a organização do atendimento quanto para a desqualificação do mesmo.

Silva (2009) corrobora com esta ideia porque também identificou a comunicação insuficiente como um fator dificultador no processo de trabalho. A comunicação é um fator essencial no desenvolvimento de uma equipe, é indispensável ao relacionamento humano e às relações de trabalho, assim, uma boa comunicação evita ou ao menos diminui as chances de conflitos e torna o ambiente de trabalho mais harmonioso, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe (SILVA, 2009).

No atendimento às emergências todos os grupos trabalham de forma simultânea, complementando uns aos outros, com interdependência entre seus trabalhos e com a finalidade do restabelecimento da vida (AZIZ et al., 2005; SILVA, 2009).

5.2.1.3 Habilidades técnicas

As facilidades ou dificuldades de execução de técnicas primordiais durante o atendimento da PCR/RCP como entubação endotraqueal pela equipe médica, dificuldade na realização das compressões cardíacas ou realização das mesmas de modo efetivo e/ou de modo inadequado levando a ocorrência de mais lesões ao paciente, também foram destacadas nas falas.

As habilidades técnicas positivas e negativas foram observadas em quatro relatos (17,39%) conforme apresentadas nos relatos abaixo.

"... mesmo assim entubou o paciente, depois mais de trinta minutos tentando entubar o paciente ele conseguiu. Entubou a primeira vez no estomago, depois entubou no estomago de novo, na terceira vez ele realmente entubou o paciente... mas não tão efetivo. Foram iniciadas as drogas normais de atendimento..." (E7).

"... A maior dificuldade que acho é por parte dos médicos e não tanto da enfermagem... às vezes, atrapalha quando eles não conseguem entubar, ou às vezes se o paciente esta sem acesso dificulta a parte da enfermagem... se paciente é ruim de acesso..." (E17).

"... ele estava rebaixando e pedi para a enfermeira chamasse o médico, para que entubasse porque ele rebaixou de uma hora para outra. Ai o que aconteceu é que foi uma intubação muito difícil... eu acho que se tivesse entubado ele no momento que ele chegou poderia ter sido melhor o atendimento... ai fez o atendimento entubou daí uns sete, oito minutos e fez as drogas, fez a massagem, reanimação cardíaca, tudo conforme está o que estabelecido pelas novas diretrizes aqui do PA..." (E18).

"... o paciente em parada estava ruim de acesso, mas a gente deu conta rapidinho... enquanto isso o colega já estava ventilando com ambú e a equipe fazendo massagem... depois de um tempo a gente sentiu a artéria femoral, realmente, ele voltou a ter pulso..." (E2).

A execução de técnicas corretas no menor intervalo de tempo pela equipe frente às manobras de RCP facilita e otimiza o tempo de ressuscitação do paciente, frente que tempo é vida na PCR. Assim, a equipe que atende os pacientes vítimas

de PCR e desempenham as manobras de RCP devem desenvolver habilidades técnicas para que as ações assistenciais sejam seguras, rápidas e efetivas, portanto, tempo significa coração e cérebro na PCR/RCP e as habilidades técnicas dos profissionais devem estar aguçadas, seja por meio da experiência de trabalho ou por meio de treinamentos e capacitações (AZIZ et al., 2005; DWYER; WILLINS; JACOB, 2004; SOAR et al., 2010; TALLO et al., 2012; TIMERMAN et al., 2010).

As habilidades são aperfeiçoadas ao longo do tempo, isso equivale a dizer que com o tempo um indivíduo estará desempenhando certa habilidade melhor do que antes e à medida que a aprendizagem avança, pois o desempenho torna-se cada vez mais consistente. Assim, à medida que a pessoa melhora uma habilidade, sua capacidade é melhorada e se estende por períodos maiores e seu desempenho se aperfeiçoa, isso permite enfatizar que à medida que a pessoa evolui na aprendizagem da habilidade, maior é a sua capacidade de desempenhar a habilidade com sucesso em diferentes ambientes (AZIZ et al., 2005; MAGIL, 2002; SOAR et al., 2010).

Em seus estudos Paiva (1997) e Pedersoli (2011), aponta o uso da máscara laríngea como dispositivo de primeira escolha pelo enfermeiro no controle da via aérea; evidenciou que os estudos utilizaram como estratégia o treinamento de enfermeiros em laboratório e em manequins adaptados para simular parâmetros de avaliação de desempenho dos sujeitos; também foi avaliado o desfecho da eficácia da máscara laríngea em comparação com Guedel, bolsa-válva-máscara e combitubo. Dessa forma, a máscara laríngea passa a ser vista como um dispositivo confiável por permitir ao enfermeiro treinado, em situação de emergência e no atendimento precoce da PCR, garantir uma via aérea pérvia, segura, além de baixa incidência de complicações (distensão gástrica e regurgitação), promoção de adequada ventilação e conseqüente aumento da sobrevivência.

A dificuldade na obtenção do acesso venoso nos pacientes em PCR/RCP é uma triste realidade devido ao estado de colapso circulatório no qual se encontra o paciente (AHA, 2010). Diante desse fato, os profissionais de saúde capacitados devem utilizar vias já conhecidas e seguras para administração de medicamentos,

como é o caso da via intraóssea, a fim de não atrasar a infusão das drogas de ressuscitação (NOLAN et al., 2010; RICHMOND; WYLLIE, 2010).

5.2.1.4 Habilidades éticas/legais

As habilidades éticas/legais evidenciam algumas ações de enfermagem e médica que se relacionam ao exercício ético legal da profissão e representaram 4,3% dos relatos dentro dessa subcategoria dos incidentes críticos. As lesões ocasionadas nos pacientes, as manobras de RCP desnecessárias em casos com prognósticos fechados e terminais, assim como a decisão em cessar ou não as manobras de RCP foram destacadas nas falas dos sujeitos abaixo.

"... ai a primeira vez que ela parou a gente foi reanimar ai eu fui a primeira que começou a massagear e logo no primeiro ciclo de massagem já quebrei duas costelas dela, assim então foi uma coisa meio ruim... foi a primeira vez que eu tinha quebrado uma costela. Ai depois continuou a parada e não teve problema nenhum... depois eu troquei com o médico, o médico subiu na escada e começou massagear e falou: quebrei também uma costela. Nisso a gente começou a reparar que estava fazendo enfisema subcutâneo nela, nossa perfurou o pulmão..." (E7).

"... depois viram que esse paciente não tinha mais condições de sobrevivência, a gente deixou esse paciente de lado, tirou ele da sala por conta do espaço e fomos investir no outro paciente que também era grave..." (E5).

"... a que devemos olhar para todos os pacientes desta maneira, por traz deste corpo frágil, adoecido, inerte, existe toda uma história de vida... e um sonho que talvez encerrou no momento em que desistimos da manobra de reanimação." (E5).

"... a primeira vez que o paciente teve a parada cardíaca, ele ficou em parada por cerca de dez minutos, foi reanimado, porém evoluiu só com três, quatro minutos reanimado e parou novamente. A segunda parada foi reanimada durante 40 a 50

minutos sem efeito... tinha cerca de 45 anos o paciente... foi definitivo e não teve evolução... resolveram optar por parar a sessão ..." (E5).

As questões éticas legais frente às manobras de RCP são sempre conflitantes pois envolvem legislação, protocolos, direitos dos pacientes, por isso é bastante temida pelos profissionais de saúde que atuam em unidades de emergência e que enfrentam conflitos éticos e morais diariamente, porque é uma unidade que apresenta um perfil quase sempre superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física limitados, não oferece condições de acomodação aos usuários com segurança, podendo favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos (ROSA, 2001).

Segundo a AHA (2010), algumas regras devem ser seguidas quanto à padronização da não reanimação. A reanimação excessiva sem nenhum retorno da circulação espontânea, nenhum choque administrado, e a PCR não testemunhada pela equipe do Serviço Médico de Emergência são consideradas regras para a interrupção da RCP e evitar muitas variáveis nas tomadas de decisões (DEAKIN et al., 2010; LIPPERT et al., 2010).

As “ordens para não ressuscitar” (ONR) são reconhecidas mundialmente, mas devido as suas complicações éticas, não são bem difundidas e nem adotadas oficialmente como prática médica no Brasil (DEPALMA, 1999; TONELLI; MOTA; OLIVEIRA, 2005; WILDER, 2000). São reconhecidas como instrumentos que podem ser adotados pelas equipes médicas, pacientes, familiares e por instituições de saúde através de protocolos próprios que têm por objetivo a orientação do não início das manobras de RCP em casos em que os pacientes não tiverem benefícios clínicos comprovados. Assim, consideram-se dentro desse conceito, os princípios éticos universais, a clínica assistencial integral e a crítica subjetiva gerada por componentes emocionais pessoais tanto dos pacientes, familiares, quantos dos profissionais de saúde (LIPPERT et al., 2010; TONELLI; MOTA; OLIVEIRA, 2005; URBAN et al., 2001; WILDER, 2000).

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 equipe de saúde com o paciente ou com sua família. É importante avaliar toda a situação de uma

maneira integral, com uma visão holística, perpassando por várias nuances culturais, sociais, filosóficas, econômicas, automaticamente imbricadas (CRISITNA, 2006; SILVA, 1998).

Alguns estudos como os de DePalma (1999), Hodde et al. (2004) e Wilder (2000) apresentam a dificuldade da aplicação da Ordem de Não Ressuscitar (ONR) no Brasil e no mundo, pois além das questões éticas e legais envolvidas a esse fato, a questão da presença familiar e sua opinião diante de vida ou morte do ente querido, muitas vezes atrapalham a decisão.

Segundo Cristina (2006), o médico tem que conviver com incertezas e administrar seu posicionamento em função das características da doença, da disponibilidade de recursos tecnológicos para o tratamento, da vontade nem sempre expressa do paciente, da posição da família e, por que não, de sua própria concepção da ambiguidade da vida e da morte. Muitas vezes, apesar dessas situações de ambiguidade gerarem conflitos que poderiam ser focos de várias interpretações, são situações importantes por exigirem uma posição de clareza do profissional frente ao evento de PCR, provocando a exibição ou manifestação de sensibilidade ou de sentimentalismo que, muitas vezes, o impede de perceber as qualidades ou méritos de ações desempenhadas.

Diante do fato da decisão de “viver ou morrer”, a equipe médica sempre toma a decisão final, e na maioria das vezes sem a consulta dos familiares ou da equipe multiprofissional que atende o paciente (DEPALMA, 1999; TONELLI; MOTA; OLIVEIRA, 2005; WILDER, 2000).

Essa atitude de decisão majoritária relacionada ao destino de vida ou morte do paciente é explicada pela visão médica diante do quadro clínico dos pacientes e respectivos prognósticos associados com a exaustão das formas de intervenção e tratamento, a falta de manifestação da equipe ou familiares em relação ao caso e pela postura ética e legal diante do não prolongamento do sofrimento daqueles que não teriam condições sabidas de sobrevivência (LIPPERT et al., 2010; TONELLI; MOTA; OLIVEIRA, 2005; URBAN et al., 2001; WILDER, 2000).

Os estudos de DePalma et al. (1999) e Saltbaek e Tvedegaard (2012) sugerem que médicos, familiares e pacientes deveriam discutir sobre a ONR para a

tomada de uma decisão final, já que na realidade os pacientes e suas famílias nunca estão envolvidos nesta prática. Por esse motivo em um terço dos casos pacientes e médicos discordam sobre essa decisão, ficando o médico com a decisão de realização da RCP contra a vontade dos pacientes e seus familiares.

Diante desse fato, Tonelli, Mota e Oliveira (2005) enfatizam a falta de registros nos prontuários dos pacientes relacionados a ordem de não reanimar, pois por agirem na maioria dos casos pelos seus preceitos éticos, há um receio da documentação deste ato devido às implicações legais relacionados a esse fato.

5.2.2 Sentimentos e emoções da equipe frente á PCR/RCP

Essa segunda categoria dos incidentes críticos enfatiza os sentimentos positivos e negativos relatados pela equipe durante e após as manobras de RCP. Foi observado em três relatos (9,7%), conforme observados nos relatos a seguir.

"... foi comunicado a equipe da GO, foi feito cardiotoque. É... existia presença de batimento cardíaco do RN. Foi realizada uma cesárea de urgência, o RN nasceu em parada cardiorrespiratória, foi feito dois ciclos e foi revertido com sucesso... ficamos felizes e satisfeitos com a reanimação..." (E24).

"... foi exaustivo, porém toda a equipe insistiu em lutar por aquela vida, porque por mais que ele estivesse rebaixado pela neoplasia, uma hora antes da PCR ele andava. Era pai de família... foi muito triste..." (E20).

"... aquele fato nos despertou muita curiosidade, levando toda a equipe a crer que havia algo diferente... infelizmente o jovem evoluiu a óbito... constatado embolia pulmonar por uso de anabolizantes... era uma coisa assim que ninguém esperava dele, mais eu acho que apesar do estresse, da correria neste atendimento... eu acho que foi um atendimento que foi bem feito." (E26).

Segundo Hemming et al. (2003), as enfermeiras por desempenharem várias ações em diferentes clínicas no atendimento ao paciente crítico e estarem sempre próximas a estes pacientes, bem mais do que qualquer outra equipe, estão expostas

acentuadamente ao risco de enfrentarem um PCR. Desse modo é relevante que as ações, assim como as habilidades cognitivas e técnicas estejam aprimoradas, pois são elas, na maioria das vezes, que iniciam as RCP nesse momento de stress.

As urgências podem ser conceituadas como um evento vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade e são consideradas uma gravidade ameaçadora à integridade física e psicológica da pessoa (MARTINEZ; NITSCHKE, 2001).

A PCR/RCP é reconhecida por muitos profissionais de enfermagem como uma situação estressante, mesmo por aqueles adaptados a prestarem atendimento á pacientes críticos.

Neste contexto o estresse pode ser definido como um conjunto de reações coloca que o estresse constitui-se como um conjunto de reações que o organismo humano desenvolve ao ser submetido a uma situação onde são manifestados sinais e sintomas exclusivos, caracterizados por alterações não específicas no sistema biológico (LEMOS; LIMA; MELO, 2004).

A situação de PCR/RCP leva os profissionais de enfermagem a sofrerem vários agentes estressores, sendo atingidos fisicamente, psicologicamente e socialmente (CONDORIMAY, 2003).

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

Nolan et al. (2010) e Timerman, Paiva e Tarasoutche (1999) corroboram com essa afirmativa e reforçam a importância da assistência á PCR em tempo hábil a fim de minimizações das sequelas aos pacientes, mesmo dentro deste contexto estressante.

5.2.3 Estrutura e Ambiente na RCP

A estrutura e o ambiente na RCP foram observados em dois relatos (6,5%), demonstrando a utilização de tecnologias e a questão dos recursos humanos e materiais na unidade de emergência em estudo.

Os relatos apresentados demonstraram situações positivas e negativas dentro dessa categoria de incidente crítico.

"... Agora nós temos a prancha que faz massagem sozinha, ela massageia o paciente sozinha... foi realizado massagem cardíaca com prancha alto pulse¹, realizado cardioversão com tempo de 40 minutos..."(E17).

"... Teve uma outra parada simultânea e eu não tinha mais funcionários pra atender. O que eu tinha eram duas lá comigo, eu e a equipe médica pra atender a segunda parada... eu tirei os funcionários da sala da cirurgia pra poder puncionar aqui porque o outro paciente parou na salinha da Mini-Ucor² onde não tinha monitorização..." (E25).

O aumento da demanda de atendimentos de urgência e emergência limita a disponibilidade de recursos materiais, implicando na necessidade de melhor gerenciamento tanto dessas situações quanto dos centros que possam atender a população, seja provendo atenção integral a nível individual, seja colaborando no planejamento e operacionalização da assistência em grandes desastres (CRISTINA, 2006).

Segundo Navarro (2011) e Richmond e Wyllie (2010), o uso de tecnologias na detecção precoce da PCR/RCP, assim como na monitorização contínua do paciente crítico e no tratamento definitivo pós RCP é imprescindível para a agilidade do atendimento e qualidade da assistência.

Sabe-se que a globalização permite a atualização e o desenvolvimento de novas tecnologias e equipamentos continuamente. Essa realidade favorece as ações empregadas na PCR/RCP permitindo a realização da RCP pelos profissionais de enfermagem de forma mais segura e fidedigna. Portanto há relevância da aquisição de novas tecnologias assim como conhecimento em relação á elas e um quadro de recursos humanos suficientes e atualizados para atuarem nesse evento.

Um dos aspectos relativos à organização da unidade diz respeito ao planejamento antecipado à chegada do paciente crítico, dos materiais e

¹ Prancha mecânica automática que realiza compressões torácicas externas sozinha.

² Sala anexa a sala de emergência onde ficam pacientes cardiológicos críticos em tratamento.

equipamentos que devem estar preparados, testados e colocados de forma a estarem imediatamente disponíveis. Em condições ideais, uma área que contenha materiais de reanimação e monitorização deve estar disponível, bem como equipamentos apropriados para abordagem das vias aéreas e soluções cristalóides aquecidas (AZEVEDO, 2010).

O espaço físico, a distribuição espacial de pessoas e equipamentos pode favorecer ou dificultar o trabalho a ser realizado (AZEVEDO, 2010).

O gerenciamento de recursos materiais é fundamental nas organizações de saúde refere-se ao seu produto final ou atividade fim, que é a assistência aos usuários por meio de ações que não podem sofrer interrupções (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

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, portanto, 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).

5.2.4 Eventos Adversos na RCP

Dentro dessa categoria de incidente crítico destacaram-se duas situações inusitadas de erros cometidos no atendimento ao paciente crítico em PCR. Esses relatos de eventos adversos foram observados em 6,5%, conforme destacados a seguir.

"... um outro paciente que estava na minha frente na maca, com uma pessoa de branco do lado...essa pessoa não se era enfermeiro ou auxiliar... bom, eu prestei atenção no paciente e vi que ele estava entubado no corredor sem ventilação... eu larguei o que eu estava fazendo na hora fui até lá e perguntei se o paciente estava

entubado...e estava sim... sai arrastando e gritando paciente entubado no corredor sem O₂, O₂...parado..." (E13).

"... eu olhei o paciente que teve uma parada cardíaca e caiu da maca, a gente pegou ele, colocamos dentro do Pronto Atendimento, já chamamos a equipe médica, paciente já estava com a veia puncionada, já iniciamos o 1º ciclo de droga... na época fazia atropina e adrenalina, iniciou-se a massagem cardíaca e o atendimento foi bem rápido..."(E15).

Os eventos adversos que permeiam a PCR/RCP podem estar relacionados à falta de conhecimento teórico prático, a falta de habilidades, à falta de gestão e organização do ambiente assim como irregularidades durante a remoção do paciente.

Segundo Azevedo (2010), as abordagens realizadas no atendimento pré-hospitalar seguem os princípios da assistência ao paciente crítico, sistematizado pelo ATLS e BLS como ABCDE, o que permite o direcionamento e fundamenta a assistência, estas ações são desenvolvidas por vários profissionais, respeitando suas especificidades, competências e responsabilidades.

Estudo como o de Azevedo (2010), ressalta a importância do atendimento pré hospitalar ao paciente crítico, assim como a informação dos dados pela equipe de remoção à equipe hospitalar para a continuidade do tratamento e assistência de qualidade, dentre os dados informados destaca-se as condições clínicas destes pacientes durante o atendimento prévio e condições de transporte, informações relevantes se comparadas ao atendimento à PCR/RCP (AZEVEDO, 2010).

Contudo o paciente é o ponto final de todo o processo, sofrendo as consequências que podem ser fatais nessa situação, portanto os eventos adversos no atendimento à PCR/RCP são minimizados com desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas, interpessoais e ética/legais, favorecendo melhoria na qualidade nas ações de RCP (AZIZ et al., 2005; CLARK, 2001; PEBERDY et al., 2006; SOAR et al., 2010).

5.2.5 Capacitação da equipe de enfermagem na PCR/RCP

A capacitação da equipe de enfermagem e a falta da mesma na PCR/RCP para os profissionais de enfermagem foram observadas em apenas um relato (3,2%).

Dessa categoria emergiram relatos sobre a importância de treinamentos e de capacitações durante todo o processo de reconhecimento e atendimento da PCR/RCP pela equipe de enfermagem, conforme observado abaixo.

"... eu acho que deveria ter as equipes já treinadas, que já são treinadas como sempre pela instituição, porém que elas ficassem mais no PA. Se tivesse um protocolo de atendimento de Edema Agudo, de parada cardíaca, de politrauma... porque às vezes os funcionários daqui, têm um chefe que dão ATLS, BLS... dão tudo para todo mundo ai fora, mas como os funcionários daqui de dentro da instituição não têm dinheiro para participar de um trabalho tão forte desse, eu achava que eles teriam que fazer assim... uma concessão de no dia do BLS, ATLS a gente poder participar como ouvinte e gratuito, porque ai sim, se tem um trabalho de primeira qualidade... é o que eu quero dizer também, é que às vezes as equipes, elas rodam, rodam no sentido a equipe de enfermagem roda e sai do PA coisa que não poderia acontecer porque se você já tem esses funcionários treinados para fazer esse tipo de serviço eles teriam que ficar aqui..." (E18).

A capacitação para os profissionais de saúde e ressaltados em vários estudos como de extrema relevância para o bom desempenho da equipe. A capacitação em SBV e no SAVC é definida como pontos fortemente válidos na melhoria da assistência. As capacitações devem ocorrer periodicamente a fim de restaurar e sedimentar conhecimentos e habilidades importantes na RCP. É importante ressaltar que as capacitações em PCR/RCP devem seguir diretrizes internacionais segundo a AHA (2010) (NOLAN et al., 2010; PREUSCH et al., 2010; SOAR et al., 2010).

As variáveis de treinamento relacionadas à ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) são de extrema relevância para garantir o rápido diagnóstico dessas

situações e o início imediato das manobras adequadas (DWYER; WILIANS; JACOB, 2004; MIYADAHIRA, 1997; SOAR et al., 2010).

Em contrapartida a falta de capacitação leva os profissionais de enfermagem a sentirem-se inseguros, desatualizados na prática da RCP e nos atendimentos emergenciais, desmotivados, podendo causar aos pacientes manobras inseguras que venham a acarretar erros e lesões para os pacientes em atendimento.

A aquisição de conhecimento teórico em RCP por si só é tão importante quanto à aquisição de habilidades psicomotoras. Salientamos a escassez de estudos latino-americanos sobre a educação em RCP e os dados de sobrevivência no hospital refletem o treinamento limitado em RCP na população em geral (CÁCERES; CÉSPEDES; GOMPERTZ, 2006).

Segundo Chaves e Azevedo (2009) o crescimento dos hospitais, a incorporação de novas tecnologias e os novos paradigmas de educação de profissionais de saúde torna-se inquestionável para a maioria das instituições, a necessidade de capacitar seus trabalhadores por meio de educação reflexiva e participativa a fim de desenvolver novas habilidades e o potencial dos trabalhadores para a participação ativa no processo de trabalho.

5.3 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS

Tabela 4 - Distribuição das categorias de comportamentos positivos e negativos relatadas pelos profissionais de enfermagem frente às manobras de PCR/RCP (N=119). São José do Rio Preto, 2012.

Categorias de Comportamentos Positivos e Negativos frente à PCR/RCP	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Categorias Comportamentos Positivos frente a PCR/RCP</i>		
Aplicando a sistematização no atendimento à PCR/RCP	41	58,6
Estabelecendo gestão durante a RCP	28	40,0
Utilizando novas tecnologias na RCP	01	1,40

Continua

**Categorias Comportamentos Negativos frente á
PCR/RCP**

Convivendo com a falta de competências técnicas/conhecimento	25	51,0
Vivenciando a falta da sistematização no atendimento à PCR/RCP	9	18,4
Convivendo com equipamentos e recursos humanos insuficientes	5	10,2
O ambiente	5	10,2
Percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente a RCP	4	8,2
Observando a falta de capacitação permanente da equipe na RCP	1	2,0
Conclusão		

Na análise das categorias segundo Tabela 4, foram identificados 119 comportamentos, que foram agrupados por semelhança de conteúdo e divididos em positivos e negativos, segundo os relatos. Os comportamentos positivos totalizaram em 70 (58,8%), enquanto que os comportamentos negativos corresponderam 49 (41,2%) do total. Tal fato denota que apareceram mais de um comportamento, positivo e/ou negativo na categoria de um mesmo incidente crítico.

5.3.1 Identificação e análise dos comportamentos Positivos

Passa-se a descrever as três categorias de comportamentos positivos, compostas pelos 70 comportamentos positivos relatados pelos profissionais de enfermagem segundo a Tabela 4.

5.3.1.1 Aplicando a sistematização no atendimento à PCR/RCP

Nesta categoria foram incluídos 41 (58,8%) comportamentos positivos referentes à demonstração do conhecimento quanto à sistematização do atendimento à PCR/RCP, 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 bolsa-valva-máscara e realização das compressões torácicas externas; preparar e administrar as medicações; e realizar desfibrilação precoce.

"... atendimento foi conforme as normas e rotinas da instituição. O protocolo foi todo bem seguido... na época usava-se adrenalina e atropina na parada se não me falha memória. Foram feitos três ciclos, foi entubada, foi massageada o tempo todo, do momento que ela entrou no PA..." (E5).

"... é iniciou-se a reanimação, é a reanimação foi feita por um dos internos da equipe médica que estava fazendo massagem cardíaca, revezando, a equipe de enfermagem medicando, adrenalina, contando tempo, fazendo massagem, e ai que eles iniciaram a intubação..." (E27).

"... eu olhei o paciente, estava caído da maca, teve uma parada cardíaca, já chamamos a equipe médica. O paciente já estava com a veia puncionada, já iniciou o 1º ciclo de droga, na época fazia atropina e adrenalina, iniciou-se a massagem cardíaca e feito a desfibrilação. O atendimento foi bem rápido..." (E15).

"... o protocolo faz uns seis meses, oito meses mais ou menos... 2011 começou, junho eu acho de 2011, junho, julho... então assim, está bem específico hoje, a equipe de enfermagem está um pouco mais organizada, então ela faz o atendimento mais sistematizado... a importância do protocolo é sistematizar as ações de enfermagem no momento de uma emergência..." (E21).

"..., verificamos que o paciente estava sem pulso, já começaram massagem cardíaca, já foi feito a primeira dose de adrenalina e foram testar o tubo, o tubo estava no estomago, foi reentubado e ele voltou após feito o 1º ciclo, o 1º ciclo

massageou um pouquinho já voltou no 1º ciclo, isso me chamou muito atenção..." (E13).

"... essa paciente parou em uma F.V, ai teve que fazer choque, uma desfibrilação, assim que detectou o ritmo..." (E7).

"... é ele estava todo cianótico, é eu já ali detectei que estava em parada, é já posicionamos o paciente na cama, é eu iniciei a massagem..." (E12).

As novas diretrizes em PCR/RCP ditadas pela AHA (2010) evidenciam as modificações dos protocolos e sistematização relacionadas ao atendimento do paciente em PCR/RCP, enfatizando a importância da realização efetivas das compressões torácicas. O *Guideline* delinea a correta realização das manobras de compressões torácicas e reforça que as mesmas são essenciais para um adequado fornecimento de fluxo sanguíneo durante a RCP, para tecidos nobres como cérebro e coração. Por esta razão, todos a vítimas de PCR devem receber compressões torácicas o mais precocemente possível (AHA, 2010).

Para oferecer compressões torácicas efetivas, deve-se comprimir com força e velocidade a uma taxa de no mínimo 100 compressões e não mais que 120 compressões por minuto com uma profundidade de compressão de cinco cm devendo permitir o retorno completo do tórax após cada compressão, para permitir que o coração para encher completamente antes da próxima compressão (AHA, 2010). A *American Heart Association* (2010) recomenda que se deva também, tentar minimizar a frequência e duração das interrupções das compressões para maximizar a número de compressões oferecidas por minuto. A relação compressão-ventilação é de 30:2, no paciente sem via aérea definitiva e de no mínimo 100 compressões por minuto associado às ventilações (em torno de seis a oito ventilações por minuto) em pacientes com via aérea definitiva (BOAVENTURA, 2010; Berg et al., 2010; CHARLES et al., 2010; NOLAN et al., 2010; ROJAS et al., 2012; TALLO et al., 2012).

Segundo o estudo de Cáceres, Céspedes e Gompertz (2006) e Dochert (2002), se a RCP for iniciada nos primeiros quatro minutos, incluindo a desfibrilação nos primeiros oito minutos a taxa de sobrevivência é de 43% dos pacientes, dados dos Estados Unidos da América; já em outros países, as campanhas para ensinar

RCP ao público em geral tem progredido durante alguns anos o que resulta na formação de milhões de pessoas.

Portanto, a sobrevivência dos pacientes em PCR está diretamente ligada ao tempo entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP, além da harmonia, sincronismo, capacitação da equipe e uma estrutura para o atendimento organizada (BOAVENTURA, 2010; LIBERMAN et al., 2000; NOLAN et al., 2010; TALLO et al., 2012).

A utilização da terapia medicamentosa correta na RCP direcionada pelo *Guideline* é imprescindível para o sucesso das intervenções.

Segundo AHA (2010), a adrenalina é considerada a droga de referência tanto nas PCR com ritmos chocáveis (FV e TV), quanto em ritmos não chocáveis (AESP e Assistolia); a amiodarona é indicada em PCR com ritmos chocáveis após uso do DEA e a atropina passou a ser indicada apenas em casos de bradicardia refratária (AHA, 2010; RICHMOND; WYLLIE, 2010).

5.3.1.2 Estabelecendo gestão durante a RCP

Apresentamos nesta categoria os 28 (40,0%) comportamentos positivos relacionados ao estabelecimento de gestão aos profissionais que participam do atendimento à PCR/RCP, entre eles: a capacidade de liderança do enfermeiro junto a equipe quanto à assistência prestada ao paciente/cliente numa situação de urgência e emergência, como a PCR/RCP; trabalhar em equipe; coordenar e organizar a equipe de atendimento; fornecer as coordenadas durante o atendimento da RCP; distribuir as tarefas a cada um dos funcionários (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem); e o estabelecimento de um líder durante o atendimento.

"... nós já tratamos de nos organizar para poder prestar essa assistência adequada pra ele. Monitoramos o paciente, eu como enfermeiro assumi a parte do oxigênio, a cabeça no caso, os técnicos e os auxiliares... um ficou na medicação e o outro ficou pra punccionar, pra pegar um acesso venoso calibroso pra gente poder

infundir as drogas. Dentro de seis minutos mais ou menos que o paciente estava na sala ele parou em taquicardiac, nós já estávamos todos posicionados, a equipe médica também estava lá orientando a gente e imediatamente nós começamos... o que marcou bastante nessa parada foi a sincronia e organização da equipe ta "(E4).

"... foi bastante dinâmica essa parada cada um na sua função, ela foi por incrível que pareça, certinha assim em todos os portes. Foi a primeira parada que eu tive que ninguém precisava falar nada, todo mundo já sabia o que precisava de fazer, mesmo com ritmo, em dar o choque, prepara e já puxa o carrinho, já volta e faz massagem. Então foi uma parada, por ser uma parada, uma parada é bonita..."(E7).

"... A enfermagem também, os enfermeiros encabeçaram certinho... cada função... e não teve aquela correria, não teve tromba-tromba, cada um se organizando no que tinha que fazer e ninguém atrapalhou ninguém..."(E14).

Várias atitudes relacionadas à gestão estão presentes nos comportamentos acima evidenciados, demonstrando a divisão de tarefas, liderança dentro da equipe, sincronia entre os profissionais de enfermagem e dinamismo da equipe no atendimento à RCP.

Portanto dentro desse comportamento, Murphy e Fitzsimons (2004) reforçam a relevância do trabalho em equipe de forma sincronizada, facilitada por partir de treinamentos em grupos a fim de melhoria da RCP.

A gerência é um processo no qual é executado um conjunto de ações que visam criar condições adequadas para que a assistência seja realizada com padrões de qualidade definidos para o respectivo serviço (HAUSMANN, 2006).

Assim, segundo Hausmann e Peduzzi (2009), o procedimento técnico atrelado ao planejamento de ações, garante ao paciente o tratamento de que ele necessita, pois, ao planejar, o enfermeiro determina objetivos a serem alcançados para promover a assistência de enfermagem de forma a adequar-se às necessidades dos pacientes.

Considerando a experiência profissional e o exposto na literatura acerca de gerência em enfermagem, entende-se que, em unidade crítica, as ações de gerenciamento estão articuladas ao cuidado, cabendo destacar que o enfermeiro é o

responsável por priorizar, planejar e participar da execução do cuidado de enfermagem adotando as diretrizes do ATLS, ACLS; mobilizar recursos humanos, materiais e tecnológicos qualificados que garantam uma boa assistência; prover ações de acolhimento e educativas aos usuários e familiares; interagir com os demais profissionais da equipe de saúde; ocupar espaços de articulação e negociação para a manutenção da capacidade organizacional e de melhorias do atendimento (AZEVEDO, 2010; ROSSI, 2005).

Estudos como o de Tallo et al. (2012) corroboram com esse posicionamento já que reforçam a necessidade da organização do atendimento à PCR por meios do seguimento de protocolos internacionais e da sistematização da RCP.

A integração dos vários profissionais envolvidos no mesmo atendimento, mobilizados em um objetivo comum, configura-se como um trabalho em equipe, estabelece relações que favorecem a realização de um trabalho integrado, garantindo agilidade na assistência prestada à vítima (GARLET, 2009).

Segundo Bartley e Macdowell (2002), a utilização de protocolos é extremamente importante na execução da RCP de qualidade, padronizando as técnicas e diminuindo os eventos adversos pelos profissionais de saúde.

A utilização de protocolos também direciona o conteúdo de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde de forma uniforme, garantindo a padronização das técnicas (AHA, 2010; BARTLEY; MACDOWELL, 2002, NOLAN et al., 2010; TIMERMAN; PAIVA; TARASOUTCHE, 1998).

Na PCR/RCP é fundamental um membro da equipe assumir o papel de líder durante o atendimento, sendo o enfermeiro o profissional mais adequado à essa função (COOPER, 2001; PEMBECCI et al., 2006).

5.3.1.3 Utilizando novas tecnologias na RCP

Esta categoria abrangeu um (1,4%) comportamento positivo relacionado aos materiais e equipamentos, entre eles: o provimento adequado dos materiais e equipamentos e a utilização de novas tecnologias na realização da RCP.

"... Agora nós temos a prancha que massageia sozinha... ela massageia o paciente sozinha... foi realizado massagem cardíaca com prancha alto pulse, realizado cardioversão com tempo de 40 minutos..."(E25).

A utilização de novas tecnologias para realização da monitorização do paciente crítico e em PCR, assim como na RCP colaboram para um melhor desempenho dos profissionais de enfermagem e médica propiciando maior fidedignidade aos dados, sinais clínicos direcionando a equipe quanto ao melhor tratamento frente á PCR/RCP (RICHMOND; WYLLIE, 2010; NAVARRO et al., 2012).

Segundo Clark (2001) e Richmond e Wyllie (2010) o uso de tecnologias na PCR/RCP envolvendo o uso de medicamentos, novas tecnologias como a prancha alto pulso (faz compressões cardíacas sozinha), equipamentos elétricos como monitores e oxímetros de pulso, tecnologias laboratoriais auxiliam no diagnóstico da PCR viabilizando o acompanhamento da PCR/RCP de forma fidedigna e favorecendo as intervenções de forma segura.

5.3.2 Identificação e análise dos comportamentos negativos

A seguir serão apresentadas as seis categorias compostas pelos comportamentos negativos oriundas dos 49 (41,2%) comportamentos negativos relatados, conforme demonstrado na Tabela 4.

5.3.2.1 Convivendo com a dificuldade de Habilidades Técnicas

Esta categoria abrangeu os 25 (51,0%) relatos de comportamentos negativos relacionados à falta de habilidades técnicas dos profissionais de enfermagem e da equipe médica, entre eles: a não- realização e/ou a falta de habilidade na execução de procedimentos, como a intubação endotraqueal pelo médico; a obtenção de

acesso venoso pela equipe de enfermagem e administração de drogas; o desconhecimento, despreparo prático e falta de habilidade da realização de RCP infantil.

"... eles não sabiam é... dizer pra gente se poderia fazer a medicação, as drogas tal, da parada tal, no triplo lúmen e quanto eles estavam discutindo isso aí tal, perguntando eles decidindo, é... nós já estávamos na segunda opção... da equipe da enfermagem, já puncionando outro acesso venoso... tentando puncionar um acesso venoso porque devido à parada a gente precisava administrar as drogas e o acesso venoso estava muito difícil... eu achei interessante por causa disso, porque na sequência uma parada a gente estava discutindo, sobre onde poderia puncionar, poderia fazer a medicação no triplo lúmen..." (E1).

"... chegou um bebezinho numa parada aqui um acidente de carro com traumatismo... chegamos lá pra atender, mas não sabíamos atender bebe, puncionar, massagear bebe... então, veio o pessoal da Neo..." (E6).

"... o paciente estava grave... os médicos tentaram entubar, só que no meio dessa entubação estava tudo muito difícil...foi muito difícil entubar...ai chamaram o pessoal da cirurgia...fizeram uma traqueostomia nele para tentarem ventilar..."(E10).

Durante o atendimento à PCR/RCP ainda encontra-se falta de habilidades por parte da equipe de saúde podendo lesar seriamente o paciente; uma das dificuldades é a realização da entubação endotraqueal e punção de acesso venoso para infusão e administração de medicamentos segundo (PEBERDY et al., 2006).

Diante dessa realidade, o enfermeiro capacitado deve utilizar técnicas rápidas e seguras para otimizar o atendimento à PCR/RCP como o uso da máscara laríngea para a obtenção de acesso às vias aéreas de forma rápida e a punção intra óssea para administração de medicamentos (PEDERSSOLI et al., 2011; NOLAN et al., 2010).

Almeida (1991) e Dochert (2002) reforçam o que a falta de conhecimento e habilitação ao exercício da profissão, ou seja, a falta de aptidão teórica ou prática para exercer determinada profissão, embora possa estar credenciada por diploma, não passa de mera presunção de competência, podendo nos casos de PCR/RCP

levar a ocorrências de maior gravidade, na medida em que se trabalha com situações limítrofes de vida, podendo levar o paciente ao óbito.

Silva (2006) reforça que os eventos adversos referentes à falta de habilidades devam ser reavaliadas e trabalhadas a partir de capacitações dos profissionais para atuar de forma segura e competente na vigência de uma PCR/RCP.

Pesquisadores atuais reforçam e corroboram com os estudos já citados, enfatizando a relevância da realização das habilidades técnicas pelos profissionais de enfermagem na RCP de forma segura e eficaz, necessitando de intervenções recorrentes de educação permanente e capacitações (AZIZ et al., 2005; SOAR et al., 2010; TALLO et al., 2012; TIMERMAN et al., 2010).

5.3.2.2 Vivenciando a falta da sistematização no atendimento à PCR/RCP

Nesta categoria foram incluídos nove (18,8%) comportamentos negativos referentes ao desconhecimento da sistematização mundialmente reconhecida na execução da RCP, entre eles: não conhecer os passos que devem ser seguidos durante o atendimento à PCR, como, por exemplo, a identificação tardia de PCR e o atraso na realização das compressões torácicas externas; a não ventilação adequada dos pacientes com via aérea definitiva; a realização das compressões torácicas externas em local inadequado; o desconhecimento das drogas preconizadas na RCP pela AHA 2010.

"... e eles conduziram a paciente pra o consultório pra ser evoluída clinicamente, no decorrer do plantão... aproximadamente uma hora mais ou menos depois, a equipe de enfermagem me chamou pra eu avaliar essa senhora que se apresentava muito torporosa, num nível de consciência bem rebaixado. Á avaliação eu percebi que a paciente estava parada..." (E5).

"... A o paciente já estava em óbito desde o começo da minha opinião, mais a médica não reconheceu esse fato... (E11).

"... A droga foi fertanil, dormonid, quelicin que foi administrado no paciente. O paciente estava é..., como que eu posso falar, sem nenhum sinal de vida, sendo iniciadas massagens..." (E11).

"... chegou um rapaz aqui no Pronto Atendimento... ele estava rebaixando e pedi para a enfermeira chamasse o médico, para que entubasse ele porque ele rebaixou de uma hora para outra, assim, do nada , ai o que aconteceu entubou, foi uma intubação muito difícil... o que aconteceu na verdade um fato de observação é que o paciente parou antes da intubação ta..."(E18).

A sistematização das ações de enfermagem frente ao atendimento PCR/RCP é relevante para a minimização de erros e perda de tempo diante dessa emergência responsável por alto índice de mortalidade em todo mundo.

Estudos comprovam que a falta de sistematização na assistência minimizam as chances de sobrevivências desses pacientes pelo atraso no início da RCP, falta de seguimento da Cadeia de sobrevivência (BERG et al., 2010; BOAVENTURA, 2010; CÁCERES, CÉSPEDES, GOMPERTZ, 2006; CHARLES et al., 2010; NOLAN et al., 2010; ROJAS et al., 2012; TALLO et al., 2012).

O estabelecimento desses protocolos, que ordena prioridades e dimensiona os riscos, firmou-se como linguagem própria e adequada para os diferentes níveis e unidades do sistema de saúde, na perspectiva da atenção integral ao paciente crítico, modificando favoravelmente o panorama assistencial, confirmando a importância do atendimento sistematizado à atenção básica (ROMANI et al., 2009).

5.3.2.3 Convivendo com equipamentos e recursos humanos insuficientes

Nesta categoria foi incluído cinco (10,2%) dos comportamentos negativos referentes à demonstração desconhecimento quanto á importância dos materiais e equipamentos prontos para o uso, entre eles: o não provimento de materiais e

equipamentos; a falta de materiais e equipamentos para a monitorização na RCP e falta de recursos humanos necessários para atendimento da RCP.

"... teve uma outra parada simultânea e eu não tinha mais funcionário pra atender lá comigo... e o paciente também precisava fazer uma desfibrilação.... eu tirei os funcionários da sala da cirurgia pra poder puncionar o paciente parou na Mini-Ucor onde não tinha monitorização para o atendimento da PCR ..." (E19).

"... a outra funcionária ocupada pegando o acesso e eu massageando não podia parar... tinha uma outra funcionária que estava no horário de descanso porque era a noite ai o médico deixou o paciente e foi chamar a funcionária e o motorista ficou lá com a gente, pegando o material que a gente ia pedindo, a hora que essa funcionária veio até nós..." (E23).

O atendimento á PCR/RCP exige além de competências cognitivas e técnicas dos profissionais de enfermagem, recursos humanos e equipamentos suficientes para assistir de forma segura e fidedigna os pacientes, evitando situações de desordem nesta situação e complicações no atendimento (NAVARRO et al., 2011; RICHMOND; WYLLIE, 2010).

Nas unidades críticas, o suprimento constante de materiais e equipamentos é indispensável e necessitam estarem disponíveis em quantidades suficientes a qualquer momento, contando com uma rotina de reposição e manutenção (AZEVEDO, 2010; CLARK, 2001; PEMBECCI et al., 2006).

O atendimento e o tratamento de situações de emergência fazem parte de um sistema de cuidados especializados, cuja participação da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso na restauração de vidas e minimização de sequelas, mas para isso, todos os recursos (equipamentos, materiais e humanos) necessários para este atendimento precisam estar disponíveis de forma imediata e em perfeitas condições de utilização (GONÇALVES et al., 2007).

A previsão e provisão de recursos humanos e materiais como estratégias empregadas no gerenciamento, é importante pois favorecem positivamente o funcionamento dos serviços de saúde e a inadequação dos mesmos, comprometendo a qualidade dos cuidados ao paciente (WILLIG; LENARDT; TRENTINI, 2006).

5.3.2.4 Organizando o ambiente

Nesta categoria apresentaram-se cinco (10,2%) comportamentos negativos relacionados ao ambiente propiciado durante o atendimento ao paciente/cliente durante a RCP, entre eles: a desorganização do atendimento e das condutas; ambiente de desespero em situação inesperada, estresse, caos e pânico no atendimento a RCP.

"... duas funcionárias vinham correndo assim no sentido do posto de enfermagem e rindo e falando ao mesmo tempo, eu não consegui entender o que era, eu só vi o que era mesmo quando elas pegaram o carrinho de parada e saíram correndo com esse carrinho ai eu fui atrás pensando que boa coisa não poderia ser... é parada. Então elas não conseguiam falar, entendeu?! Poderia ter ficado uma lá massageando o paciente mais não, elas tiveram um surto de riso e falaram ao mesmo tempo e correram no corredor..." (E8).

"... a hora que ia cardioverter de um lado, eu corri pro um lado. E depois ia cardioverter o outro paciente e eu ia pro outro lado, e por fim um paciente voltou e outro foi a óbito..." (E19).

"... e parou sentado na cadeira conversando como médico, e eu de enfermeira e um técnica de enfermagem comigo que já estava assim, preparando o transporte do paciente, ai foi uma correria assim, eu não conseguia pegar o paciente no colo, que o paciente era enorme, o médico era menor que eu também não conseguia me ajudar ai eu chamei a técnica que era forte, chamei o motorista a gente colocou o paciente na cama, eu comecei a massagear, a funcionária foi pegar um acesso e o médico desbaratinado não conseguia fazer nada, nada, nada..." (E23).

A falta organização do atendimento na PCR/RCP juntamente com um ambiente tumultuado e estressor reflete falta da sistematização das ações em RCP pelos profissionais de enfermagem que ficam sujeitos ao acometimento de erros durante a assistência, sendo necessário, portanto, a capacitação, o treinamento constante desses profissionais assim como a atuação dos mesmos direcionada pelos *Guidelines* (CHARLES et al., 2012; SOAR et al., 2010; TALLO et al., 2012; NOLAN et al., 2010; BOAVENTURA, 2010; LIBERMAN et al., 2000).

O conhecimento de aspectos demográficos, epidemiológicos e organizacionais relativos aos atendimentos realizados em diferentes serviços pode subsidiar ações gerenciais do enfermeiro que se referem à distribuição de pessoal, escala diária, mensal e de férias, previsão e provisão de recursos materiais. Ou seja, as informações que caracterizam o perfil dos atendimentos trazem contribuições para identificar nuances do serviço, fornecendo subsídios para a organização do microespaço de atenção (COELHO, 2009).

A sobrecarga de trabalho percebida pelos enfermeiros, ocasionada especialmente por demandas não pertinentes à capacidade tecnológica da unidade, acarreta desgaste ao trabalhador de saúde e ao usuário, podendo comprometer a qualidade do cuidado prestado (AZEVEDO, 2010).

Os profissionais que atuam em unidades de emergência enfrentam conflitos éticos e morais diariamente, porque um ambiente superlotado, com recursos humanos, tecnológicos e de estrutura física limitados, não oferece condições de acomodar os usuários com segurança, assim pode favorecer a ocorrência de erros relacionados à execução de procedimentos (ROSA, 2001).

5.3.2.5 Percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente à RCP

Esta categoria abrangeu os quatro (8,2%) comportamentos negativos relacionados aos sentimentos de frustração, tristeza, ansiedade e perda da equipe de enfermagem frente à RCP mal sucedida.

"... Então essa parada foi uma das quais eu vi e que marcou na verdade, porque foi atendido rápido mais não teve sucesso... fiquei triste..." (E3).

"... fez a massagem, reanimação cardíaca, tudo conforme está o que estabelecido pelas novas diretrizes aqui do PA né, mais só que mesmo assim o paciente foi a óbito... se tivesse entubado nessa oportunidade, hoje eu acho que ele estaria vivo..." (E18).

A realização da RCP pode provocar na equipe muito estresse, cansaço, insegurança e que, por sua vez, causa ansiedade e depressão. Para que toda essa exaustão mental seja reduzida, faz-se necessária a discussão dos casos atendidos, principalmente após qualquer tentativa de RCP sem sucesso, proporcionando instantes e espaços para que os profissionais tenham a oportunidade de discutir o que sentem e o que pensam e, também, falar sobre o desempenho no atendimento, sendo esse um momento de aprendizado para a equipe de saúde (CRISTINA, 2006).

O sofrimento do indivíduo traz conseqüências sobre seu estado de saúde e igualmente sobre seu desempenho, pois passam a existir alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões econômicas e sociais, síndrome essa que se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, professores (CARLOTTO; GOBBI, 2003).

Estudos como de Azevedo (2010) e Lemos, Lima e Melo (2004) apresentam o evento da PCR/RCP como uma situação de estresse e tristeza tanto para os profissionais da saúde quanto para os familiares que sofrem o evento da perda do familiar em atendimento.

5.3.2.6 Observando a falta de capacitação permanente da equipe na RCP

Esta categoria abarcou um (2,0%) comportamento negativo relacionado ao despreparo e falta de capacitação permanente dos profissionais de enfermagem relatados em: falta de apoio da instituição na capacitação da equipe em cursos como o BLS, ACLS e ATLS.

"... eu acho que deveria ter as equipes já treinadas, que já são treinadas como sempre pela instituição, porém que elas ficassem mais no PA. Se tivesse um protocolo de atendimento de Edema Agudo, de parada cardíaca, de politrauma...

porque às vezes os funcionários daqui, têm um chefe que dão ATLS, BLS... dão tudo para todo mundo ai fora, mas como os funcionários daqui de dentro da instituição não têm dinheiro para participar de um trabalho tão forte desse, eu achava que eles teriam que fazer assim... uma concessão de no dia do BLS, ATLS a gente poder participar como ouvinte e gratuito, porque ai sim, se tem um trabalho de primeira qualidade... é o que eu quero dizer também, é que às vezes as equipes, elas rodam, rodam no sentido a equipe de enfermagem roda e sai do PA coisa que não poderia acontecer porque se você já tem esses funcionários treinados para fazer esse tipo de serviço eles teriam que ficar aqui..."(E18).

A padronização do atendimento á PCR/RCP pode ser conseguida através de cursos que ensinam os protocolos, *Guideline* em relação a assistência á PCR/RCP como os cursos de BLS e ACLS, desenvolvidos pela Sociedade Americana de Cardiologia em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e o FUNCOR e que já são amplamente difundidos no Brasil, objetivando garantir uma melhoria nos procedimentos e, conseqüentemente, maior sobrevivência dos pacientes (AHA, 2010; BELLAN, 2006; NOLAN, 2010; CAPONE; CAPONE NETO, 1993).

Cristina (2006) reafirma em seu estudo a necessidade dos profissionais de enfermagem da unidade de emergência de um hospital escola receberem a oferta destes cursos rotineiramente afim da melhoria do quadro de recursos humanos institucional e da qualidade da assistência prestada aos pacientes atendidos.

Esses cursos são caracterizados pelo desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras com vistas ao reconhecimento dos sinais de PCR, desobstrução de vias aéreas, respiração artificial, compressão torácica externa e desfibrilação precoce, sendo que o Suporte Avançado de Vida (SAV) caracteriza-se pelo aprendizado adicional de técnicas especiais de circulação e de ventilação invasiva, de monitorização cardíaca (identificação de arritmias), de acesso venoso, de terapia medicamentosa, de desfibrilação ou cardioversão, de terapias específicas pós ressuscitação e de terapia do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral (AHA, 2010; BELLAN, 2006; SOAR et al., 2010).

Contudo, a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento da PCR/RCP faz-se importante, tanto pela atualização das condutas quanto pela

aquisição e manutenção das habilidades técnicas para a aplicação das manobras de RCP e detecção de situações as quais podem ser preveníveis até á PCR (BELLAN, 2006; DEAKIN et al ., 2010; NOLAN et al., 2010; SOAR et al., 2010).

A equipe que atua na unidade de emergência necessita estar qualificada para atender aos usuários acometidos por causas externas. Dessa forma, a educação continuada e permanente, assim como os treinamentos para utilização de protocolos de atendimento imediato ao trauma, possibilitam maior autonomia aos profissionais da equipe de saúde, rompendo paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a esta população específica (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008).

5.4 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

5.4.1 Consequências imediatas para o paciente/cliente

Passamos a descrever as duas categorias do total de 31 consequências para os pacientes, sendo uma categoria com 23 (74,2%) consequências negativas imediatas para o paciente/cliente, uma categoria com oito (25,8%) consequências positivas imediatas aos pacientes/clientes.

Tabela 5 - Distribuição das categorias das consequências positivas e negativas para os pacientes frente às manobras de RCP relatadas pelos profissionais de enfermagem (N= 31). São José do Rio Preto, 2012

Categorias Conseqüências positivas e negativas para pacientes frente a PCR/RCP	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Negativa</i>		
Óbito	23	74,2
<i>Positiva</i>		
Restabelecimento das funções vitais	8	25,8

5.4.1.1 Óbito

Nesta categoria apresentamos as consequências negativas imediatas para o paciente/cliente, entre elas: o óbito do paciente vítima de uma PCR/RCP.

"... e infelizmente não reverteu o cliente..." (E14).

"... fez a massagem, reanimação cardíaca, tudo conforme está o que estabelecido pelas novas diretrizes aqui do PA né... mais só que mesmo assim o paciente foi a óbito... se tivesse entubado nessa oportunidade, hoje eu acho que ele estaria vivo..." (E18).

A situação clínica do paciente em PCR é considerada grave e passível de prognóstico indeterminado, levando os profissionais de enfermagem enxergarem a morte como evento inevitável e de sofrimento, isento de conflitos éticos e emocionais tanto por parte da equipe quanto por parte do paciente e de sua família (COSTA, 1977; CRISTINA, 2006; SALTBAEK; TVEDEGAARD, 2012).

Cristina (2006) reforça em seu estudo, que os profissionais da saúde em unidades críticas como a emergência, convivem com numerosos casos em que os limites da preservação da vida e a inexorabilidade da morte não são claros.

O óbito é fato em grande parte dos eventos associados à PCR/RCP, colocando a equipe que prestou o atendimento em situações difíceis diante da família do paciente (TONELLI; MOTA; OLIVEIRA, (2005).

A ordem de não ressuscitar ainda é muito discutida e pouco utilizada no Brasil, sendo opção de escolha em unidades paliativas e para aqueles pacientes que não têm chances de sobrevivência sem o suporte tecnológico (CLARK, 2001; TONELLI; MOTTA; OLIVEIRA, 2005)

5.4.1.2 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; e o restabelecimento dessas condições, com a presença ou não de lesões, como a ocorrência de fratura de costelas. Essas consequências corresponderam á 25,8% dos relatos dentro dessa respectiva categoria.

"... o que marcou bastante nessa parada foi a sincronia da equipe. E no terceiro ou quarto ciclo não me lembro ao certo a gente conseguiu reverter essa parada com êxito e imediatamente o paciente foi encaminhado a hemodinâmica, acompanhado da equipe médica, monitorizado e da equipe de enfermagem também..." (E4).

"... é ele foi encaminhado para o PA entubado, com a parada revertida né... e ficou no Pronto Atendimento aguardando vaga de UTI ..." (E 12).

"... isso me chamou muito atenção... a reanimação foi muito rápida, foi algo assim muito rápido... graças a Deus ele se salvo, era um jovem de vinte e poucos anos com intoxicação..." (E13).

"... com a parada em si, foi tudo bem, não teve problema nenhum... ai, depois eu troquei com o médico, o médico subiu na escada e falou: quebrei uma costela também. Nisso a gente começou a reparar que estava fazendo enfisema subcutâneo nela... nossa perfurou o pulmão... depois de reanimada, ainda drenaram o tórax dela."(E7).

O restabelecimento dos sinais vitais nos pacientes em PCR/RCP mostrou-se ser um momento esperado pela equipe de enfermagem com ansiedade dentro do contexto crítico, pois evidencia o sucesso das manobras de RCP e o retorno à vida.

A qualidade e o sucesso das manobras de RCP estão intimamente relacionados às padronizações das ações do atendimento frente aos protocolos internacionais, capacitação recorrente da equipe, o tempo de início da RCP em relação ao tempo de PCR, qualidade e minimização das interrupções das compressões torácicas (AHA, 2010; BELLAN, 2006; BERG et al., 2010; BIARENT et al., 2010; HANS et al., 2010, NAVARRO et al., 2011; NOLAN, 2010; SOAR et al., 2010).

O restabelecimento dos sinais vitais no paciente pós PCR/RCP demonstra é um evento muito satisfatório para a equipe de saúde e para a família do paciente, já que esta sempre solicita que todos os procedimentos de ressuscitação sejam feitos à equipe de saúde, mesmo que haja a aplicação de tratamento aos pacientes sem bons prognósticos (CLARK, 2001; HODDE et al., 2004; TONELLI; MOTTA; OLIVEIRA, 2005).

5.4.2 Consequências imediatas para a equipe de enfermagem

Passamos a descrever as duas categorias do total de 16 consequências relatadas pelos profissionais de enfermagem, sendo uma categoria com dez (62,5%) consequências negativas imediatas para a equipe de enfermagem, uma categoria com seis (37,5%) consequências positivas imediatas os profissionais de enfermagem.

Tabela 6 - Distribuição das categorias das consequências positivas e negativa para os profissionais de enfermagem frente às manobras de RCP (N=16). São José do Rio Preto, 2012.

Categorias consequências positivas e negativas para Profissionais de Enfermagem frente á RCP	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Negativas</i>		
Saber lidar com o sofrimento da perda	10	62,5
<i>Positivas</i>		
RCP bem sucedida e os sentimentos dos profissionais de enfermagem	6	37,5

5.4.2.1 Saber lidar com o sofrimento da perda

Esta categoria abarcou as consequências negativas aos profissionais da equipe de enfermagem, decorrente do óbito ou da piora clínica de um paciente após a RCP, entre elas: a sensação de fracasso; a sensação de impotência e tristeza diante da perda.

"... então essa foi uma das paradas das quais eu vi e que marcou na verdade, porque foi atendido rápido, mas não teve sucesso..." (E3).

"E infelizmente não reverteu o cliente..." (E14).

"... fez a massagem, reanimação cardíaca, tudo conforme está o que estabelecido pelas novas diretrizes aqui do PA né... mas só que mesmo assim o paciente foi a óbito... se tivesse entubado nessa oportunidade, hoje eu acho que ele estaria vivo..." (E18).

A equipe multiprofissional, em sua prática, lida constantemente com as perdas alheias, sendo, portanto, necessário aprender a superá-las ou desenvolver mecanismos de adaptação, fortalecendo-se como pessoa para, dessa forma, apoiar os pacientes e familiares nos momentos de suas perdas (GOES, 2000).

A equipe de enfermagem, que trabalha e vivencia rotineiramente situações de sofrimento e de perda relacionado à PCR/RCP desenvolve mecanismos de defesa contra esses sentimentos negativos ou desenvolvem patologias psicofisiológicas no

decorrer do tempo, dessa forma, sentimentos como raiva, repulsa, fracasso e decepção são extremamente comuns; o importante é saber controlá-los pois para os profissionais de saúde, a morte nunca é um fenômeno natural, pelo fato de não conseguirmos explicá-la; mas, a coloca continuamente, para todos nós, o mistério da vida, o real sentido de existir (CONSORTE, 1983).

Segundo Dochert (2002) os profissionais de enfermagem são os membros da equipe que mais ficam presentes com o paciente crítico durante sua estadia na instituição hospitalar, portanto, são as pessoas com maior capacidade de detectar possíveis causas de agravamento do quadro clínico do paciente, podendo portanto intervir de modo a prevenir complicações como a PCR.

Dessa forma a equipe de saúde consegue administrar melhor seus sentimentos em relação á perda do paciente frente á PCR/RCP, pois desenvolvem todas as ações de reanimação antes de tomarem a decisão da não continuidade da reanimação (CLARK, 2001; DOCHERT, 2002; HODDE et al., 2004).

5.4.2.2 RCP bem sucedida e os sentimentos dos profissionais de enfermagem

Nesta categoria foram incluídas as consequências positivas aos profissionais da equipe de enfermagem, após as manobras de RCP, no qual os pacientes sobreviveram ás manobras, entre elas: a sensação de cumprimento da tarefa; a sensação de função realizada, cumprida; a alegria em ver o paciente vivo.

"... isso me chamou muito atenção pela desde a visão do paciente deu entrado no PA, do paciente estar sem O2 no corredor e até a reanimação foi muito rápido, foi algo assim muito rápido que me chamou atenção, graças a Deus ele se salvou era um jovem de vinte e poucos anos com intoxicação..." (E13).

"... foi comunicado a equipe da GO, foi feito cardiotoco, é existia presença de batimento cardíaco do RN, foi realizado uma cesárea de urgência, o RN nasceu em parada cardiorrespiratória, foi feito dois ciclos e foi revertido com sucesso..." (E24).

Os profissionais de enfermagem durante sua formação devem ser direcionados a atuar de forma humanizada com o paciente, atribuindo ao cuidado sentimentos de amor, prazer e satisfação diante da profissão escolhida.

O trabalho deve ser colocado como fonte de prazer, a fim de ganhar importância na vida do indivíduo que o executa, minimizando as chances destes de perder o prazer diante de sua prática e favorecendo o fortalecimento destes indivíduos em termos de identidade, psicológicos e sociais (MENDES; MORRONE, 2002).

O profissional busca o prazer no próprio contexto do trabalho e naquilo que ele tem de humano e suave apesar de toda a precariedade existente e no ambiente muitas vezes hostil das unidades hospitalares (RAMOS, 1996).

Dessa forma a equipe de enfermagem faz o enfrentamento da morte todos os dias, usando de criatividade e exaltando a vida, pois o cuidar em enfermagem é realizar toda e qualquer ação em benefício do outro com muito amor (RAMOS, 1996; SILVA, 2002).

As ações humanizadas na PCR/RCP para o paciente crítico facilita o entendimento de toda a gravidade em questão, para os pacientes e seus familiares, melhorando a comunicação entre profissional/paciente/família e corroborando com a assistência (CLARK, 2001; KNOTT; KEE, 2005; LEMOS; LIMA; MELLO, 2004).

5.5 Estabelecimento das exigências críticas no atendimento da PCR/RCP

Neste contexto, em consequência da identificação das categorias de comportamentos positivos e negativos da equipe de enfermagem da sala de emergência de um hospital escola que prestam o atendimento da PCR/RCP e das consequências imediatas para o paciente e para esses profissionais de enfermagem, estabeleceu-se as exigências críticas no atendimento dessa situação de emergência, que estão apresentadas a seguir.

Frente à situação de PCR na sala de emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto, a equipe de enfermagem deverá:

1. Adotar medidas de educação permanente em serviço com ênfase nas recomendações das Diretrizes da *American Heart Association* (2010) e acompanhar as atualizações dessas diretrizes.
2. Enfatizar a necessidade de RCP de alta qualidade no serviço, incluindo frequência das compressões torácicas externas (CTE) de no mínimo 100/minuto e não mais que 120/minuto (AHA, 2010) e aplicar essas CTE numa profundidade mínima de cinco cm e não mais que seis cm no adulto, e de, no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças, ou seja, quatro cm e cinco cm respectivamente, permitindo retorno total do tórax após cada compressão (AHA, 2010).
3. Evitar ao máximo as interrupções das CTE (AHA, 2010).
4. Incentivar a adequar as ações de resgate à causa mais provável da PCR do pacientes na sala de emergência e quando presenciar essa parada cardiorrespiratória e estiver sozinho poderá presumir que a vítima sofreu uma PCR primária com um ritmo chocável/desfibrilável e deverá acionar imediatamente ajuda e trazer o DESFIBRILADOR.
5. Verificar rapidamente se não há respiração ou se a mesma é anormal (isto é, não respirando ou apenas com gasping) ao verificar a capacidade de resposta do paciente (AHA, 2010).
6. Iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C), mantendo 30 compressões para duas ventilações de resgate, enquanto não estiver com uma via aérea definitiva (AHA, 2010).
7. Dar ênfase permanente na necessidade de reduzir o tempo entre a última compressão e a administração do choque e o tempo entre a administração do choque e o reinício imediato das compressões (AHA, 2010).
8. Dar ênfase na aplicação de RCP em equipe (AHA, 2010).
9. Organizar cursos de capacitação periodicamente, incentivados pela instituição de saúde e se concentrar na capacidade de formar uma equipe à medida que

cada profissional chega ao local ou de designar um líder para a equipe, caso vários profissionais estejam presentes. À medida que chegam mais pessoas para o atendimento da PCR, as responsabilidades pelas atividades inerentes à RCP que, normalmente, seriam executadas em sequência por um número menor de profissionais, podem ser delegadas a uma equipe que as executará de forma simultânea. Por essa razão, o treinamento em Salvamento Básico de Vida para profissionais de saúde não só deve proporcionar capacitação individual, como também ensina-los a trabalharem em equipe de forma eficaz (AHA, 2010).

10. Considerar a aquisição de Desfibriladores Externos Automáticos (DEAs) nos hospitais e em especial na sala de emergência (AHA, 2010).
11. Considerar cursos de capacitação em RCP das equipes da sala de emergência para atenderem bebês e crianças em situação de PCR.
12. Destacar por meio de cursos de capacitação desses profissionais as principais modificações ocorridas no suporte avançado de vida cardiovascular (SAVC) ocorridas em 2010 como: a capnografia quantitativa com forma de onda que é recomendada para a confirmação e a monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade da RCP; que o algoritmo de PCR tradicional foi simplificado e um esquema conceitual alternativo foi criado para enfatizar a importância da RCP de alta qualidade; que há uma maior ênfase na monitorização fisiológica, para otimizar a qualidade da RCP e detectar o RCP; que a atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento da atividade elétrica sem pulso (AESP)/Assístole; que o cuidado sistemático pós-PCR após o RCP deve continuar em uma UTI com tratamento multidisciplinar especializado e avaliação do estado neurológico e fisiológico do paciente, inserindo o manejo da hipotermia terapêutica (AHA, 2010).
13. Considerar fatores éticos, legais e culturais associados à prestação de atendimento a indivíduos com necessidade de ressuscitação guiando-se pela ciência, as preferências do indivíduo ou de seus representantes, bem como pelas exigências legais e dos programas de ações locais (AHA, 2010).

14. Organizar as melhores práticas de ensino e aprendizado na capacitação em RCP para a equipe de enfermagem e médica levando em consideração, segundo a AHA (2010): os métodos para aumentar a disposição das pessoas presentes para executar uma RCP incluindo treinamento formal em RCP; a RCP somente com as mãos (apenas compressões) deve ser ensinada para aquelas pessoas que possam não estar dispostas a executar a RCP convencional, ou ser incapazes de fazê-lo e além disso, os profissionais devem ser treinados para superar as barreiras da administração da RCP (por exemplo, medo ou pânico diante de uma vítima de PCR); as habilidades no suporte básico de vida podem ser aprendidas pelo método "pratique enquanto assiste", apresentado em vídeo, tão bem quanto nos tradicionais cursos mais longos, ministrados por instrutores; para reduzir o tempo até a desfibrilação em vítimas de PCR, o uso do DEA/DAE não deve se limitar apenas a pessoas com treinamento formal em seu uso e sim, melhorar o desempenho na simulação; o treinamento em habilidades de trabalho em equipe e liderança deve continuar sendo incluído nos cursos de SAVC e SAVP; não se devem usar exclusivamente avaliações escritas para avaliar a competência de um participante de um curso de suporte avançado de vida (SAVC ou SAVP); é necessário também avaliar o desempenho prático; a avaliação formal deve continuar sendo incluída nos cursos de RCP, tanto como método para avaliar o êxito do aluno em atingir os objetivos de aprendizado quanto para avaliar a eficácia do curso; dispositivos para RCP imediata e de feedback podem ser úteis no treinamento de socorristas e como parte de uma estratégia geral de melhoria da qualidade da RCP em PCRs reais (AHA, 2010).
15. Propor nos cursos de capacitação reunião de consolidação, que é uma técnica não intimidadora, com enfoque no aluno (o profissional da prática), que ajuda cada socorrista e as equipes a refletirem sobre o desempenho e melhorá-lo; essa reunião de consolidação deve ser incluída nos cursos de SAV para facilitar o aprendizado e pode ser usada para examinar o desempenho no ambiente clínico e melhorar o desempenho subsequente (AHA, 2010).

16. Equipar, controlar e checar os equipamentos necessários para a realização das manobras de RCP.
17. Preparar materiais adequados de vias aéreas e ajudar o médico na intubação endotraqueal.
18. Iniciar administração de drogas recomendadas pela AHA (2010) em uma linha intravenosa disponível como em um cateter venoso central.
19. Adequar a terminologia científica: substituir “massagem cardíaca” por compressões torácicas externas segundo orientações da AHA (2010).
20. Administrar ventilação com bolsa-válva-máscara, conforme recomendado pela AHA (2010).

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

A aplicação da técnica do incidente crítico possibilitou a identificação de situações vivenciadas na parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar pela equipe de enfermagem da sala de emergência de um hospital escola do interior do estado de São Paulo, composta por 10 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem.

Observou-se o predomínio dos profissionais de enfermagem do sexo masculino, de religião católica, casados ou divorciados, sem filhos. Os profissionais de nível superior em sua maioria apresentaram cursos de especialização, com média de tempo de serviço na emergência de três a cinco anos e com tempo de formação também entre três a cinco anos, sendo a maioria entre 21 a 30 anos. Já entre os profissionais de nível técnico, a maioria tinha de 31 a 40 anos e apresentou tempo de serviço entre seis a 10 anos, com tempo de formação de 11 a 15 anos.

Os resultados deste estudo foram agrupados e categorizados em 31 situações (incidentes críticos), que reagrupadas, corresponderam à cinco grandes categorias de incidentes críticos destacadas em: Competências do atendimento à PCR/RCP; Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP; Estrutura e ambiente na RCP; Eventos Adversos à PCR/RCP e Capacitação da equipe de enfermagem.

O incidente crítico relatado com maior frequência foi "Competências do atendimento à PCR/RCP" com 23 relatos que correspondeu 74,2%. Na segunda categoria dos incidentes críticos categorizada como Sentimentos e emoções da equipe frente à PCR/RCP foram observados três relatos (9,7%). A terceira categoria denominada Estrutura e ambiente na RCP foi observada em dois relatos (6,5%), demonstrando a utilização de tecnologias e a questão dos recursos humanos e materiais na unidade de emergência em estudo.

Para a categoria Eventos Adversos à PCR/RCP destacou-se duas situações inusitadas de erros cometidos no atendimento ao paciente crítico em PCR. Esses relatos de eventos adversos foram observados em 6,5%.

E, por fim, a quinta e última categoria denominada de Capacitação da equipe de enfermagem foi observada em apenas um relato (3,2%).

Dentre as 31 situações foram extraídas 119 comportamentos sendo 70 (58,8%) referidos pelos entrevistados como positivos e 49 (41,2%) como negativos.

Entre os comportamentos positivos foram agrupados os 70 relatos em três categorias que são: **Aplicando a sistematização no atendimento à PCR/RCP; Estabelecendo gestão durante a RCP; Utilizando novas tecnologias na RCP.**

Aplicando a sistematização no atendimento à PCR/RCP foram extraídos 41 (58,8%) comportamentos positivos referentes à demonstração do conhecimento quanto à sistematização do atendimento à PCR/RCP, 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 bolsa-valva-máscara e realização das compressões torácicas externas; preparar e administrar as medicações; e realizar desfibrilação precoce.

Estabelecendo gestão durante a RCP apresenta-se 28 (40,0%) comportamentos positivos relacionados ao estabelecimento de gestão aos profissionais que participam do atendimento à PCR/RCP, entre eles: a capacidade liderança junto à da equipe quanto à assistência prestada ao paciente numa situação de urgência e emergência, como a PCR/RCP; trabalhar em equipe; coordenar e organizar a equipe de atendimento; fornecer as coordenadas durante o atendimento da RCP; distribuir as tarefas a cada um dos funcionários (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem); e o estabelecimento de um líder durante o atendimento.

Utilizando novas tecnologias na RCP esta categoria abrangeu um (1,4%) comportamento positivo relacionado aos materiais e equipamentos, entre eles: o provimento adequado dos equipamentos e a utilização de novas tecnologias na realização da RCP.

No que concernem os 49 (41,2%) comportamentos negativos seis categorias foram estabelecidas: **Convivendo com a dificuldade de Habilidades Técnicas; Vivenciando a falta da sistematização no atendimento à PCR/RCP; Convivendo com equipamentos e recursos humanos insuficientes; Organizando o ambiente; Percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente à RCP; Observando a falta de capacitação permanente da equipe na RCP.**

Convivendo com a dificuldade de Habilidades Técnicas: esta categoria abrangeu os 25 (51,0%) relatos de comportamentos negativos relacionados à falta de habilidades técnicas dos profissionais de enfermagem e da equipe médica, entre eles: a não-realização e/ou a falta de habilidade na execução de procedimentos, como a entubação endotraqueal pelo médico; a obtenção de acesso venoso pela equipe de enfermagem e administração de drogas; o desconhecimento, o despreparo prático e a falta de habilidade da realização de RCP infantil.

Vivenciando a falta da sistematização no atendimento à PCR/RCP: nesta categoria foram incluídos nove (18,8%) comportamentos negativos referentes ao desconhecimento da sistematização mundialmente reconhecida na execução da RCP, entre eles: não conhecer os passos que devem ser seguidos durante o atendimento à PCR, como, por exemplo, a identificação tardia de PCR e o atraso na realização das compressões torácicas externas; a não ventilação adequada dos pacientes com via aérea definitiva; a realização das compressões torácicas externas em local inadequado; o desconhecimento das drogas preconizadas na RCP pela AHA (2010).

Convivendo com equipamentos e recursos humanos insuficientes: nesta categoria foi incluído cinco (10,2%) dos comportamentos negativos referentes à demonstração de desconhecimento quanto à importância dos materiais e equipamentos prontos para o uso, entre eles: o não provimento de materiais e equipamentos; a falta de equipamentos para a monitorização na RCP e falta de recursos humanos necessários para atendimento da RCP.

Organizando o ambiente: nesta categoria apresentaram-se cinco (10,2%) comportamentos negativos relacionados ao ambiente propiciado durante o atendimento ao paciente durante a RCP, entre eles: a desorganização do atendimento; ambiente de desespero em situação inesperada, estresse, caos e pânico no atendimento a RCP.

Percebendo os sentimentos e emoções da equipe frente à RCP: esta categoria abrangeu os quatro (8,2%) comportamentos negativos relacionados aos sentimentos de frustração, tristeza, ansiedade e perda da equipe de enfermagem frente à RCP mal sucedida.

Observando a falta de capacitação permanente da equipe na RCP: esta categoria abarcou um (2,0%) comportamento negativo relacionado ao despreparo e falta de capacitação permanente dos profissionais de enfermagem relatados em: falta de apoio da instituição na capacitação da equipe em cursos como o BLS, ACLS e ATLS.

Neste estudo observaram-se as **consequências imediatas para o paciente** que do total de 31 consequências foram estabelecidas duas categorias sendo: categoria com 23 (74,2%) consequências negativas imediatas para o paciente, uma categoria com oito (25,8%) consequências positivas imediatas, que são: o **óbito** representou 23 (74,2%) dos relatos e o **restabelecimento das funções vitais** corresponderam à 25,8% dos oito relatos dentro dessa categoria incluídas as consequências positivas imediatas para o paciente após a RCP, entre elas: o restabelecimento das funções respiratória e circulatória e o restabelecimento dessas condições, com a presença ou não de lesões, como a ocorrência de fratura de costelas.

Com relação às **consequências imediatas para a equipe de enfermagem** consistiu-se em duas categorias do total de 16 consequências relatadas, sendo uma categoria com 10 (62,5%) consequências negativas imediatas para a equipe de enfermagem, uma categoria com seis (37,5%) consequências positivas imediatas, sendo: **Saber lidar com o sofrimento da perda** abarcou as consequências negativas aos profissionais da equipe de enfermagem, decorrente do óbito ou da piora clínica de um paciente após a RCP, entre elas: a sensação de fracasso; a sensação de impotência e tristeza diante da perda; **RCP bem sucedida e os sentimentos dos profissionais de enfermagem** foram incluídas as consequências positivas aos profissionais da equipe de enfermagem, após as manobras de RCP, no qual os pacientes sobreviveram às manobras, entre elas: a sensação de cumprimento da tarefa; a sensação de função realizada, cumprida; a alegria em ver o paciente vivo.

O estabelecimento das exigências críticas no atendimento da PCR/RCP determinou uma série de atividades relacionadas à sistematização do atendimento do evento da PCR/RCP, bem como àqueles relacionados aos aspectos éticos/legais, eventos adversos, sentimentos e emoções e o desenvolvimento de competências e habilidades do profissional de enfermagem e da equipe com foco em cursos de capacitação, com ênfase nas recomendações da AHA (2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta inicial o estabelecimento de exigências críticas no atendimento à PCR/RCP na unidade de emergência de um hospital escola do interior do Estado de São Paulo, por meio da vivência da equipe de enfermagem na realização da RCP.

Através da investigação das situações estudadas, pôde-se descrever essa vivência, identificar os incidentes críticos positivos e negativos durante as manobras de RCP, juntamente às facilidades e dificuldades vivenciadas por esses profissionais e por toda a equipe de enfermagem em PCR/RCP.

A técnica do incidente crítico é uma ferramenta para a construção e a consolidação da ciência em enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar por possibilitar a identificação de detalhes relacionados à vivência da equipe de enfermagem na prática assistencial em emergência, destacando a importância de investigar comportamentos e suas consequências e inovando competências, habilidades e atitudes do enfermeiro e técnicos de enfermagem.

Ressalta-se nesse estudo, os comportamentos positivos e negativos relacionados ao atendimento à PCR/RCP em uma sequência lógica, que permeou todo o conhecimento técnico-científico dos profissionais de enfermagem com a percepção acerca da melhoria da prática da ressuscitação cardiopulmonar, visando o desenvolvimento de resultados para o paciente e a satisfação do profissional.

O resultado deste estudo aponta temas importantes para a ciência da ressuscitação cardiopulmonar que exige o desenvolvimento de intervenções possíveis para se promover mudanças que reflitam na qualidade do atendimento da parada cardiorrespiratória com ênfase nas recomendações da AHA (2010).

Várias situações interferem nos comportamentos da equipe de enfermagem em uma situação de PCR na sala de emergência, sendo: as condições clínicas dos pacientes, a liderança da equipe, habilidades e competências, estrutura do ambiente, equipamentos e recursos humanos disponíveis, para realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

A partir dos resultados, as exigências críticas foram firmadas. As propostas de alterações na prática clínica da equipe de enfermagem na sala de emergência são

sustentadas na qualidade da assistência e na segurança do paciente em situação de parada cardiorrespiratória, com foco na prática baseada em evidência e no uso consistente e explícito das diretrizes internacionais de ressuscitação cardiopulmonar.

Conclui-se que o uso da TIC neste estudo avaliou os problemas do cotidiano da prática assistencial na sala de emergência e os fatores que interferem diretamente no cuidado ao paciente em situação de parada cardiorrespiratória, bem como a busca do fortalecimento do conhecimento científico da enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar.

Várias questões devem ser investigadas com esta abordagem para a prática da enfermagem no contexto da ressuscitação cardiopulmonar na sala de emergência. Futuros estudos são necessários para determinar se as exigências críticas estabelecidas são suficientes para qualificar a assistência prestada ao paciente em parada cardiorrespiratória. Além disso, a luz dessa investigação evidencia que a equipe de enfermagem é capaz de avaliar as situações vivenciadas e, por conseguinte, apreciar a necessidade de atualização do conhecimento e potencializar habilidades para o atendimento da parada cardiorrespiratória e a realização das manobras de ressuscitação.

Diante disso destaca-se a importância do apoio institucional e da disponibilidade da equipe de enfermagem em fornecer seus relatos de vivências para que o estudo acontecesse, auxiliando diretamente na identificação dos comportamentos e consequências encontradas no dia a dia do seu trabalho, assim como as facilidades e dificuldades de sua rotina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABELLA, B. S.; ALVARADO, J. P.; MYKLEBUST, H. et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 293, n. 3, p. 305-310, 2005.

ALMEIDA, A. O. et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento á urgência e emergência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 261-268, 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais relevantes das diretrizes da American Heart Association sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**, Dallas, v.16, n. 4, p. 1-28, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaque das Diretrizes da America Heart Association 2010 para RCP e ACE [versão em Português]. Disponível em: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_31733.pdf. Acesso em: 25 out de 2010.

ATWOOD, C. et al. Incidence of EMS-treated out-of- hospital cardiac arrest in Europe. **Resuscitation**, London, v. 67, n. 1, p. 75–80, 2005.

AVANSI, P. A. **Tradução e validação para a língua portuguesa do “In-hospital Utstein Style”**. 2007. 220 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AVANSI, P.; MENEGHIN, P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-hospital Utstein Style. **Revista da Esola de Enfermagem da USP**, v. 42, n.3, p. 504-511, 2008.

AVEZUM, A. et al. Cardiovascular disease in South of América: currente status and oportunities for prevention. **Heart**, London, v. 95, n. 18, p. 1475-1482, 2009.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência traumática**. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

AZIZ, K. et al. The development and implementation of a multidisciplinary neonatal resuscitation team in a Canadian perinatal centre. **Resuscitation**, London, v. 66, p. 45-51, 2005.

BARTLEY, P. D.; MCDOWELL, B.M. You know you're an old nurse when... **The American Journal of Nursing**, Lancaster, p. 54-57, 2002. Suplemento.

BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

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

BERG, R. A. et al. Part 5: adult basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 122, n. 18, p. S685-705, 2010. Suplemento, 3.

BIARENT, D. et al. Pediatric life support. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1364-1388, 2010.

BOAVENTURA, A. P. **Avaliação do processo ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde**. São Paulo, 2010. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM nº 1.529/98: dispõe sobre a normatização da atividade médica na área da urgência, emergência na sua fase pré hospitalar. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/RESOLU%C3%87%C3%83O%20CFM%20N%C2%BA%201.529-98.htm>. Acesso em: 30 Nov. 2012.

BUIST, M. D. et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. **BMJ**, London , v. 324, n. 7334, p. 387-390, 2002.

CÁCERES, R.; CÉSPEDES, L.; GOMPERTZ, M. C. C. M. Educación en Soporte Vital Básico. **Clínica y Ciencia**, Santiago, v. 3, 2005/2006.

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.

CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? **Alethéia**, v. 10, p. 103-104, 1999.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2005. p. 157-170.

CHAMBERLAIN, D. A.; HAZINSKI, M. F. On behalf of the European Resuscitation Council, the American Heart Association, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australia and New Zealand Resuscitation Council, The Resuscitation Council of Southern Africa, the Consejo Latino-Americano de Resuscitación. **Resuscitation**, v. 59, n. 1, p. 11-43, 2003.

CHAVES, L. D. P.; AZEVEDO, A. L. C. S. Reflexões sobre a formação do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde. **Enfermagem Brasil**, v. 8, n. 2, p. 106-112, 2009.

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.

CHUGH, S. S., et al. Current burden of sudden cardiac death: multiple source surveillance versus retrospective death certificate-based review in large U.S. community. **Journal of the American College of Cardiology**, United States, v. 44, n. 6, p. 1268-1275, 2004.

CLARK, A. Malpractice target: can cardiac arrests really be prevented? **Clinical Nurse Specialist CNS**, Baltimore, v. 15, n. 5, p. 212-214, 2001.

COELHO, M. F. **Caracterização dos atendimentos de urgência clínica em um hospital de ensino**. 2009. 79 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CONDORIMAY, Y. R. T. **Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência: parada cardiorrespiratória**. 2003, 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

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

COOPER, J. B.; TAQUETI, V. R. A brief history of the development of mannequin Simulators for clinical education and training. **Quality safety in health care**, v. 13, p. 11-8, 2004. Suplemento 1.

COREN (São Paulo, SP). Principais legislações para o exercício da enfermagem. São Paulo: Demais, 2007-2008.

COSTA, L. A. T. **Situações: vida X morte** - Participação da enfermagem. 1977. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

CRISTINA, J. A. **Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de atendimento em parada cardiorrespiratória**. Ribeirão Preto, 2006. 137 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

CUMMINS, R.O. et al. Recommended guideline for uniform reporting and conducting research on in-hospital resuscitation: The In-Hospital Utstein Style. **Circulation**, v. 95, n. 8, p. 2213-2239, 1997.

CUMMINS, R. O.; ORNATO, J. P.; THIES, W. H.; PEPE, P. E. Improving survival from sudden cardiac arrest: the “hain of survival” concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. **Circulation**, v. 83, n. 5, p. 1832-1847, 1991.

DALLAN, L. A. P.; TIMERMAN, A. Síndrome coronária aguda - do pré-hospitalar a sala de emergência. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 251-272, 2010.

DALRI, M. C. B. et al. Novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n. 6, p. 1060-1062, 2008.

DANE, F. C.; RUSSELL-LINDRENN, K. S.; PARISH, D. C.; DURHAM, M. D.; BROWN JUNIOR, T.D. In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. **Resuscitation**, v. 47, n.1, p. 83-87, 2000.

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, n. 3, p. 400–410, 2000.

DEAKIN, C. D. et al. Electricaltherapies: Automated external defibrillators, defibrillation, cardio version and pacing. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1293-1304, 2010.

DEAKIN, C. D. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 4. Adult advanced life support. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 10, p. 1305-1352.

DEAKIN, C. D.; NOLAN, J. P. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation. Section 3. Electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. **Resuscitation**, v. 67, p. S25-S37, 2005. Suplemento 1.

DECESARO, M.N. **Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva: queda de pacientes durante o tempo de internação**. 2000. 87p. 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.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. **A técnica dos incidentes críticos: 30 anos de utilização no Brasil na Psicologia, Administração, Saúde e Educação.** Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004. 130 p.

DEPALMA, J. A. "Slow" code: perspectives of a physician and critical care nurse. **Critical Care Nursing Quarterly, Pittsburgh**, v. 22, n. 3, p. 89-97, 1999.

DOCHERT, B. Cardiorespiratory physical assessment for the acutely ill: 2. **British journal of nursing**, London, v. 11, n. 12, 2002.

DWYER, T.; WILLIAMS L. M.; JACOBS, I. The benefits and use of shock advisory defibrillators in hospitals. **International Journal of Nursing Practice**, Rockhampton, v. 10, p. 86-92, 2004.

ESTRELA, M. T., ESTRELA, A. **A técnica dos incidentes críticos no ensino.** 2. ed. Lisboa: Estampa, 1994.

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: o que mudou com as novas diretrizes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 18, p. 177-185, 2006.

FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, Edição especial, p. 183-196, 2001.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, 2009.

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

GOES, M. F. S. Amenizando uma perda: quem ainda não passou por uma situação de desafio? **Sobeti em Revista**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 19, 2000.

GOMBESKI, W. R.; EFFRON, D. M.; RAMIREZ, A. G.; MOORE, T. J. Impact on retention: Comparison of two CPR training programs. **American Journal of Public Health**, v. 72, n. 8, p. 849-852, 1982.

GONZALEZ, M. M. C.; TIMERMAN, S. Suporte avançado de vida - adulto: inserindo uma nova corrente de sobrevivência. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 239-250, 2010.

GRASSIA, R. C. F. Reanimação cardiopulmonar-cerebral. In: SALLUM, A.M.C.; PARANHOS, W.Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. p. 525-541.

GUIMARAES, H.P.; AVEZUM, A.; PIEGAS L.S. Epidemiologia do Infarto Agudo do Miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 1-5, 2006.

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.

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.

HANDLEY, A. J. et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005: section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. **Resuscitation**, London, v. 67, p. S7-S23, 2005. Suplemento 1.

HAUSMANN, M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009.

HEMMING, T. R. et al. Effective resuscitation by nurses: perceived barriers and needs. **Journal for Nurses in Staff Development**, Cantonment, v. 19, n. 5, p. 258-263, 2003.

HODDE, N. M. et al. Factors associated with nurse assessment of the quality of dying and death in the intensive care unit. **Critical Care Medicine**, Seattle, v. 32, n. 8, p. 1648-1653, 2004.

KAYE, W.; MANCINI, M. E. Teaching adult resuscitation in the United States – time for a rethink. **Resuscitation**, v. 37, n. 3, p. 177-187, 1998.

KNOTT, A.; KEE, C. C. Nurses' beliefs about family presence during resuscitation. **Applied Nursing Research**, Lawrenceville, v. 18, p. 192–198, 2005.

KOSTER, R. W. et al. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1277-1292, 2010.

KOSTERA, W. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. **Resuscitation**, v. 81, n. 10, p. 1277–1292, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia qualitativa e quantitativa. In: _____. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 269-288.

LEMOS, F. A.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 485-493, 2004.

LIBERMAN, M. et al. Teaching cardiopulmonary resuscitation to CEGEP students in Quebec- a pilot project. **Resuscitation**, London, v. 47, n. 3, p. 249-257, 2000.

LIPPERT, F. K. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 10, p. 1445-1451.

LIPPERT, F. K. et al. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1445-1451, 2010.

LUCIANO, P. M. et al. Suporte básico de vida. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 230-238, 2010.

MADDEN, C. Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills. **Nurse Education Today**, v. 26, n. 3, p. 218–227, 2006.

MAGGIL, R. A. **Aprendizagem motora: conceitos e aplicações**. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

MARTINEZ, M.; NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas. In: SANTOS, J. S. dos (Org.). **Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região**. Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP, 2001. p. 23-27.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer - sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 2002. p. 27-42.

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

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

MIYADHIRA, A. M. K. **Processo ensino - aprendizagem de habilidades psicomotoras em procedimentos de emergência: avaliação e atendimento primário**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MORETTI, M.A. et al. Advanced cardiac life support training improves long-term survival from in-hospital cardiac arrest. **Resuscitation**, v. 72, n.3, p. 458-465, 2007.

MORETTI, M. A; FERREIRA, J. F. M. Um novo conceito: ressuscitação cardiocerebral. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 224-229, 2010.

MOSER, D. K.; COLEMAN, S. Recommendations for improving cardiopulmonary resuscitation skills retention. **Heart & Lung**, v. 214, p. 372-380, 1992.

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

NAVARRO, C. O. et al. Detection of cardiac arrest using a simplified frequency analysis of the impedance cardiogram recorded from defibrillator pads. In: MEDICINE AND BIOLOGY SOCIETY, 2011, Boston. **Anais...** Boston: Conference, 2011. p. 1709-1712.

NICHOL, G. et al. Regional systems of care for out- of-hospital cardiac arrest: a policy statement from the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 121, n. 5, p. 709-729, 2010.

NICOLAU, J. C. et al. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes (IIª Edição, 2007) da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, p. e89-e131, 2007.

NOGUEIRA, M. S. **Incidentes críticos da passagem de plantão**. 1988. 109 f. Dissertação (Mestrado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1988.

NOGUEIRA, M. S. et al. Técnicas dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 107-112, 1993.

NOLAN, J. Advanced Life Support Training. **Resuscitation.**, v. 50, n. 1, p. 9-11, 2001.

NOLAN, J. P.; EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005: section 1. Introduction. **Resuscitation**, London, v. 67, p. S3-S6, 2005. Suplemento 1.

NOLAN, J. P. et al. Adult advanced life support. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1305-1352, 2010.

NOLAN, J. P. et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005: section 4. Adult advanced life support. **Resuscitation**, London, v. 67, p. S39-S86, 2005. Suplemento 1.

NOLAN, J. P. et al. Executive summary. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1219-1276, 2010.

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. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 17, n. 5, p. 590-600, 1992.

NYMAN, J.; SIHVONEN, M. Cardiopulmonary resuscitation skills in nurses and nursing students. **Resuscitation**, v. 47, n. 2, p. 179-84, 2000.

OERMANN, M. H. et al. Advantages and Barriers to Use of HeartCode™ BLS with Voice Advisory Manikins for Teaching Nursing Students. **International Journal of Nursing Education Scholarship**, v.7, n. 1, 2010. Article 26.

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.

PAZIN FILHO, A.; SANTOS, J. C.; CASTRO, R. B. P.; BUENO, C. D.; SCHIMIDT, A. Parada cardiorrespiratória. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 24, p. 163-178, 2003.

PAZIN FILHO, A.; SCARPLEINI, S. Simulação: Definição. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 40, n. 2, p.162-166, 2007.

PEBERDY, M.A, et al. Adverse events associated with lay emergency response programs: the public access desfibrillation trial experience. **Resuscitation**, v.70, p. 59-65, 2006.

PEDERSOLI, C.E.; DALRI, M.C.B.; SILVEIRA, R.C.C.P.; CHIANCA, T.C.M.; CYRILLO, R.M.Z.; GALVÃO, C.M. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, jun. 2011

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.

PERKINS, G. D.; DAVIES, R. P.; STALLARD, N.; BULLOCK, I.; STEVENS, H.; LOCKEY, A. Advanced life support cardiac arrest scenario test evaluation. **Resuscitation**, v. 75, n. 3, p. 484-490, 2007.

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

POLL, M. A.; LUNARDI V. L.; LUNARDI FILHO W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 509-514, 2008.

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

PREUSCH, M. R. et al. Guidelines 2005: does experienced nursing staff need training and how effective is it? **Resuscitation**, London, v. 28, n. 4, p. 477-484, 2010.

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.

RAMOS, F.R.S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: **Editora universitária UFPEL**; Florianópolis: programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFSC, p.171, 1996.

RICHMOND, C.; WYLLIE, J. Resuscitation of babies at birth. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1389-1399, 2010.

ROJAS, L. et al. Basic cardiopulmonary resuscitation: knowledge, practical skills and effectiveness of maneuvers of general physicians. **Article in Spanish**, Temuco, v. 140, n. 1, p. 73-77, 2012.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

ROSA, N. G. **Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência**. 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

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

SALTBAEK, L.; TVEDEGAARD, E. Decision to resuscitate or not in patients with chronic diseases. **Danish Medical Journal**, Denmark, v. 59, n. 1, 2012.

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.

SILVA, A. P. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho em equipe de enfermagem em Unidade de Urgência e Emergência**. 2009. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

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

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

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Editora Loyola, 2002. p. 155.

SILVA, M.J.P. **Reflexão sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente**. In: MEYER, D. et al. *Marcas da Diversidade: saberes fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, Artes Médicas 1998; Cap. 7, p.127-35.

SILVA, S.C.; PADILHA, K.G. Parada cardiorrespiratoria na unidade de terapia intensiva: análise de ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 34 n. 4, p. 413-420. dez. 2000.

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.

SOAR, J. et al. Cardiac arrest in special circumstances: Electrolyte abnormalities, poisoning, drowning, accidental hypothermia, hyperthermia, asthma, anaphylaxis, cardiac surgery, trauma, pregnancy, electrocution. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1400-1433, 2010.

SOAR, J. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 9. Principles of education in resuscitation. **Resuscitation**, London, v. 81, n. 10, p. 1434-1444.

SOAR, J. et al. Principles of education in resuscitation. **Resuscitation**, London, v. 81, p. 1434-1444, 2010.

TALLO, F. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, maio/jun. 2012.

TAYLOR C; LILLIS C; LEMONE P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Porto Alegre: **Artmed**, 5ª ed. 2007.1596.

THIGPEN, K. et al. Implementing the 2005 American Heart Association Guidelines, including use of the impedance threshold device, improves hospital discharge rate after in-hospital cardiac arrest. **Respiratory Care**, v. 55. n. 8, p. 1014-1019. 2010.

TIMERMAN, S. et al. Ressuscitação no Brasil e no mundo e o Ilcor (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação): história e Consenso 2010 de Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiocirculatórias. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 207-223, 2010.

TIMERMAN, S.; PAIVA, E.; TARASOUTCHI, F. Suporte avançado de vida: implantação no Brasil e sua essência. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 621-632, 1998.

THOMAZ, R. R.; LIMA, F. V. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 59-65, 2000.

TONELLI, H. A. F.; JOAQUIM A.C. MOTA, J. A. C.; OLIVEIRA, S. J. Perfil das condutas médicas que antecedem ao óbito de crianças em um hospital terciário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 118-125, 2005

URBAN, C. de A. et al. Implicações éticas das ordens de não ressuscitar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 244-248, 2001.

VAILLANCOURT, C.; STIELL, I. G. Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada. **The Canadian journal of cardiology**, v. 20, n. 11, p. 1081-1090, 2004.vocabulario_controlado.pdf. Acesso em: 12 mai 2011.

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.

WIEBBELLING, E. D.; SANTOS, M. F. Enfermagem em urgência e emergência no município de foz do iguaçu, parana, brazil. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 3, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2009.

WILDER, A. N. Ethical Issues in the Delivery Room: Resuscitation of Extremely Low Birth Weight Infants. **The Journal of Perinatal e Neonatal Nursing**, Las Vegas, v. 14, n. 2, p. 44-57, 2000

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.

WIK, L.; KRAMER-JOHANSEN, J.; MYKLEBUST. H, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 293, n. 3, p. 299–304, 2005.

ZARIFIAN, P. **Objectif compétence**. Paris: Liaisons, 1999.

ZHENG Z.J, et. al. Sudden cardiac death in the UnitedStates, 1989 to 1998. **Circulation**.v. 104, n. 18, p. 2158-263, 2001.

Apêndice A

Instrumento – Roteiro para Entrevista

Nº entrevista: ____

Data: __/__/__

Tempo utilizado: _____

Local da entrevista: _____

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Eu, **Jocilene de C. M. Canova**, enfermeira do Hospital de Base de São José do Rio Preto 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 e ressuscitação cardiopulmonar: vivência pela equipe de enfermagem em um hospital escola”.

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()

2.

B – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. FORMAÇÃO SUPERIOR

NÍVEL	NOME DO CURSO	ANO DE CONCLUSÃO
Graduação		
Licenciatura		
Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

2. FORMAÇÃO TÉCNICA

NÍVEL	NOME DO CURSO	ANO DE CONCLUSÃO	TEMPO DE TRABALHO NA EMERGÊNCIA
AUXILIAR			
TÉCNICO			

3.No currículo da instituição de ensino de sua formação você teve alguma disciplina com conteúdos sobre parada cardiorrespiratória (PCR) e Ressuscitação cardiopulmonar (RCP)?

4. Após sua formação você fez algum curso teórico e/ ou pratico com conteúdos sobre parada cardiorrespiratória e Ressuscitação cardiopulmonar? Qual? Há quanto tempo?

C-EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1. Número de anos do exercício profissional:

a) Como enfermeiro: _____ b) Como Técnico de enfermagem:_____

c) Como Auxiliar de Enfermagem: _____ d) Em outra profissão (se existir):_____

2. Situação atual de trabalho:

DADOS	INSTITUIÇÃO 1 HB	INSTITUIÇÃO 2
Pública ou Privada		
Tempo de serviço em cada uma delas		
Carga horária semanal		

Apêndice B

Pergunta Estímulo

1- *“Pedimos que você pense no seu trabalho, em alguma situação de PCR e nas manobras de RCP que você tenha vivido ou presenciado; conte-nos detalhadamente como ocorreu o fato, as condutas adotadas e as consequências desta situação”.*

Apêndice C

Categorização dos dados

Identificação dos incidentes críticos

Situação principal: PCR/RCP						
Situação Secundária	Comportamentos		Consequências para o paciente		Consequências para a equipe de enfermagem	
	Positivo	Negativo	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa

ANEXO 1

Esclarecimentos ao Sujeito da Pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

1. NOME DA PESQUISA:

“PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR :
Vivências Da Equipe de Enfermagem de um Hospital Escola”.

2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri COREn-SP 30146, orientadora.

Jocilene de Carvalho Miraveti Canova COREn-SP 0137339/SP, mestranda.

O presente estudo pretende caracterizar a vivência da equipe de enfermagem em situação de atendimento à parada cardiorrespiratória e manobras de ressuscitação Cardiopulmonar na Unidade de Emergência de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo, tendo como objetivos específicos a caracterização dos aspectos positivos e negativos no atendimento à parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar em Unidade de Emergência, sob o ponto de vista da equipe de enfermagem em seus diferentes níveis de conhecimento e a identificação das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento à parada cardiorrespiratória e manobras de ressuscitação cardiopulmonar em Unidade de Emergência, ainda sob o ponto de vista da equipe de enfermagem.

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

Jocilene de C. M. Canova

Enfermeira – pesquisador/mestranda

Maria Célia Barcellos Dalri

Orientadora

Endereço: Rua Sara Jabur, 500 Apt 102- Bl.03

São José do Rio Preto – SP

Telefone: (17) 3229-2459

Endereço: Av. Sibiperunas, 376

Ribeirão Preto – SP

Telefone: 602-3421

Obs. Este termo será feito em duas vias, um para a pesquisadora e outro para o sujeito da pesquisa.

Anexo 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei n.º 8899 de 27/09/94

Parecer n.º 432/2011

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Protocolo CEP n.º 6790/2011 sob a responsabilidade de **Jocilene de Carvalho Miraveti Canova** com o título "Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar: vivência pela equipe de enfermagem em um Hospital Escola" está de acordo com a Resolução do CNS 196/96 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) **deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo**, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, com certeza para conhecimento deste Comitê. **Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.**

São José do Rio Preto, 13 de dezembro de 2011.


Prof. Dr. Fernando Batigália
Presidente do CEP/FAMERP