

SUELEN GONÇALVES DE OLIVEIRA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

RIO GRANDE
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM ÊNFASE NA
ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho apresentado à disciplina TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA como requisito de avaliação.

Orientadora: Dra. Janaina Sena Castanheira.

Orientanda: Enf. Suelen Gonçalves de Oliveira

RESUMO

OLIVEIRA, S. G. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. 85f. Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar Com Ênfase Na Atenção À Saúde Cardiometabólica Do Adulto Universidade Federal do Rio Grande, 2018.

A parada cardiorrespiratória é a interrupção da atividade mecânica cardíaca, confirmada por ausência de pulso palpável; de não responsividade e de apneia ou respiração agônica. No ambiente intra hospitalar, os profissionais de enfermagem são os primeiros a presenciar este evento, sendo necessário que esses tenham agilidade para identificar e abordar essa situação, portanto é primordial que estejam atualizados e treinados para ressuscitação cardiopulmonar. A justificativa do tema se deu baseada em questionamentos reflexivos após episódios vividos na unidade de internação em um meio estressante e sem organização para otimizar as ações. A pesquisa teve por objetivo geral identificar quais as dificuldades os membros da equipe de enfermagem possuíam para prestar assistência à parada cardiorrespiratória. O objetivo específico foi desenvolver, apresentar e entregar aos profissionais de enfermagem um material informativo sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória, de acordo com as dificuldades indicadas e com base nas diretrizes da AHA. Esta pesquisa tratou de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, realizada com os profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr distribuídos nos turnos Manhã, Tarde, Noite I e Noite II. A coleta de dados se deu por meio de entrevista baseada em um instrumento semiestruturado. A análise de dados foi realizada a partir de análise de conteúdo do tipo temático e logo após a análise de dados se deu a ação. As dificuldades elencadas pelos profissionais foram quanto a limitação de espaço para atuação, ao sistema de aspiração e oxigênio muitas vezes falho, a falta de materiais e/ou a portabilidade de materiais de má qualidade permitindo falhas na atuação desde a garantia da privacidade até a manutenção artificial da vida; e a ausência de organização entre a equipe para o atendimento. Através da caracterização das suas assistências também foi possível identificar a falta de informações por parte da maioria dos profissionais referente a protocolos de suporte básico e avançado de vida respaldados pela AHA. O material informativo foi entregue em forma de folder e contou com a explanação do conteúdo. A ação contemplou a maioria dos profissionais e teve boa avaliação pelos mesmos. O estudo contribuiu para a qualificação acerca da temática por parte da pesquisadora; colaborou para a formação teórica e científica dos profissionais, permitiu uma reflexão acerca das atribuições do enfermeiro, onde observou-se quanto tem-se perdido pelo não exercício adequado das atribuições que lhes são legais.

Descritores: Emergências, Equipe de Enfermagem, Parada Cardíaca.

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|------|-----------------------------------|
| AE | Auxiliar de Enfermagem |
| AESP | Atividade Elétrica Sem Pulso |
| AHA | American Heart Association |
| BLS | Basic Life Support |
| ECG | Eletrocardiograma |
| ENF | Enfermeiro |
| FV | Fibrilação ventricular |
| PCR | Parada Cardiorrespiratória |
| RCP | Ressuscitação Cardiopulmonar |
| SAV | Suporte Avançado de Vida |
| SBV | Suporte Básico de Vida |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| TE | Técnico de Enfermagem |
| TRR | Time de Resposta Rápida |
| TVSP | Taquicardia Ventricular Sem Pulso |
| UCM | Unidade de Clínica Médica |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 6 |
| 1.1 | Objetivos..... | 8 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 9 |
| 2.1 | Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar | 9 |
| 2.2 | A Assistência de Enfermagem a PCR no cenário Intra Hospitalar | 12 |
| 3 | METODOLOGIA | 15 |
| 3.1 | Tipo de Estudo..... | 15 |
| 3.2 | Participantes | 16 |
| 3.2.1 | Participantes da pesquisa:..... | 16 |
| 3.2.2 | Participantes da intervenção:..... | 18 |
| 3.3 | Local do Estudo | 19 |
| 3.4 | Coleta de Dados..... | 19 |
| 3.5 | Procedimentos de Análise de Dados | 21 |
| 3.6 | Ação – material informativo..... | 21 |
| 3.7 | Questões Éticas..... | 22 |
| 3.7.1 | Análise Crítica de Riscos e Benefícios | 23 |
| 3.7.2 | Responsabilidades dos Pesquisadores, da Instituição, do Promotor e do Patrocinador ... | 24 |
| 3.7.3 | Explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa..... | 24 |
| 3.7.4 | Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos..... | 24 |
| 3.7.5 | Declaração sobre o uso e destinação dos dados coletados | 24 |
| 4 | RESULTADO E DISCUSSÕES | 25 |
| 4.1 | Caracterização dos profissionais da coleta de dados:..... | 25 |
| 4.2 | Categorias:..... | 26 |
| 4.2.1 | Estruturas do cuidado em saúde em PCR..... | 26 |
| 4.2.2 | Protocolo:..... | 40 |
| 4.2.3 | Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida | 45 |
| 4.2.4 | Educação Permanente | 58 |
| 4.2.5 | Material informativo..... | 63 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS. | 69 |
| | REFERÊNCIAS | 72 |
| | APÊNDICE A | 78 |
| | APÊNDICE B..... | 80 |
| | APÊNDICE C..... | 82 |
| | APÊNDICE D | 83 |
| | APÊNDICE E | 84 |
| | ANEXO A | 85 |

1 INTRODUÇÃO

Muitas são as vidas perdidas anualmente no Brasil devido à parada cardiorrespiratória (PCR) apesar das melhorias realizadas nos últimos anos relacionadas à prevenção e ao tratamento dessa emergência. Diante deste cenário se faz necessário que o profissional de saúde tenha agilidade para identificar e abordar essa situação, sendo primordial que este trabalhador aperfeiçoe seus conhecimentos através de programas de atualização e treinamento em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (GONZALEZ et al, 2013; MÁSSIMO et al, 2009).

Atualmente o comitê de ressuscitação da *American Heart Association* (AHA) é referência mundial reconhecido para com o ensino e pesquisa em RCP. O investimento deste órgão permitiu a partir do ano 2000 o desenvolvimento do consenso internacional de ressuscitação, gerando diretrizes únicas sobre as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (MÁSSIMO et al, 2009).

Uma PCR sempre foi um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos profissionais de saúde devido à possibilidade de insucesso e por se tratar de uma situação estressante que envolve diversas emoções. Para que então se tenha uma alta taxa de sucesso diante dessa emergência, tem-se o conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipes como determinantes fundamentais. A emergência em questão exige ações rápidas, eficazes e integradas, sendo por isso, melhor executadas por uma equipe do que por um membro isolado e a equipe de enfermagem é quem está grande parte do tempo próxima ao paciente, sendo frequentemente quem realiza a avaliação inicial da PCR e quem inicia as manobras de RCP (LIMA et al, 2009; FERNANDES et al, 2010; MÁSSIMO et al, 2009).

O atendimento às emergências cardiovasculares se baseia no Suporte Básico de Vida que abrange o reconhecimento e a realização precoce das manobras de RCP, focando na prática de compressões torácicas de boa qualidade. Essas ações são de grande importância e podem fazer diferença, como na sobrevivência sem sequelas neurológicas. Já a manutenção da qualidade das compressões torácicas, do adequado manejo da via aérea, do tratamento específico dos diferentes ritmos de parada, da desfibrilação, da avaliação e do tratamento das possíveis causas da PCR durante todo o atendimento desenvolve-se através do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, suporte esse também de extrema importância e que deve ser iniciado tão precocemente possível (GONZALES et al, 2013).

Os cursos de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV) são oferecidos regularmente no Brasil sob a permissão e supervisão da AHA que propicia conhecimento com tecnologia adequada e certificação da atuação dos profissionais. A AHA

oferta uma padronização das condutas na Reanimação Cardiopulmonar, favorecendo uma adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010).

No entanto, muitos profissionais não têm condições financeiras de realizar esses cursos de aperfeiçoamento principalmente devido aos seus baixos salários. Muitas vezes as instituições de saúde investem pouco para o aperfeiçoamento dos seus trabalhadores e dispõem de recursos humanos e materiais insuficientes (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010; MARTINS; VALENTE, 2010; MÁSSIMO et al, 2009).

Além dos fatores que comprometem um melhor conhecimento teórico e prático, tem-se também a falta ou deficiência de qualquer material ou equipamento em um momento de emergência que pode gerar estresse a toda equipe durante o atendimento da PCR, sendo mais um fator a contribuir no atraso e prejuízo na efetivação de uma melhor conduta. Falhas no suprimento de material e equipamentos específicos são deficiências comumente observadas nas instituições de saúde, e se configuram em fatores determinantes do atendimento tumultuado e estressante, resultando em insucessos no tratamento (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010; MARTINS; VALENTE, 2010; MÁSSIMO et al, 2009).

Quando o atendimento a uma PCR não está bem estruturado pode haver demora na assistência inicial e realização de procedimentos equivocados, resultando em desfechos indesejáveis. Os serviços de saúde devem dispor de estratégias que visem à organização e a sistematização do atendimento em casos de emergência, permitindo que essa atividade seja realizada de forma rápida e eficiente. O uso de protocolos auxilia o profissional para agir de modo decisivo e correto nas diversas situações clínicas, porém este instrumento necessita ser prático e objetivo, com base na realidade de cada instituição (LOPES et al, 2012; MACHADO; REZENDE, 2013).

As ocorrências iatrogênicas no atendimento à PCR são ações potencialmente prejudiciais ao paciente e está intimamente relacionada à falta de conhecimento ou à habilidade técnica. Portanto, justifica-se não só a criação de protocolos para direcionar as ações a serem executadas, mas também a capacitação teórica e prática dos profissionais de enfermagem para fornecer um atendimento adequado. Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir de forma mais efetiva nas manobras de RCP (ANDRADE et al, 2011; LIMA et al, 2009).

A justificativa do estudo se baseia nas experiências vividas em um dos campos de prática; uma unidade de clínica médica onde a ocorrência de uma parada cardiorrespiratória é frequente devido ao perfil desta unidade, que atende pacientes com diversas patologias, de

diferentes idades e de distintos graus de complicações, o que justifica na maioria dos casos o evento de emergência.

Nessas vivências foi possível notar uma dificuldade das equipes na definição de qual profissional atenderia à emergência, qual função desempenharia e como faria a sua prática, caracterizando uma inexistência de organização prévia, tornando a assistência de enfermagem mais trabalhosa e executada em um meio estressante devido a não sincronização da equipe associado à ausência de recursos materiais e humanos. Embora os episódios de PCR vividos tenham sido revertidos na maior parte das vezes, acredita-se na possibilidade de favorecer a assistência à PCR através de esclarecimentos com a equipe referente ao assunto.

Frente aos cenários de PCR vividos no campo de prática, surge a questão norteadora dessa pesquisa. Qual dificuldade a equipe de enfermagem enfrenta para prestar assistência diante de uma PCR?

Há dúvidas se a não sincronização da equipe é um reflexo da falta de conhecimento teórico e/ou prático; se é uma questão emocional acarretando prejuízos na assistência ou se é apenas uma questão de logística não estruturada dentro da equipe.

Após identificar quais fatores impedem uma assistência imediata, de qualidade, sincronizada e segura, então, estruturar-se-á um material informativo relacionado ao protocolo internacional já existente e em vigor no Brasil pela AHA. Acredita-se que o material servirá para consultas com vistas a esclarecer dúvidas sempre que necessário, favorecendo o conhecimento teórico, necessário para uma melhor atuação prática.

1.1 Objetivos

Objetivo geral:

- Identificar quais as dificuldades dos membros da equipe de enfermagem na assistência de uma parada cardiorrespiratória.

Objetivos específicos:

- Desenvolver um material informativo sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória, de acordo com protocolo da AHA baseado nas dificuldades apresentadas.

- Apresentar e entregar a cada profissional o material explicativo de modo a esclarecer as dúvidas apresentadas previamente, colaborando assim para uma atualização dos profissionais ao que tange manejo de RCP em casos de PCR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar

A PCR é a cessação da atividade mecânica cardíaca, confirmada por ausência de pulso palpável; de não responsividade e de apneia ou respiração agônica. A PCR também é dita Morte Súbita e é um evento que necessita de uma intervenção imediata, aprimoramento das habilidades e de uma atualização sobre as manobras de reanimação por parte dos profissionais. A reanimação cardiopulmonar (RCP) é definida como o conjunto de manobras realizadas após uma parada cardiorrespiratória com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (AHA, 2010; NACER; BARBIERI, 2015; PEREIRA et al, 2015).

O Suporte Básico de Vida (SBV) ou *Basic Life Support* (BLS) consiste em procedimentos básicos de emergência, objetivando o atendimento inicial do paciente vítima de PCR. O Suporte Avançado de Vida (SAV) junta métodos adicionais, tais como a farmacoterapia, a monitorização cardíaca, os desfibriladores, os equipamentos especiais para ventilação e os cuidados após reestabelecido o retorno da circulação espontânea. Deve-se aplicar o SAV de acordo com o tipo de mecanismo da parada após identificar que houve a execução das técnicas de suporte básico de vida até o momento e que o paciente apresenta ventilação e circulação artificial, através das compressões torácicas (TALLO et al., 2012).

As causas que desencadeiam a cessação subita da atividade cardíaca podem ser respiratórias, metabólicas, cardíacas, do Sistema Nervoso Central (SNC) e entre outras (BRAGA, 2014).

Como causa respiratória é possível citar: obstrução de vias respiratórias, pneumonias, aspiração, embolia pulmonar, bronquite, asma, afogamento e pneumotórax hipertensivo. Já pela causa cardiovascular estão as arritmias, infarto agudo do miocárdio (IAM) e suas complicações, cardiopatias congênitas ou adquiridas, choque cardiogênico e tamponamento cardíaco. Pelas causas metabólicas é possível citar: acidose e alcalose metabólica, hipoglicemia, hiper e hipopotassemia, hipo e hipermagnesemia, hiper e hipocalcemia (BRAGA, 2014).

Quanto as causas de PCR pelo Sistema Nervoso Central (SNC) pode-se mencionar: fármacos depressores do SNC, estado epilético, traumatismo cranioencefalico, processos infecciosos e hemorragias intracranianas. Por outras situações uma PCR pode ocorrer devido a inalação de gases, em grandes queimados, em casos de sepse, intoxicação exógena, compressão do seio carotídeo entre outros (BRAGA, 2014).

Existem sinais e sintomas que são fatores de risco indicativos de uma parada cardíaca iminente. Um alerta cardíaco para esse risco está presente: a dor precordial aguda, choque independente de causa, bradicardia súbita abaixo de 40 batimentos por minuto, taquicardia acima de 150 batimentos por minuto, hipotensão sistólica a baixo de 70mmHg, arritmias associadas à tontura e síncope. Já no alerta respiratório estão elencados a dispneia intensa, frequência respiratória acima de 36 ou abaixo de 5 movimentos respiratórios por minuto, respiração irregular, laringoespasma, edema de glote, pneumonia aguda grave, via aera em risco de obstrução ou a própria obstrução de via aérea por corpo estranho. O coma de início recente e convulsão prolongada são sinais de alerta neurológico. Por outros sinais de alerta estão a cianose, saturação abaixo de 70-80% e febre com petéquias (OLIVEIRA, 2016).

A parada cardíaca pode ser causada por quatro diferentes ritmos: Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP), Fibrilação Ventricular (FV), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Assistolia. A TVSP e a FV são tratadas com desfibrilação elétrica, aplicando-se um choque de 200J bifásico ou de 360J monofásico. A sobrevida dos pacientes depende da integração do SBV, do SAVC e dos cuidados pós ressuscitação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013; TALLO et al, 2012).

Segundo TALLO et al (2012), a TVSP é a sequência rápida de batimentos ventriculares (superior a 100 por minuto) chegando à ausência de pulso arterial palpável por deterioração hemodinâmica. Segundo registros brasileiros, esse ritmo corresponde a 5% das PCR em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No ECG é possível observar a repetição de complexos QRS alargados (maiores que 0,12s) não antecedidos de ondas P.

Já a FV caracteriza-se pela ausência de atividade elétrica organizada, com distribuição caótica de complexos de várias amplitudes. A contração do miocárdio neste quadro é incoordenada e resulta na ineficiência total do coração em manter a fração de ejeção sanguínea adequada. No eletrocardiograma (ECG), é possível observar ondas absolutamente irregulares de amplitude e duração variáveis (TALLO et al, 2012).

A FV é dividida em três fases: a primeira é a fase elétrica que corresponde aos primeiros cinco minutos da situação de PCR em FV. É a mais suscetível à desfibrilação e correlaciona-se com melhor prognóstico. A segunda fase é a fase hemodinâmica, etapa decisiva para a perfusão cerebral e coronariana, quando compressões torácicas são fundamentais para otimizar a pressão de perfusão coronariana e aumentar o sucesso da desfibrilação e do retorno à circulação espontânea. Correspondente o período entre 5 e 10 minutos após o início do quadro. Por fim, a terceira fase é a fase metabólica caracterizada pelo desencadeamento de citocinas inflamatórias, radicais livres e lesão celular, ocasionando alterações miocárdicas muitas vezes irreversíveis

(Stone Heart) e disfunção neurológica; geralmente após 10 minutos do início da PCR (TALLO et al, 2012).

A FV é a modalidade mais comum de PCR fora do ambiente hospitalar, com estimativa de 85% dentre as PCR extra hospitalares não traumáticas. No cenário das unidades de terapia intensiva (UTI) brasileiras, a FV é a terceira causa de PCR intra-hospitalar (5,4%) (TALLO et al, 2012).

A Atividade Elétrica sem Pulso ou AESP, é distinguida pela ausência de pulso na presença de atividade elétrica organizada, o que confere um alto grau de suspeita por parte do socorrista para se chegar ao diagnóstico de PCR. No ECG pode exibir uma ampla variedade de ritmos, desde ritmo normal até ritmo idioventricular com frequência baixa e ritmos taquicárdicos morfologicamente distintos da taquicardia ventricular (TALLO et al, 2012).

Por fim, a assistolia é a ausência de qualquer atividade ventricular contrátil e elétrica em pelo menos duas derivações eletrocardiográficas. É a modalidade mais presente nas PCR intra hospitalares, considerado o ritmo final de todos os mecanismos de PCR e o de pior prognóstico. Deve ser confirmada pelo clínico através da verificação da adequada conexão de cabos e eletrodos, aumento dos ganhos da imagem e alterações de derivações. (TALLO et al, 2012).

Quando o ritmo de parada for de FV ou de TVSP, identificado através de monitor com desfibrilador manual, a prioridade no tratamento deve ser a desfibrilação tão logo possível, pois a duração da arritmia é fator prognóstico para o sucesso da desfibrilação e ela sendo realizada com desfibrilador manual ou automático em até 3 minutos do início da FV, o sucesso é máximo para reversão do ritmo. Durante a reanimação, devem ser consideradas drogas vasopressoras e antiarrítmicas, bem como identificar e tratar causas potencialmente reversíveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

No tratamento da Assistolia e da AESP não está indicado o uso de desfibrilação. O indicado é promover RCP de boa qualidade, e utilizar as drogas indicadas, procurando identificar e tratar as causas reversíveis. Para AESP, o uso da adrenalina pode ser indicado com o objetivo de incrementar o fluxo sanguíneo cerebral e do miocárdico. O uso rotineiro de atropina não é recomendado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Já medicações em qualquer ritmo de PCR, a primeira droga a ser utilizada deve ser um vasopressor. Embora o nível de evidência seja limitado, recomenda-se administração de adrenalina 1 mg a cada três a cinco minutos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

2.2 A Assistência de Enfermagem a PCR no cenário Intra Hospitalar

As manobras utilizadas no SBV visam a estabelecer as condições mínimas necessárias para a manutenção e/ou recuperação da oxigenação e perfusão cerebral, isto dá viabilidade neurológica para o prognóstico da vítima e em casos de PCR, é necessário adotar essas manobras que restabelecem a oxigenação e perfusão dos órgãos. Nessas condições o enfermeiro deve prestar assistência ao paciente grave além de dar suporte à equipe, providenciando recursos materiais e treinamento continuado, visando adequar as condições de atendimento (ARAUJO et al, 2012).

É preconizado pela AHA que a equipe de atendimento à parada cardiorrespiratória tenha um líder, objetivando um melhor desempenho e organização durante a assistência. Geralmente o profissional que assume o papel de líder é o médico, afinal este também assume papel legal sob o aspecto da terapêutica aplicada. No entanto, é necessário que também o enfermeiro atue como líder, com o propósito de administrar a dinâmica da equipe conforme a terapêutica adotada. Isto justifica o seu treinamento em igual intensidade aos dispensados ao corpo médico (AHA, 2010; LIMA et al, 2009).

Em geral, os profissionais da equipe de enfermagem são os primeiros a presenciarem uma vítima em PCR no hospital e são eles que acionam mais frequentemente a equipe de atendimento. Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir de forma mais efetiva nas manobras de RCP (AHA, 2010; LIMA et al, 2009).

A assistência de saúde para uma parada cardiorrespiratória exige também uma estrutura através de equipamentos, recursos humanos e treinamentos associados a processos como protocolos, procedimentos e políticas que devem estar integrados para produzir um sistema em que seja possível otimizar os resultados, como por exemplo, viabilizar a segurança do paciente, a sobrevivência, a satisfação e a qualidade. O paciente que teve uma PCR no ambiente intra-hospitalar depende de um sistema de vigilância. No caso de uma PCR então é necessária uma interação harmoniosa dos vários departamentos e serviços da instituição e de um time multidisciplinar de profissionais que inclua médicos, enfermeiros entre outros (AHA, 2015).

O comitê de ressuscitação da American Heart Association (AHA), referência mundial para o ensino e pesquisa em RCP gerou diretrizes únicas sobre as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar. A AHA traz um algoritmo protocolar como cadeia de sobrevivência no ambiente Intra Hospitalar e com foco no profissional de saúde, priorizando uma RCP de alta qualidade (MÁSSIMO et al, 2009; AHA, 2015).

O Hospital Sírio Libanês é um hospital do Brasil que conta com um protocolo adaptado a necessidade da instituição, porém baseado nas diretrizes da AHA. Na execução de seu protocolo de atendimento a PCR estão descritos os profissionais envolvidos e quais suas funções. Segundo Cardoso (2015), a equipe de atendimento dispõe de cinco elementos distribuídos em: um na ventilação; um na compressão torácica; um anotador de medicamentos e de tempo; um na manipulação dos medicamentos; um no comando, próximo ao monitor/ECG.

A instituição hospitalar procura padronizar as funções dessas pessoas com atribuições mais específicas, tornando o atendimento mais eficiente e rápido. O Enfermeiro coordena as ações e direciona as atribuições da equipe de enfermagem; instala o desfibrilador semiautomático (DEA) e se indicado realiza a desfibrilação, prepara o desfibrilador convencional, instala o monitor, no caso de não haver possibilidade ou necessidade de realizar a desfibrilação, ou quando a primeira desfibrilação não teve sucesso, auxilia o médico nas manobras de RCP, assumindo a ventilação ou a compressão torácica (CARDOSO, 2015).

De acordo com o protocolo do hospital Sírio Libanês, o Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem (treinados em suporte básico de vida) auxiliam a enfermeira no atendimento inicial e fica a disposição para as seguintes tarefas: aproximação do carro de emergência e colocação da tábua rígida; preparo de medicação; controle do tempo de administração de cada medicamento; obtenção de via de acesso venoso. Um segundo Auxiliar de enfermagem, dito Auxiliar de enfermagem Jr. providencia ou auxilia na obtenção de equipamentos e/ ou materiais necessários como, por exemplo, desfibrilador e ventiladores; ajuda no transporte do paciente após a reanimação. O Fisioterapeuta fica responsável pela ventilação e auxilia o médico na intubação e na utilização do respirador artificial. Já o médico procede à intubação, controla os medicamentos utilizados, o tempo de PCR, o tempo entre uma dose e outra das várias drogas utilizadas e o número de desfibrilações efetuadas e suas cargas; prescreve a medicação e determina o momento de cessar as manobras de reanimação (CARDOSO, 2015).

Atualmente fala-se nos Times de Resposta Rápida (TRR) que são equipes que podem ser formadas por médicos, enfermeiros e até mesmo fisioterapeutas. Essas equipes geralmente são convocadas ao leito de um paciente no momento em que a equipe da unidade identifica que o mesmo se encontra em situação de deterioração aguda. O Time é munido de equipamentos e medicações para monitoramento de emergência e ressuscitação. Devido a essa logística, para pacientes adultos, os Times de Resposta Rápida, principalmente nas unidades de cuidados gerais, mostram-se ser eficazes na redução de incidência de parada cardiorrespiratória (AHA, 2015).

O TRR além de atuar no atendimento das situações de emergência, pode ser um grupo com função educativa, atuando de forma ativa nos processos de treinamento de equipes multiprofissionais. Para isso, as capacitações para este grupo são fundamentais, principalmente para a melhoria da assistência, com potencial de redução da mortalidade hospitalar (VEIGA et al, 2013).

Acredita-se que equipes treinadas na complexa coreografia da ressuscitação podem diminuir a ocorrência de uma PCR e em casos de PCR a chance de um melhor desfecho no atendimento é muito maior em comparado a ausência de um TRR. Profissionais bem treinados conseguem usar uma abordagem coreografada, executando várias etapas ao mesmo tempo. Ou seja, enquanto um membro da equipe solicita atendimento médico, outro membro executa as compressões torácicas, um terceiro membro oferta ventilação e um quarto prepara um desfibrilador. Procura-se manter uma RCP de qualidade através das compressões e profundidade das compressões adequadamente (AHA, 2015).

Quanto às reciclagens no suporte básico de vida, as mesmas deverão ser realizadas com a maior frequência possível junto aos indivíduos que tem maior chance de se deparar com situações de PCR, devido à rapidez com que as habilidades em suporte básico pioram após o treinamento, além da melhora observada nas habilidades e na confiança dos profissionais que treinam com maior frequência (AHA, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa ação.

O estudo descritivo caracteriza-se pela necessidade de descobrir uma situação desconhecida, da qual se quer obter maiores informações. Tem como preocupação observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los (GIL, 2007).

A pesquisa qualitativa responde a questões particulares e preocupa-se com um nível de realidade que nem sempre pode ser quantificado. É um tipo de abordagem que privilegia vivência, compreensão e entendimento dos participantes pesquisados perante a temática abordada (MINAYO, 2008).

A pesquisa ação é uma estratégia de pesquisa que tem sido empregada nos estudos desenvolvidos no campo da saúde, inclusive na Enfermagem, como uma proposta que se adequou ao método qualitativo. Nesse método o conhecimento trazido pelo participante torna-se ponto de partida para a reflexão e reconstrução desse conhecimento por meio do processo participativo (MONTEIRO et al, 2010).

A pesquisa ação é uma estratégia social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. É uma estratégia na qual há ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas inseridas na situação investigada; desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e as soluções a serem encaminhadas sob a forma de ação concreta; o objetivo da pesquisa ação consiste em resolver, ou no mínimo esclarecer os problemas da situação observada (THIOLLENT, 2011).

Segundo Thiollent (2011) a pesquisa-ação possui doze etapas, no entanto não é uma pesquisa flexível, contrariamente a outros tipos de pesquisa, não se segue uma série de fases rigidamente ordenadas necessariamente. A primeira é a fase exploratória que consiste em estabelecer um primeiro levantamento ou diagnóstico de uma situação, problemas prioritários e eventuais ações; a segunda é o tema da pesquisa que é a designação do problema prático e da área de conhecimento a serem abordados; a terceira etapa é a colocação dos problemas inicialmente em ordem prática e tratando de procurar soluções para alcançar um objetivo ou realizar uma possível transformação dentro da situação observada. A quarta etapa é o lugar da teoria que é gerar ideias, hipóteses para orientar a pesquisa e as interpretações.

A quinta etapa são as hipóteses, definidas como suposições formuladas pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções a um problema colocado na pesquisa. A sexta etapa é o seminário, que constitui os grupos de pesquisa, coordena suas atividades, centraliza informações, elabora interpretações, busca soluções, define diretrizes de ações, acompanha, avalia e divulga resultados, tendo a função de coordenar as atividades; a sétima etapa é o campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa que nada mais é do que a relação com um quadro de atuação, como no caso de uma instituição, universidade, etc. Quando o tamanho do campo é muito grande coloca-se a questão da amostragem e da representatividade (THIOLLENT, 2011).

A oitava etapa é a de coleta de dados, a nona é a aprendizagem onde é aproveitada e enriquecida em função das exigências da ação em torno da qual se desenrola a investigação. Nessa etapa tanto pesquisadores como participantes aprendem durante o processo de investigação, discussão e resultados. A décima etapa é o saber formal / saber informal na busca de melhorar a estrutura de comunicação entre dois universos culturais: o dos especialistas e o dos interessados (THIOLLENT, 2011).

A penúltima etapa é o plano de ação, uma etapa fundamental para corresponder ao conjunto de seus objetivos, onde a pesquisa-ação necessita se concretizar em alguma forma de ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação e por fim, a última etapa é a divulgação externa, onde é desejável que haja um retorno da informação entre os participantes que conversaram, investigaram, agiram, etc. Este retorno visa promover uma visão de conjunto, que por sua vez possibilita a tomada de consciência sobre o problema analisado (THIOLLENT, 2011).

3.2. Participantes

Os participantes do estudo foram auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros lotados na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Junior, dispostos nas quatro equipes previstas pelas escalas de serviço, distribuídas por turnos.

3.2.1 Participantes da pesquisa:

Inicialmente era previsto um total de trinta e oito participantes integrantes da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica. Eram previstos no turno da manhã: dois enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e cinco técnicos de enfermagem. Na equipe da tarde: três enfermeiros e oito técnicos de enfermagem. Na equipe da noite I: dois enfermeiros,

um auxiliar de enfermagem e quatro técnicos de enfermagem e na equipe da noite II: dois enfermeiros, um auxiliar de enfermagem e sete técnicos de enfermagem.

Estes números eram de acordo com as escalas divulgadas no mês de novembro de 2016 e estava sujeito a mudanças devido as contratações pela rede EBSEH na qual o hospital passa por transformação do quantitativo de pessoal.

No período da pesquisa a Unidade contava com um total de cinquenta e seis profissionais, desses, quatorze eram enfermeiros, quarenta eram técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. A pesquisa ocorreu com um total de quarenta e quatro profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiros, trinta e três técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, componentes da equipe de enfermagem nos meses de fevereiro a abril de 2017.

A diferença no número de pessoal se deu em razão da admissão de novos funcionários aprovados na rede EBSEH. O aumento no número de profissionais era previsto desde o projeto do estudo, no entanto não havia previsão no número de profissionais que iriam compor as equipes.

Teve-se como critérios de inclusão para a pesquisa: ser profissional da equipe de enfermagem e estar em atividade na Unidade de Clínica Médica há no mínimo um mês e possuindo vínculo com a instituição; ter disponibilidade e interesse em responder o instrumento de coleta. Os critérios de exclusão: Não ser profissional da equipe de enfermagem, estar em atividade na Unidade de Clínica Médica há menos de um mês e/ou estar em contrato temporário, sem vínculo com a instituição e não ter interesse em responder o instrumento de coleta.

Foram excluídos naturalmente do estudo além do critério de exclusão: o enfermeiro líder, por entender que sua função na Unidade era de serviço administrativo e geralmente fora da unidade e os enfermeiros referências presente no turno da manhã, da tarde e da noite I, devido a sua função de referenciar os enfermeiros assistenciais da unidade, além de que uma enfermeira referência era componente da banca de avaliação do estudo em questão, sendo assim optou-se por padronizar a exclusão nesse caso. Totalizando assim a exclusão de cinco enfermeiros, entre os quatorzes previstos em escala.

Houveram funcionários que diversas vezes pediram para que a pesquisadora retornasse em outro dia ou em outro momento, independente de motivo. Diante deste fato foram estipuladas três tentativas de realização de coleta com cada profissional. Quando nessas três tentativas o profissional solicitasse para retornar em outro dia ou momento, então este profissional era considerado como recusa.

Nessas condições obteve-se na entrevista a exclusão de um enfermeiro e de dois técnicos de enfermagem. Por relato verbal de não querer participar da entrevista houveram três exclusões

por parte de técnicos de enfermagem. Houveram também no momento da entrevista duas licenças; totalizando em sete exclusões entre os quarenta técnicos de enfermagem previstos em escala. Dos Auxiliares de Enfermagem nenhum foi excluído, participando da pesquisa os dois previstos em escala. Totalizando na entrevista doze exclusões, sendo cinco de enfermeiros e sete de técnicos de enfermagem.

Para a não identificar os participantes eles foram citados na pesquisa de acordo com seus cargos, através das siglas AE para auxiliares de enfermagem, TE para técnicos de enfermagem e ENF para enfermeiros. Cada cargo seguiu uma numeração arábica começando pelo número 1 e assim subsequentemente.

3.2.2 Participantes da intervenção:

No momento da intervenção, a entrega do material associada a explicação do conteúdo, as equipes haviam sofrido algumas mudanças na sua composição, como previsto também inicialmente. Em número total previsto por escala a equipe continuava com um total de cinquenta e seis profissionais, no entanto entre os enfermeiros não haviam mais os cargos de liderança ou referência.

Na fase da intervenção haviam treze enfermeiros, quarenta e dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, sendo eles no turno da manhã: três enfermeiros, dez técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. No turno da tarde: quatro enfermeiros, onze técnicos de enfermagem. Na noite I haviam: três enfermeiros e dez técnicos de enfermagem e na noite II haviam: três enfermeiros e onze técnicos de enfermagem.

Eram critérios de inclusão para a intervenção: ser profissional da equipe de enfermagem e estar em atividade na Unidade de Clínica Médica, ter disponibilidade e interesse em receber o material e a explicação do conteúdo. Os critérios de exclusão: Não ser profissional da equipe de enfermagem e não ter interesse em receber o material informativo. Diante desses critérios obteve-se a recusa de dois técnicos de enfermagem no turno da manhã e de um enfermeiro no turno da manhã, de dois técnicos de enfermagem na noite I e de um enfermeiro na noite II.

No período da entrega do material, no turno da manhã um técnico de enfermagem estava em férias e um técnico de enfermagem em licença. No turno da tarde se encontra em férias um enfermeiro e um técnico de enfermagem, e em licença havia um enfermeiro. No turno da noite I um técnico de enfermagem estava em férias e dois técnicos de enfermagem em licença/atestado e por fim, na noite II estavam em férias um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Um técnico de enfermagem da equipe da noite II foi remanejado para outro setor.

Logo, houveram doze exclusões por férias, licenças, atestados e remanejamento entre enfermeiros e técnicos de enfermagem e seis recusas entre técnicos de enfermagem e enfermeiros. Totalizando a ausência de dezoito profissionais. Dessa forma, a entrega do material informativo e a explanação do mesmo ocorreu com trinta e oito profissionais, destes, quatro não avaliaram a atividade com a justificativa de avaliar após as atividades laborais e não mais devolveram.

3.3 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade De Clínica Médica (UCM) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior. A unidade citada foi escolhida por ter sido campo de prática da enfermeira residente onde vivenciou por diversas vezes o cenário da emergência em estudo. A pesquisa se deu na sala de descanso das equipes, dentro da Unidade com autorização do enfermeiro do setor, e com ciência dos demais membros da equipe, devido a necessidade de observação dos pacientes daquele profissional. As entrevistas ocorreram sem intercorrências e tiveram duração de 5 minutos a 32 minutos aproximadamente. A intervenção teve duração de 15 a 20 minutos de acordo com as necessidades que cada profissional apresentava.

O Hospital Universitário Miguel Riet Correa Junior é um Hospital Universitário atualmente administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e contribui para o ensino, pesquisa e extensão. Oferece atendimento em diversas áreas como pediatria, obstetrícia, clínica médica, clínica cirúrgica, unidades de tratamento intensivo adulto e neonatal. É referência para tratamento em HIV-AIDS, e conta com unidades referentes ao atendimento de doenças renais, diabetes, traumatologia, gastroenterologia, reabilitação pulmonar, reabilitação física e recuperação de dependentes químicos.

A Unidade de Clínica Médica (UCM) é uma unidade de internação para tratamento clínico de adultos nas mais diferentes patologias e conta com 49 leitos na sua totalidade, divididos entre doze enfermarias, sendo três exclusivas para pacientes HIV positivo/AIDS, com vistas ao isolamento protetor. Aos pacientes internados nesta unidade são prestados serviços multiprofissionais em busca de diagnósticos e/ou tratamentos.

3.4 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram levados em consideração os objetivos do estudo, o objeto de análise e como era previsto para ser feito e o processo de avaliação. Os dados foram coletados entre os meses de fevereiro a abril de 2017 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG) e ocorreu

conforme a disponibilidade dos participantes, de segunda-feira a sábado, nos turnos manhã, tarde e noite, de forma a não prejudicar as atividades laborais.

Os profissionais foram procurados e questionados quanto à sua disponibilidade para responder à entrevista individual conforme a pesquisa ação. Foi explicado sobre o que trata a pesquisa e os objetivos desse estudo. Também foi avaliado se o profissional preenchia os requisitos de critério de inclusão da pesquisa. Após a concordância na participação da pesquisa e estando apto nos critérios de inclusão de pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE - (**APÊNDICE A**) para que os mesmos tomassem ciência e assinassem. O Termo foi apresentado em duas vias para assinatura, ficando uma via com o participante e outra via com a pesquisadora.

Em um primeiro momento, como sugere a pesquisa ação, em sua fase exploratória, foi feito o diagnóstico da situação estudada por meio de uma entrevista individual semiestruturada com o apoio de um instrumento de coleta (**APÊNDICE B**). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O instrumento de coleta contemplou questões referentes à assistência de enfermagem em casos de PCR.

As entrevistas constituem uma técnica para coletar dados não documentados, sobre determinado assunto. Podem ser utilizadas com qualquer segmento da população e se constitui como técnica muito eficiente para obtenção de dados referentes ao comportamento humano. Nela o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema, que está sendo estudado, mas permite, e às vezes até incentiva que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (PÁDUA, 2004).

Após a realização da entrevista, na etapa seguinte da pesquisa ação, o tema de pesquisa, que é a designação do problema prático, buscou-se identificar as dificuldades da equipe de enfermagem na assistência à parada cardiorrespiratória. Isto nos levou para a terceira etapa que é a colocação dos problemas onde se procuram soluções, bem como, o lugar da teoria que são as ideias que norteiam a pesquisa, e ainda outra etapa que foi a hipótese, a qual estava pautada na ideia de que existem dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na assistência a uma PCR.

Para tentar auxiliar nesta hipótese teve-se a fase de seminário onde o pesquisador centralizou as informações obtidas na entrevista e organizou a atividade proposta, no caso o desenvolvimento de um material explicativo priorizando as necessidades locais apresentadas pelos participantes, porém sem deixar de abordar tópicos necessários para a melhor assistência a PCR.

3.5 Procedimentos de Análise de Dados

Os dados coletados nas entrevistas foram agrupados e analisados e então foram discutidos ancorados na fundamentação teórica, para possibilitar a criação do material informativo e explanação ao grupo, considerando o objetivo específico do estudo.

O método utilizado para análise dos dados coletados foi o de Análise Temática. Método esse baseado na descoberta dos significados e sentidos dos elementos da comunicação podendo se apresentar através de elementos gráficos como uma palavra ou uma frase (MINAYO, 2013).

A análise temática é dividida em três etapas: Pré análise; Exploração do Material e, Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação desses resultados (MINAYO, 2013).

A pré análise é a fase onde o pesquisador organiza o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, define-se, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, faz-se necessário a leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, descobrimos orientações para a análise e registramos impressões sobre a mensagem (MINAYO, 2008).

A exploração do material pressupõe aplicar o que foi definido na pré análise, sendo essa a mais demorada das três etapas, pois talvez haja necessidade de repetir várias vezes a leitura do material. É a fase em que acontece a classificação do material através da categorização, facilitando sua compreensão. Por fim é realizada a classificação e agregação de dados, através da escolha de categorias (MINAYO, 2008).

O Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: é quando as informações obtidas são analisadas, interpretadas e correlacionadas à fundamentação teórica obtida inicialmente, podendo criar novos focos teóricos e interpretativos sem perder a regularidade dos significados (MINAYO, 2013).

3.6 Ação – material informativo

A elaboração do material esteve ancorada em protocolo universal da AHA, referência no Brasil nos assuntos de PCR e RCP. O material teve a finalidade de servir como meio de busca rápida a informações atualizadas, visando contribuir com a qualificação da assistência de enfermagem à PCR, através de esclarecimentos sobre o que é uma PCR, como identificar, quais materiais necessários para uma boa assistência e como agir de acordo com o protocolo da AHA atualizado.

Conforme acordo prévio com os enfermeiros dos turnos e com os demais participantes, foi realizado um encontro com os participantes em seu turno de trabalho, para apresentação do material criado, com explicação dos itens que constam no mesmo, ofertando assim uma

atualização sobre PCR e RCP de acordo com a AHA. O material foi entregue a cada participante em forma impressa e foi explicado item por item. Foi sugerido um encontro fora do horário do trabalho em outra área para esse fim, no entanto a sugestão foi negada.

Ao final do encontro, após entrega e explicação do material, foi aplicado um instrumento para avaliação do material (**APENDICE C**). O instrumento possuía questões abertas, visando identificar a qualidade do material entregue, do conteúdo que formava o material e sobre a explicação recebida. Ainda havia questões sobre possibilidades da existência ainda de dúvidas e se haviam observações a serem feitas. Esta ação foi a última proposta da pesquisa ação (Divulgação Externa) que busca o aproveitamento e enriquecimento da atividade realizada, a promoção de uma visão de conjunto para a tomada da consciência do problema analisado. Neste processo leva-se em consideração o saber formal e informal para buscar melhorar a comunicação entre pesquisador e participantes.

O retorno do estudo foi realizado com os participantes, de forma individual e/ou em grupos, de acordo com as suas disponibilidades e aceitação, de maneira que não prejudicasse o serviço na Unidade, nem as atividades laborais de cada participante. A distribuição dos profissionais para a explanação dos resultados foi realizada de forma aleatória, conforme suas disponibilidades.

Igualmente proposto para a realização da entrevista, para realizar a explicação do material, os profissionais foram procurados no seu local de trabalho por 3 vezes. Após a não possibilidade de desempenhar a atividade proposta, o material foi ofertado igualmente, ficando pendente apenas a explicação para esses profissionais.

3.7 Questões Éticas

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que traz as diretrizes para pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

De imediato o projeto foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ); logo após a sua aprovação, este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, CEPAS-FURG, aprovado com o Parecer 12/2017 (ANEXO A). Também foi solicitada a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior (HU FURG) (**APENDICE D**) e da Direção da Escola de Enfermagem (**APENDICE E**) para execução da proposta.

Mediante a aprovação do CEPAS, a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa e autorização da Escola de Enfermagem, todos os participantes foram convidados a participar

voluntariamente desse estudo. Mediante a concordância dos profissionais foi entregue a cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Neste TCLE os participantes foram informados sobre o tema e objetivo da pesquisa, o caráter anônimo e confidencial dos dados. Cada participante recebeu duas cópias do TCLE e ambas foram assinadas. Uma via foi entregue ao pesquisador e outra ficou com o próprio participante. Todos os TCLE foram assinados pela pesquisadora responsável e solicitaram o consentimento para divulgação dos dados de forma anônima.

Após a pesquisa com os profissionais, o desenvolvimento e a apresentação do material informativo paralelamente a explanação sobre o conteúdo, foi entregue aos participantes um instrumento com questões abertas com vistas a identificar a qualidade do material e da explicação recebidas (APENDICE C). O instrumento seguiu os aspectos éticos, mantendo o completo anonimato dos participantes.

Para a entrevista foram indicadas algumas precauções éticas quanto a encaminhamentos de pesquisa e de postura do pesquisador. Alguns cuidados se referiam ao primeiro momento da conversa e à apresentação do pesquisador ao pesquisado; alusão quanto ao interesse da pesquisa; relatando os motivos da pesquisa e a justificativa da escolha da amostra; garantindo o anonimato e o sigilo sobre as respostas que resultaram no trabalho.

Para a intervenção foram seguidas as precauções éticas quanto a postura do pesquisador, à apresentação do pesquisador ao público contemplado pela ação; alusão quanto ao interesse da atividade; relatando os motivos da intervenção; garantindo o anonimato e o sigilo sobre as respostas que resultaram do instrumento de avaliação (APENDICE C).

3.7.1 Análise Crítica de Riscos e Benefícios

Riscos: Não haviam risco à integridade física dos participantes. Poderia haver riscos mínimos decorrentes de constrangimentos por parte dos profissionais ao expor suas percepções. Devido à possibilidade de alteração emocional que poderiam afetar os participantes no decorrer deste estudo, o profissional, se necessário fosse poderia consultar o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, da Universidade Federal do Rio Grande (HU FURG), todavia não houveram casos da procura do serviço.

Caso necessário seria realizado contato pessoal com a psicóloga organizacional informando sobre a realização do referido estudo, ficando ao encargo da pesquisadora buscar auxílio psicológico para estes indivíduos. Foi respeitado o rigor científico no desenvolvimento deste estudo para que o mesmo tivesse validade e confiabilidade e que os preceitos éticos fossem respeitados.

Benefícios: A participação dos membros da equipe contribuiu para o conhecimento das dificuldades que os profissionais, de forma individual ou coletiva, referente às suas práticas diante de uma PCR. Acredita-se que tal estudo foi estimulador aos profissionais possibilitando a reflexão sobre como o trabalho vem sendo desenvolvido, permitindo a inserção de novos instrumentos de trabalho e favorecendo também a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem diante de uma PCR.

3.7.2 Responsabilidades dos Pesquisadores, da Instituição, do Promotor e do Patrocinador

A pesquisadora e a enfermeira residente comprometeram-se em desenvolver a pesquisa conforme os parâmetros éticos e legais, concluindo a mesma no prazo programado, além de divulgar e publicar os dados coletados. O projeto possuiu viabilidade de execução por meio das condições de infraestrutura da FURG, assim como dos recursos financeiros da residente de enfermagem.

3.7.3 Explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A equipe dispôs dos meios, recursos e competências necessárias para lidar com possíveis intercorrências de seus procedimentos e intervir, imediatamente, para limitar e remediar qualquer dano que pudesse ser causado. A pesquisa poderia ser suspensa quando a pesquisadora responsável percebesse algum risco aos participantes da mesma. Situação que não ocorreu. A instituição participante e participantes da pesquisa foram deixados à vontade para comunicarem verbalmente sua desistência em participar do estudo em qualquer etapa, pessoalmente, por telefone ou e-mail.

3.7.4 Declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos

Informamos que os resultados dessa pesquisa, intitulada “A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR” serão divulgados e tornados públicos independente do caráter que esses possam apresentar. Serão ainda divulgados em eventos e em periódicos científicos.

3.7.5 Declaração sobre o uso e destinação dos dados coletados

As informações coletadas durante o estudo serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, com a função de contribuir com o setor estudado. Considerações geradas e

ponderadas serão repassadas à Unidade e à Instituição estudada. Os registros coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável com vínculo na instituição responsável (FURG), pelo período de cinco anos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O período da coleta ocorreu de fevereiro a abril de 2017. No período em questão já era possível contar com aumento no número de profissionais por plantão devido às convocações dos profissionais aprovados na prova de seleção da rede EBSEH. Como previsto, o número previsto de profissionais conforme escala mudou do momento em que o projeto foi desenvolvido até o período de coleta.

Inicialmente, quando o estudo foi proposto a equipe era composta de: nove enfermeiros, vinte e quatro técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem, totalizando trinta e oito profissionais de enfermagem na Unidade de Clínica Médica.

Na fase de coleta a equipe de enfermagem era composta de: quatorze enfermeiros, quarenta técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, totalizando cinquenta e seis profissionais de enfermagem na Unidade de Clínica Médica.

Na fase da intervenção a equipe era composta de treze enfermeiros, quarenta e dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem, totalizando cinquenta e seis profissionais de enfermagem na Unidade de Clínica Médica.

4.1 Caracterização dos profissionais da coleta de dados:

Dos cinquenta e seis profissionais de enfermagem presentes na Unidade de Clínica Médica entre os quatro turnos, o estudo foi realizado com quarenta e quatro deles, sendo nove Enfermeiros, dois Auxiliares de Enfermagem e trinta e três Técnicos de Enfermagem.

Dos 9 enfermeiros participantes do estudo, todas eram mulheres com idade variando entre 27 e 43 anos, com tempo de formação entre 1 a 10 anos, 1 enfermeiro com tempo de atuação na UCM de 5 anos e demais enfermeiros demais entre 2 a 5 meses. Todas já prestaram atendimento a PCR na Unidade.

Dos 33 técnicos de enfermagem, 2 eram homens e 31 mulheres, a idade variou entre 21 e 53 anos, o tempo de formação no cargo de 1 ano e 4 meses à 17 anos, o tempo de trabalho na UCM de 1 mês e meio à 5 anos. Dos 33 técnicos, 27 já atenderam PCR na unidade, 4 auxiliaram e 2 nunca realizaram.

Dos 2 auxiliares de Enfermagem, as duas eram mulheres, com idade variando entre 50 e 55 anos, tempo de formação 15 a 30 anos, o tempo de trabalho na unidade de 5 e 29 anos. Das auxiliares, uma presta/prestou assistência à PCR e a outra auxiliou.

4.2 Categorias:

O estudo resultou em cinco categorias que muitas vezes acabam por se interligar. As categorias foram divididas quanto as necessidades dos recursos humanos, recursos físicos e de materiais, categoria essa denominada de Estrutura, processos e sistemas do cuidado em saúde em PCR; também foi desenvolvida a categoria referente a Protocolo de PCR, sobre o Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de vida, categoria quanto a Educação Permanente em PCR e por fim referente ao material informativo.

4.2.1 Estruturas do cuidado em saúde em PCR.

Os cuidados com a saúde exigem uma estrutura que envolve pessoas, equipamentos, treinamentos. Envolvem também processos, políticas, protocolos e procedimentos. Esses componentes quando integrados formam um sistema com base em programas, organização e cultura, pilares esses que melhoram os desfechos de sobrevivência e de segurança dos pacientes, além da qualidade da satisfação. Um sistema de atendimento eficaz compreende todos esses elementos numa estrutura de melhoria de qualidade (AHA, 2015).

Em 2002 foi criada a portaria GM/MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as Unidades Federadas. Essa portaria define a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida. Entre os componentes elos de manutenção da vida tem-se o componente Pré-Hospitalar Fixo, o Pré-Hospitalar Móvel e o Componente Hospitalar (BRASIL, 2002a).

Entende-se por pré-hospitalar Fixo as Unidades Básicas de Saúde e/ou de Saúde da Família; Ambulatórios Especializados; Serviços de Diagnóstico e Terapias e Unidades Não hospitalares de Atendimento às Urgências. Já o componente Pré-Hospitalar Móvel é Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, serviço associado ao salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192. Por fim, entende-se por componente Hospitalar a porta hospitalar de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais e de referência, bem como toda a gama de leitos de internação, tanto de leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi intensiva

e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências (BRASIL, 2002a).

Por acreditar que os Serviços de Urgência e Emergência são de importância para o funcionamento de nossos sistemas de saúde, foi criada uma resolução que define qualidades desejadas que devam reunir a organização e funcionamento dos serviços de urgência e emergência. Essa regulação ocorre através da Portaria Nº 354, de 10 de março de 2014 que traz a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência" (BRASIL, 2014).

Os Serviços de Urgência e Emergência fixos podem funcionar como um serviço de saúde independente ou inserido em um estabelecimento com internação de maior capacidade de resolução. É de responsabilidade da administração do serviço de saúde prever e prover os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos necessários para o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. A direção do serviço de saúde juntamente do chefe do Serviço de Urgência e Emergência têm a responsabilidade de planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos. O Serviço de Urgência e Emergência deve dispor de instruções escritas e atualizadas das rotinas técnicas implementadas. As rotinas técnicas devem ser elaboradas em conjunto com as áreas envolvidas na assistência ao paciente, assegurando a assistência integral e a interdisciplinaridade (BRASIL, 2014).

Diante de todo esse conhecimento, esta categoria foi inserida com a intenção de compreender o funcionamento e equiparar as recomendações bibliográficas, de modo a discutir todas as questões com vistas à melhoria do atendimento no que tange a estrutura, o processo e o sistema para os cuidados com a saúde no que tange o atendimento de PCR, uma emergência clínica.

Nesta categoria os profissionais foram questionados se possuíam dificuldades para atender uma PCR. Quando a resposta era afirmativa para dificuldades, os profissionais foram questionados sobre quais dificuldades apresentavam. Foram indagados também sobre como acreditavam que deveriam ser os recursos físicos para o atendimento de uma PCR; como classificavam os recursos materiais disponíveis para atendimento de uma PCR na unidade de trabalho e ainda se acreditavam que existam materiais que poderiam ser utilizados em uma PCR e que não estivessem disponíveis para o trabalho na unidade. Por fim, foram questionados sobre como classificavam os recursos humanos disponíveis na unidade para atendimento a uma PCR.

Quanto às dificuldades para atender uma PCR e quais apresentavam quando afirmavam possuir, um pouco menos da metade dos profissionais relataram não possuir dificuldade para o atendimento. Alguns desses justificaram não ter dificuldade devido as suas experiências

profissionais anteriores, onde já haviam atendido diversas vezes essa emergência. Já para maioria dos profissionais que referiram ter dificuldade para atender uma PCR citaram a falta de experiência própria e/ou da equipe, a falta de organização da equipe para o atendimento, a falta de material ou a má qualidade dos equipamentos disponíveis além do espaço físico para atendimento.

“Assusta a parada não é tu atender. Assusta é que todos os materiais que tu trazes, tem problema, não funciona, a tomada não dá, o “T” não encaixou (...) falta a extensão, aqueles oxigênios não estão certos, a aspiração não encaixou, está quebrado, é tudo assim...” AE2

“Sim. Primeira dificuldade né, o carrinho de parada, que quando tu vais procurar está sempre faltando material (...) quando tu vais montar a parede tu pega as coisas faltando também, muita coisa estragada...” TE2

“Sim, ah não tenho habilidade ainda na reanimação né, o carrinho ali, medicações, diluições ainda não domino bem...” TE4

“...Acho que encontro dificuldades é na organização da sistematização na hora da parada” TE9

“As dificuldades são, quando falta material e espaço para a gente se locomover no quarto...” TE17

“...Acho que devia de ter um treinamento, não chegar lá e ‘ahh... alguém aspira tal coisa, alguém faz tal coisa’ Não! ‘A minha função é:!’ Entendeu?” TE20

“Eu tenho um pouco de dificuldade, porque eu não tenho muita experiência, não tenho muita vivência.” TE22

“É mais na organização da equipe, em direcionar cada qual o que vai fazer.” ENF2

“Porque depende muito da equipe que tu pega, iniciando pelos médicos até as próprias colegas, a equipe que tu tens disponível ali na hora, algumas pessoas têm mais experiência outras tem menos...” ENF9

Um estudo publicado em 2015, realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor/HCFMUSP), traz que enfermeiros com maior tempo de experiência profissional apontam que os aspectos que interferem na qualidade da RCP são a falta de relação harmoniosa da equipe, de material e/ou falha de equipamento durante o atendimento e de familiarização com o carrinho de PCR, e que o elevado número de profissionais durante o atendimento a falta da presença de um líder ou a presença de um familiar durante a RCP, bem como o estresse de algum membro da equipe influenciam a qualidade do atendimento (FILHO *et al*, 2015).

O sucesso no atendimento de uma PCR depende de contínuos treinamentos dos profissionais, com a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades suficientes para iniciar as manobras de RCP com efetividade. Esses fatores, associados ao ambiente de trabalho

organizado e, principalmente, à harmonia e ao sincronismo de toda a equipe multiprofissional contribuem para a excelência do atendimento ao paciente em PCR no ambiente intra-hospitalar (KALLESTEDT, 2012; SJOBERG, SCHONNING, SALZMANN-ERIKSON, 2015).

O estudo feito em 2015 acaba por se equiparar a este estudo onde a maioria dos itens apontados como dificuldade para atendimento da parada cardiorrespiratória são os mesmos citados pelos profissionais de enfermagem do local do estudo. As dificuldades elencadas embora diversas, são as mesmas entre os membros da equipe independentemente grau de formação. Uma das dificuldades mais elencadas pelos profissionais se refere à organização da equipe para atendimento.

Pode-se observar que não há uma definição de qual função cada membro da equipe possui no caso de atendimento de parada, parece não haver também um responsável pela manutenção dos materiais para a prestação dessa assistência. No entanto, a falta da organização da equipe, poderia ser corrigida através da atuação do enfermeiro responsável pelo turno.

O estudo realizado em São Paulo mostra que a presença de um líder melhora a qualidade da assistência. No entanto a presença de um líder não é importante apenas no momento da PCR. A presença de um líder para atuação em PCR pode começar a ser eficiente e garantir a melhoria da qualidade a partir do momento que esse líder conhece a equipe que tem disponível para trabalho e divide as atribuições entre os seus membros de acordo com suas competências legais, tornando-os corresponsáveis pela assistência (FILHO *et al*, 2015).

A falta de um protocolo instituído no ambiente hospitalar não impede uma organização interna através da elaboração de um procedimento operacional padrão conforme as equipes e suas necessidades, desde que o procedimento operacional padrão esteja ancorado em recomendações bibliográficas; literaturas científicas e atualizadas.

Pensa-se que essa predefinição poderia ser estimulante ao profissional, permitindo que a sua prática fosse aperfeiçoada, embora o ideal seja que todos os funcionários saibam realizar todas as atividades desenvolvidas nessa emergência devido à necessidade de revezamento em algumas funções. Planejar e organizar a assistência são atribuições privativas do enfermeiro previsto na lei do exercício profissional.

Segundo o COFEN (1986), é atribuição privativa do enfermeiro a chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, É atribuição do enfermeiro também, agora quanto membro da equipe de saúde a participação,

elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem.

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, participação do planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente participar da programação da assistência de Enfermagem. Já o auxiliar de enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde (COFEN, 1986).

Logo, cabe ao enfermeiro intervir de acordo com a suas necessidades mediante a ausência de uma intervenção institucional, desde que a sua intervenção não venha a prejudicar a instituição ou aos profissionais que fazem parte dessa ação ou ainda ao paciente. Ao técnico de enfermagem cabe participar do planejamento da assistência, colaborando para uma assistência de qualidade. A responsabilidade profissional vai além de apenas trabalhar diante do que é ofertado.

Quanto às melhorias referentes à falta de experiência e/ou nervosismo, essas são possíveis através de treinamentos e abordagens teóricas contínuas no ambiente do trabalho, tanto periodicamente como após cada evento presenciado na unidade. A realização de avaliação da assistência posterior ao atendimento prestado pode ser um momento de retomar o aspecto teórico, comparando com a assistência que tem sido prestada, esclarecendo possíveis dúvidas para aperfeiçoar o conhecimento já adquirido.

Quando indagados sobre como acreditavam que deveriam ser os recursos físicos para o atendimento de uma PCR, poucos sabiam citar os recursos que acreditam ser ideais para uma assistência sem falhas. A maioria dos profissionais acabaram respondendo a respeito dos recursos materiais para atendimento na unidade, talvez por não conseguir separar os recursos entre matérias e físicos. Ainda teve quem falou a respeito da falta de pessoal, porque de repente, ao seu ver, essa pode ser a maior necessidade identificada na unidade.

“Ter as coisas que a gente necessita né, às vezes falta material, tem que correr em outras unidades para pegar...” AE1

“Eu achava que todas as paredes tinham que estar completas. Precisando ou não o paciente, tem que estar completa (...) até tu montar tudo aquilo ali é uma perda de tempo...” AE2

“Mais espaço acho, porque as vezes o espaço entre um leito e outro é apertado para gente se movimentar, os quartos são muito quentes também, aí tu tomas aquele suor além daquele tumulto que dá que é inevitável...” TE1

“Eu acho que em todos os quartos deveria de ter coisas simples como uma tomada, essas coisas. Fluxômetro, aspiração, esse tipo de coisa que deveria de estar sempre certinho e funcionando e na hora não está. Os recursos que eu acho tem na unidade, mas estão em má conservação...” TE3

“Como a nossas enfermarias são coletivas, com 5 leitos, com os acompanhantes, com cadeiras, com mala que eles trazem de casa, as vezes fica... falta espaço para a equipe conseguir agir, para a gente entrar mais com carrinho de parada, junto com o material e aí falta... é muita gente num mesmo espaço, tanto que a gente pede para o familiar sair, a gente instala o biombo ainda para os outros pacientes não ficarem vendo aquela... aquele manejo...” TE9

“A nossa parede de ar comprimido ela esguicha água. Às vezes pouca, às vezes bastante, mas nada que não dê para regular. Ah... em outros ambientes é apertado às vezes... as vezes tu tens um ambiente não muito adequado para realizar as manobras.” TE11

“Eu acho que o que fica pendente muito são os equipamentos, os materiais, tipo eu já peguei parada que eu levei quatro monitores e nenhum funcionou. Entendeu?” TE14

“Tinha que ter uma peça pronta para a emergência aqui na clínica médica. Mas aí já... já parte pelo suposto que tu não... na porta não passam as camas, isso aí já está há 5 anos para mudar e não mudou. Deveria ter uma sala com tudo equipado, que nem a emergência de pronto socorro que a gente só vinha e conectava o paciente ali nas coisas, isso aí a gente ia salvar muitas vidas” TE15

“Eu acho que a gente tem que ter o aporte básico assim, das paredes assim todas terem “y” para a conexão, de aspiração e de oxigênio. Muitas vezes a gente tem que desmontar a parede do oxigênio, que é da nebulização, para colocar o oxigênio com fluxômetro, isso dificulta assim na hora do manejo (...) Os materiais do carro, que embora a gente organize, mas na hora de parada não sei o que acontece (risos) parece que some tudo, eu acho que isso aí tem que organizar melhor” TE17

“Às vezes tu tens que empurrar as macas, as camas dos outros pacientes assim, na pressa tu até acaba fazendo alguma besteira. Tu não... não consegue agir, não tem uma agilidade, assim, por essa falta de espaço” TE22

“Já teve assim casos de parede não funcionar, a gente sair correndo, nada funciona, parece que nessa hora assim dá tudo errado...” TE27

“Primeiro tinha que ter estrutura, não tem (risadas). Nós não temos... recém conseguimos ter um carrinho que conseguimos manter lacrado. Está lacrado, mas não tem as coisas dentro. Não tem um controle e deveria ter um controle...” ENF5

“Acredito que deveria ter um biombo para cada paciente. Acredito que as paredes deveriam estar todas em funcionamento, o que as vezes não acontece aqui na unidade...” ENF8

Durante a entrevista, quando os profissionais foram questionados sobre a estrutura física do ambiente, muitos acabavam respondendo sobre a estrutura de materiais ou recursos humanos. Pode-se pensar na possibilidade da não compreensão da pergunta ou na possibilidade de os recursos materiais serem os itens que mais lhes são determinantes para uma assistência

de qualidade e onde os profissionais mais sentem quando há falha, levando a necessidade maior da exposição.

Quando esses estão em falta, seja na qualidade ou na quantidade, acabam por não passar despercebidos, podendo até mesmo gerar um sentimento de impotência diante da prática, direcionando a essa questão a falha de sua assistência, tirando do foco as suas habilidades práticas e teóricas.

Os participantes técnicos de enfermagem foram os que melhor conseguiram apontar questões referentes à estrutura física, porém as respostas não são positivas para o serviço, mas foram sugeridas soluções. Um dos itens que mais aparecem é a questão das enfermarias, que são apertadas, e a disponibilidade das paredes de oxigênio juntamente das demais estruturas serem falhas no momento do uso.

A infraestrutura física do Serviço de Urgência e Emergência, o sistema dos cuidados com a saúde, deve possuir infraestrutura física dimensionada de acordo com a demanda, complexidade e perfil assistencial da unidade, de forma a garantir a segurança e a continuidade da assistência ao paciente. Para isso recomenda-se uma sala para reanimação e estabilização. Além disso, o serviço deve possuir em suas instalações: sistema de energia elétrica de emergência para os equipamentos de suporte à vida e para os circuitos de iluminação de urgência; sistema de abastecimento de gás medicinal, com ponto de oxigênio e ar medicinal na sala de reanimação e estabilização (BRASIL, 2014).

A RDC nº50 aponta que uma sala de atendimento de emergência deve possuir dois pontos de oxigênio por leito; um ponto a vácuo clínico e um ponto de ar comprimido por leito. Já uma enfermaria sem atendimento de emergência pode possuir um ponto de oxigênio para cada dois leitos ou um ponto por leito isolado; um ponto de vácuo clínico para cada dois leitos e um ponto de ar comprimido para cada dois leitos (BRASIL, 2002b).

A Unidade de Clínica Médica é uma unidade de internação, porém é uma unidade que atende diversos pacientes críticos, segundo os profissionais. Pensando nessa realidade, pode-se reconsiderar a estrutura física da unidade de modo a contemplar a segurança dos pacientes que podem evoluir para a emergência de PCR, necessitando de uma estrutura máxima a fim de evitar falhas na reanimação cardiopulmonar e para os cuidados pós-parada, afinal muitas vezes os pacientes ficam em aguardo do leito de UTI, sendo necessário montar um ambiente temporário de cuidados intensivos ou semi intensivos.

Acredita-se que levando em consideração o perfil dos pacientes que a unidade recebe, é necessário investir nas enfermarias como se em todas houvesse atendimento de emergência. Ao adaptar as enfermarias para situação de emergência, aumenta-se os recursos físicos e de

materiais disponíveis. Essa ação colabora para o atendimento tanto do paciente acometido por essa gravidade, como para pacientes que estão internados em leitos próximos, garantindo a segurança de todos. Como já relatado pelos profissionais, muitas vezes o paciente que se encontra próximo daquele em situação de gravidade acaba por sofrer alguma ação que pode colocá-lo em risco, devido à falta de espaço ou pela falta de recurso material disponível para o leito onde está instalado o paciente em situação emergencial, além de deixar o paciente grave em situação vulnerável até que se obtenha total funcionamento da estrutura de onde ele está ocupando.

Muitos pacientes possuem medicações inalatórias prescritas, ou são oxigeniodespendentes, necessitando do uso de oxigênio e/ou ar comprimido com mais frequência ou até mesmo permanente. Como esses recursos estão disponíveis em locais sem a característica de emergência, esses recursos são compartilhados, necessitando que um paciente por vez os use. Nem sempre é possível prever quando um paciente evoluirá para uma PCR para então conseguir organizar a logística da enfermaria para que o paciente em situação de emergência possa dispor do recurso disponível no momento em que ele realmente não está em uso.

Quando os recursos estão disponíveis em número suficiente não há riscos de comprometer a assistência prestada tanto a de quem está em situação de emergência como a de quem não está. Permitindo, assim, o acesso aos recursos a todos os pacientes que se encontram em regime de internação, ação essa que vem até mesmo ao encontro dos princípios da Universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como essa situação de emergência torna-se cada vez mais frequente na Unidade, é necessário adaptar o ambiente as atuais necessidades dos pacientes que utilizam esse serviço. A redução do número de pacientes por enfermaria é uma sugestão que visa colaborar com a disponibilidade de espaço e permite uma melhor movimentação em casos de emergência, sendo esse talvez a forma mais simples de transformar o ambiente. Criar uma sala de emergência e transformar as saídas de forma a passar uma cama em casos que se precisa agilidade talvez seja mais dificultoso e demande mais recursos financeiros além de toda uma avaliação na estrutura do prédio.

Quando os profissionais foram questionados sobre como classificavam os recursos materiais disponíveis para atendimento de uma PCR na unidade de trabalho, e se acreditavam que existiam materiais que poderiam ser utilizados em uma PCR e que não estivessem disponíveis para trabalho na unidade, obteve-se como respostas:

“Eu acho que material tinha que ser mais apropriado, a manutenção tinha que estar em dia, porque as vezes a gente vai ver e as coisas aparentemente estão funcionando aí na hora que precisa funcionar não funcionam” TE1

“De materiais eu acho que o hospital tem tudo, mas é mal organizado. Porque o nosso hospital é um dos que mais recebe materiais modernos, se a gente comparar com o outro hospital que tem na cidade (...), no entanto a gente vê que o nosso carrinho de parada é antigo, que não tem um lugar certo pra tudo, que o desfibrilador é antigo (...)” TE9

“Eu acredito que ter tem, mas não tem aqui na unidade suficiente para o número de pacientes” TE12

“É razoável na qualidade... falta o.... respirador. Tem que estar correndo e daí quando tu vais correr, tu pedes material na UTI, daí daqui a pouco não tem a traqueia, tem que correr na... em outro setor, nunca tem o material completo no lugar que tu vais buscar” TE13

“Não vou te dizer que é 100%, como eu te disse né, tem algumas falhas, mas é 70%, 80% (...) a função do monitor como eu te disse, também não estava funcionando, entendeu, aí a gente tem uma paciente intubada e com o oxímetro no dedo porque nenhum monitor funcionava, é esse tipo de coisa” TE14

“Na realidade até tem os materiais né, mas muitas vezes, por exemplo, tu tens que monitorizar um paciente, tem um monitor funcionando e 3 estragados... é uma unidade que precisa muito ter essa disponibilidade maior de materiais (...) porque a demanda é muito grande né, os pacientes daqui geralmente a evolução não é boa né, são mais críticos.” TE17

“Ah, de qualidade péssimo (...) Agora chegou o desfibrilador! E as vezes, o que eu percebi, que o próprio médico, ele não conhece nem o ritmo de parada, e o DEA, no caso aqui, ele é bem didático. Então você coloca, é... Programa e ele já diz qual é o ritmo. Se é ritmo chocado ou se não é. Então já facilita para eles que não tem essa pratica, essa vivência.” TE24

“Eu acho que teria que ter.... se tem o ventilador mecânico, tem que ter todos os dispositivos para conectar ele. Tem que ter traqueia, tem que ter os... “Ts” que faltam... a gente tem... está direto faltando... as vezes falta bomba de infusão quando tu tens que botar... já vi faltar equipo fotossensível quando a gente tem que botar na noradrenalina, então acho que falta, muitas vezes falta” TE25

“Eu acho que dos recursos materiais, no atendimento a parada mesmo, no atendimento a parada você tem a parte de suporte ventilatório, você não vai colocar o ventilador na hora da parada, vai colocar depois. Então se você... aqui tem tubo... então dá para colocar o tubo... tem o a bolsa-válvula-máscara, dá para ofertar, tem as medicações que são necessárias para a parada, então acho que de material está suficiente, agora para pós parada é que eu acho que falta (...) Acho que o capinógrafo seria um preditor” ENF1

“Para mim são bons só que não é 100%. Tipo na maioria das vezes que o paciente tem a parada a gente precisa do respirador. Aí na hora que precisa do respirador, daí lá a gente tem que sair correndo para procurar, traz o do SPA e nem sempre o do SPA funciona, daí corre pra UTI, daí nisso a gente perde de 10 a 20 minutos procurando um respirador enquanto fica outra pessoa lá ambulando, isso quando é rápido né de 10 a 20, porque chega... já chegou a ser quase 40 minutos da gente esperando um respirador chegar. Eu acho que a gente deveria ter um nosso próprio.” ENF2

Quanto aos materiais e equipamentos o Serviço de Urgência e Emergência, como estrutura para os cuidados de saúde, deve ter disponibilidade de: estetoscópio, esfigmomanômetro, espelho laríngeo; ventilador manual e reservatório; desfibrilador; marca-passo externo; monitor cardíaco; oxímetro de pulso; eletrocardiógrafo; equipamentos para aferição de glicemia capilar; aspiradores; bombas de infusão com bateria e equipo universal; cilindro de oxigênio portátil e rede canalizada de gases, definido de acordo com o porte da unidade; cama hospitalar com rodas e grades laterais (BRASIL, 2014).

Ventilador mecânico; máscaras, sondas, drenos, cânulas, pinças e cateteres para diferentes usos; laringoscópio; material para traqueostomia; equipos macro e micro gotas; material para pequena cirurgia; prancha curta para massagem cardíaca; equipamentos necessários para reanimação cardiorrespiratória; medicamentos para assistência em urgências e emergências também são equipamentos necessários para o Serviço de Urgência e Emergência (BRASIL, 2014).

A padronização dos carros de emergência objetiva homogeneizar o conteúdo e quantidade de material dos carrinhos, retirando o desnecessário e acrescentando o indispensável de forma a agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício. Baseado no *The Code Cart Statement, AHA Scientific Statement*, o conteúdo dos carros foi dividido em níveis de prioridade: *Nível I* - itens essenciais, que devem estar disponíveis imediatamente; *Nível II* - itens altamente recomendados, que devem estar disponíveis, no máximo, em 15 minutos. Por esse protocolo o carro de emergência deve ser dividido em quatro prioridades: prioridade dos itens para avaliação diagnóstica, para controle das vias aéreas, para acesso vascular e controle circulatório e dos medicamentos para emergências (AHA, 2006; GOMES et al, 2003).

Assim, na prioridade dos itens para avaliação diagnóstica encontramos os itens que são considerados de Nível 1, que são: monitor/desfibrilador com marca-passo externo, com monitorização nas pás, com no mínimo três derivações e onda bifásica; material de proteção (luvas, máscaras e óculos), oxímetro de pulso, eletrodos e gel condutor. Os itens de Nível 2 são: dextro e os Nível 3 são: o gerador de marca-passo (GOMES et al, 2003; AHA, 2006).

Na prioridade dos itens para controle das vias aéreas, os itens que compõem o Nível 1 são: cânula orofaríngea de números 3 e 4; bolsa valva-máscara com reservatório de oxigênio; tubo endotraqueal (6,0 a 9,0); cânula para traqueostomia (6,0 a 9,0); Laringoscópio com lâmina curva número 3 e 4; máscara de oxigênio com reservatório; cânula nasal tipo óculos; umidificador; nebulizador; extensão para nebulizador; extensão para oxigênio; cânula de aspiração flexível. No Nível 2 estão às sondas nasogástricas de números 16 e 18 (GOMES et a, 2003; AHA 2006)

Para acesso vascular e controle circulatório, a prioridade envolve materiais de somente Nível 1, que são: jelco nº 14, 16, 18 e 20,22; torneirinhas; agulha de intracath (para tamponamento e pneumotórax hipertensivo); Soro Fisiológico (SF) a 0,9% (1000ml); Ringer Lactato (RL) (1000ml), Soro Glicosado (SG) a 5% (500ml); equipo macro gotas; seringa de 3ml, 5ml, 10ml e 20ml; agulhas, frasco a vácuo; gases e micropore (GOMES et al, 2003; AHA 2006).

Já para os Medicamentos para Emergências que compreendem os medicamentos de Nível 1 tem-se: água destilada de 10 ml e de 250 ml; água destilada 500 ml (para nitroglicerina); aspirina 300 mg; atropina 1 mg; adrenalina 1 mg; amiodarona; lidocaína; adenosina; B-bloqueador; nitroglicerina; nitroprussiato; cloreto de cálcio; gluconato de cálcio; sulfato de magnésio; procainamida; bicarbonato de sódio; glicose 50%; furosemida; broncodilatador. As medicações que estão no Nível 2 são: aminofilina; diazepam; midazolam/fentanila (sedação em geral); morfina; dobutamina; dopamina e norepinefrina. As medicações de Nível 3 são: naloxone; diltiazem; verapamil; manitol e isoprotereno (GOMES et al, 2003; AHA, 2006)

Os materiais existentes no carro de parada seguem uma organização. De acordo com o ACLS na parte superior do carro ficam presentes os materiais: monitor-desfibrilador que tenha capacidade de atuar como marca-passo transcutâneo, cabo e eletrodo de ECG, gel condutor ou pás adesivas, descartes para perfuro cortante, caixa com dispositivo para vias aéreas e caixa de medicação. Esses dois últimos itens podem ser armazenados em gavetas, conforme a disponibilidade do carro. Na lateral do carro ficam armazenados equipamentos portáteis de aspiração, dispositivos de oferta de oxigênio e bolsa-válvula-máscara. Pode estar presente também sonda de aspiração, torpedo de oxigênio com fluxômetro (AEHLERT, 2013).

Na parte de trás do carro fica a prancha rígida. Na primeira gaveta ficam os medicamentos de emergência. Na terceira gaveta os dispositivos de via aérea, como lâminas retas e curvas do laringoscópio, pilhas, fio guia, diversos tubos traqueais, fixação de tubo traqueal, esparadrapo, cateteres rígidos e flexíveis para aspiração, cânula nasal, máscaras faciais, abaixadores de língua, lubrificante hidrossolúvel, cânula de traqueostomia (tamanhos voltados) (AEHLERT, 2013).

Na quarta gaveta ficam dispositivos para medicação endovenosa e para coleta de sangue, como cateteres endovenosos diversos, seringas de vários tamanhos, garrote, esparadrapo, soro fisiológico injetável, água estéril, seringa heparinizada, fios de suturas, gaze, agulhas e conectores, fluidos de administração endovenosa (soro fisiológico, ringer lactato, glicose a 5%), conectores triplos (torneirinhas). Na quinta gaveta ficam materiais diversos como sonda nasogástrica, dreno torácico, manguitos de pressão arterial, luvas estéreis e não estéreis, talas e

gel lubrificante. Na última gaveta ficam alguns kits para procedimentos como kit para acesso venoso central, para gasometria, bandeja para drenagem torácica e kit de traqueostomia (AEHLERT, 2013).

No que se refere a responsabilidade técnica pela montagem, conferência e reposição de materiais do carro de emergência, esta é uma atribuição específica do enfermeiro. No entanto, todos os membros da equipe de Enfermagem podem realizar a conferência, reposição e limpeza de tal equipamento, desde que sob a supervisão do Enfermeiro. Ressalta-se que a capacitação da equipe de Enfermagem para atuar nas urgências e emergências e o conhecimento do conteúdo do carro de emergência é fundamental para garantir a qualidade da assistência prestada nessas situações (COREN SP, 2013).

Embora a recomendação seja de que o enfermeiro fique como responsável pela reposição, organização e reposição do carro de emergência é recomendado que os médicos, os técnicos e auxiliares de enfermagem conheçam o conteúdo e a disposição dos materiais e medicamentos, pois nem sempre o funcionário destinado ao carro de emergência estará no momento da PCR. Toda equipe envolvida para o atendimento a PCR deve ser treinada para o atendimento e para a utilização do carro durante as manobras vitais. A reciclagem e treinamento devem ser mais frequentes, quanto mais raro for o uso do carro (ALEIXO, 2007; SOLAS, POL, 2006).

Referente a equipamentos ou instrumentos, os serviços de urgência e emergência deve manter instruções escritas, de uso e manutenção as quais podem ser substituídas ou complementadas pelos manuais do fabricante; assegurar o estado de integridade do equipamento; registrar a realização das manutenções preventivas e corretivas. Os medicamentos, materiais, equipamentos e instrumentos utilizados, nacionais e importados devem ser regularizados de acordo com a normativa nacional vigente (BRASIL, 2014).

A manutenção frequente dos equipamentos já disponíveis e/ou a aquisição de novos materiais com vistas a substituição dos equipamentos com maior tempo de vida útil e que possuam maior necessidade de reparos nos últimos momentos são sugestões que visam a redução dos problemas no que dizem respeito a estrutura dos recursos materiais, evitando assim que os problemas sejam detectados no momento de maior necessidade.

Por fim, quando foram interrogados sobre como classificavam os recursos humanos disponíveis na unidade para atendimento a uma PCR. A maioria dos participantes acredita que em número os recursos humanos estão suficientes, mas na qualidade acreditam que há a necessidade de aperfeiçoar as habilidades e os conhecimentos. Acreditam que se faz necessário

que os profissionais recebam mais treinamentos a fim de melhorar a assistência, em vista que muitos profissionais ainda possuem dificuldades baseadas nas suas ações.

“Acho que o pessoal pega junto, mas acho que ainda falta um pouco de habilidades. A maioria do pessoal é novo. Eu acho que falta um pouco de treinamento.” TE4

“Ah tem bastante pessoal para revezar, para fazer massagem. Acho que são suficientes. Claro acho que se tivesse um médico aqui sempre seria melhor né, até o médico chegar né aqui já perde tempo né” TE6

“Eu acho que todo mundo tem condições de atender bem uma parada e eu acho que... cabe um pouco o interesse das pessoas. Porque eu acho que a pratica, a gente adquirir é executando e fazendo assim, então eu acho que as pessoas vão um pouco despreparadas e um pouco sem... sem ter à vontade sabe assim, de ir... de participar, de aprender (...) eu acho que é isso que falta, um pouco de interesse em participar, de qualificar e de querer aprender um pouco.” TE10

“Acho que às vezes tem pouco funcionário. Os residentes não ficam aqui, tu tens que estar chamando, as vezes demoram para vir, e até eles virem, né... outro dia mesmo o residente da Médica estava com a UTI, então fica complicado, né?” TE21

“A quantidade está boa, porém a equipe ainda está despreparada (...) Não tinham o preparo adequado. Então... checar pulso... checar pulso no local que não é correto. Pelo ACLS checar pulso tem que chegar no pulso carotídeo, eles puxavam... é... checavam periférico e femoral. Isso do médico, ao técnico, ao enfermeiro. Todo mundo checando da mesma forma. Colega injetando adrenalina e não fazendo *flush*. Então como é que a medicação vai chegar? (...) aí eu vi muitos, assim, consecutivos erros, e a equipe passando despercebida. Então mostrou que a equipe em si estava totalmente despreparada.” TE24

“Falta muita capacitação, muita... atualização e não de teoria, porque de teoria, pega o *Guideline American Heart*, a gente pega a teoria, só que a gente tem que pegar é a prática, tipo treinamento prático com a equipe” ENF2

“Eu acho que os recursos humanos são... bons. Só que a gente precisa estabelecer prioridade. Fazer um treinamento para que quando tenha uma parada cada um saiba o que fazer” ENF3

“Bom... classificar os recursos também classifico como regular. Porque a gente tem funcionários que mudam muito, então tem bastante rotatividade e a maioria se tu pegar um ali, eles não sabem, nunca viram um carrinho. Maioria é novo ali, isso dificulta bastante na parada. E os residentes também... dificulta muito porque eles não sabem manejar essa parada, não sabem o que a gente tem de carrinho e eles não sabem usar também (...) Eu acho que tem que ter treinamento para eles por que tem quantidade, mas não tem qualidade né” ENF5

“...Recurso humanos tem bastante, porque assim são oito técnicos e numa parada não precisa de tudo isso né, quatro, três técnicos já é suficiente com o enfermeiro são quatro pessoas mais o médico é suficiente” ENF7

“Eu não posso generalizar e falar que... são... que é ótimo. Posso falar que é bom. Por que tem umas pessoas que tem mais experiências, experiência em parada, e outra que tem menos” ENF8

“Olha... a parte de recursos humanos a gente não tem um treinamento adequado né, então às vezes assim ó, o que tu sabes é aquilo que tu adquiriste de experiência ou de outros locais de trabalho, ou daqui mesmo né, mais assim um treinamento que a gente tenha ‘ah, vamos ter treinamento agora de parada cardiorrespiratória’ a gente não tem, na verdade a gente não tem” ENF9

Os recursos humanos do Serviço de Urgência e Emergência quanto estrutura dos cuidados com a saúde deve dispor dos seguintes profissionais de saúde: equipe médica em quantidade suficiente para o atendimento durante 24 horas; profissionais especializados de acordo com o perfil de atenção, capacitados para atendimento das urgências e emergências. Deve possuir também um enfermeiro exclusivo da unidade, responsável pela coordenação da assistência de enfermagem e uma equipe de enfermagem em quantidade suficiente para o atendimento durante 24 horas. O Serviço deve promover treinamento e educação permanente em conformidade com as atividades desenvolvidas, a todos os profissionais envolvidos na atenção aos pacientes, mantendo disponíveis os registros de sua realização e da participação destes profissionais (BRASIL, 2014).

A Fundação Interamericana do Coração recomenda que os profissionais de saúde recebam constantes treinamentos que enfoquem o atendimento a um paciente em PCR e preconiza que estes sejam disseminados de maneira uniforme por meio da padronização de procedimentos e técnicas. Esta recomendação salienta que os treinamentos melhoram a qualidade do atendimento da vítima em PCR, uma vez que o mesmo será realizado de maneira mais rápida, organizada e efetiva. Além disso, a Fundação orienta sobre a importância da presença de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento, para que o insucesso da reanimação não seja oriundo da falta de algum desses itens (AHA, 2011).

Ainda em relação à equipe, diretrizes sobre RCP publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia reforçam que os dois princípios fundamentais do trabalho em equipe são liderança e comunicação. O líder deve ser o profissional que centraliza a comunicação entre os membros da equipe e assume a condução do caso, garantindo que todas as tarefas sejam compreendidas e executadas corretamente (GONZALES *et al*, 2013).

A disponibilidade de um bom número de profissionais de enfermagem em unidades hospitalares são exceções diante da realidade vivenciada na maioria das instituições de saúde do país. Em situação de exceção é possível então melhorar a assistência de saúde e qualquer paciente, principalmente àquele em condições de gravidade extrema. Ter um grande número de profissionais para atuar em situação de PCR pode garantir que ao menos o suporte básico seja realizado com qualidade, desde que além do número de pessoas, obviamente esses profissionais também estejam capacitados e atualizados.

Um estudo realizado em quatro enfermarias de clínica médica de um hospital universitário do Rio de Janeiro identificou alguns fatores facilitadores para o atendimento em PCR, entre eles são: o conhecimento técnico das equipes; mudanças estruturais na enfermaria

e a presença do médico na enfermaria na ocorrência da PCR. Também foi possível identificar que a falta de profissionais foi caracterizada como uma das principais interferências negativas enfrentadas durante o atendimento de um paciente em PCR (Sá *et al*, 2012).

A falta de profissionais não é a realidade na Instituição estudada, no entanto o conhecimento técnico, a estrutura da enfermagem e até a mesma a falta de um médico em situação permanente na unidade foram situações indicadas pelos profissionais como questões que fazem a diferença para a melhor assistência. Uma reciclagem frequente talvez seja o meio de conseguir que ao menos o conhecimento teórico e científico dos profissionais seja aperfeiçoado, o que possivelmente irá refletir na sua habilidade prática, afinal não é possível se dissociar um ponto do outro. Trabalhar na qualificação profissional é buscar uma melhor assistência à saúde, pois um profissional com conhecimento sabe como prestar o atendimento.

4.2.2 Protocolo:

Nessa categoria os profissionais foram questionados quanto à organização da equipe para atendimento a PCR. Se havia uma definição de quais profissionais ou de qual ação os profissionais irão desempenhar em caso de PCR, e se caso existisse, como essas definições eram feitas. A maioria dos profissionais relataram que não há definição sobre quais ações os profissionais irão desempenhar em caso de parada, sendo tudo definido no momento, o que na visão deles, é um fator que torna a assistência ainda mais estressante.

“Não. Aqui não tem, aqui a gente vai. Precisa, chama, a gente vai. Não tem “não vou porque não é meu”, não. A gente tem que auxiliar, trazer materiais, sempre está faltando alguma coisa.” AE2

“Olha se há no meu turno da tarde não sei dizer quem é. Eu sei que tem lugares que tem a equipe responsável, pela parada, não sei dizer se o nosso setor já é... eu acredito que não tenha ninguém assim... você, você e você é da parada, caso acontecer vocês vão... é a função de vocês. Eu sei que tem um pessoal, algumas pessoas que quando acontece a parada elas já vão direto porque elas têm mais experiência, tem uma prática maior, agora uma equipe que eu saiba não conheço.” TE7

“Exatamente por essa situação né, por essa pergunta que eu penso que deveria ser mais batido em cima, com mais frequência porque as pessoas que atuam durante uma parada são aquelas que já tiveram um... uma experiência maior, né..., mas elas não foram propriamente definidas” TE8

“... acho que não existe aqui uma definição. Eu já vi tanto enfermeira massageando, enfermeira ambuzando e os técnicos também trabalhando junto nisso (...) eu não vejo divisão de serviço assim, uma função de cada um” TE9

“Não... não há essa definição e eu acho que isso, que é bem importante, primeiramente não precisa dizer botar o pontinho, mas... ou se vê que não vai funcionar, botar: fulano, fulano, fulano sabe-se que tem que ficar, mas eu acho que como todos tem que participar para poder aprender de tudo um pouco na parada eu acho que tinha que ter umas... umas reciclagens para ti ver assim, a definição de onde e quem vai ficar” TE10

“Não! A gente tem... vamos dizer assim um... acordo entre os profissionais sem ser dito. Como posso explicar...? Quem tem mais habilidade na medicação acaba realizando as medicações. Quem... tem mais aptidão física, acaba realizando massagem cardíaca e assim em diante, quem é melhor em punção se tiver que fazer uma punção é quem realiza a punção..., mas é à medida que vai precisando, vai fazendo.” TE11

“Não. É tudo embolado, cada um corre para um lado. Isso dificulta né, porque as vezes tu não sabes o que vai fazer, as vezes tu estás ali para fazer alguma coisa, daí de repente te pedem para fazer outra, e as vezes o que precisa fazer não tem ninguém. Pouquinho desorganizado.” TE13

“Então... é disso aí que eu peço desde o começo... eu acho que as nossas enfermeiras estão muito bem nas paradas, as nossas enfermeiras, são até melhor que os residentes, está um horror assim. Sabe, as gurias são bem atinadas, mas... não é elas que não sabem, é a estrutura que oferece, que deixa ruim entendesse” TE15

“Não, normalmente é assim... um foi lá e viu a tal da parada, paciente parou! Daí ele vem no posto, daí ele já chama, quem está ali vai né... mas normalmente todo mundo vai... todo mundo vai ver qual que é a situação né, se o paciente precisa, porque as vezes é um paciente que está muito no canto tu tem que sair arredando tudo daí claro tu precisa de todo mundo, um pra arredar a cama, outro tem que está atendendo né, mas ai estabiliza e deu vai ficar normalmente o dono do paciente, o técnico que está com ele e os enfermeiros ficam normalmente também, e fica mais uns dois ou três técnicos, dependendo né” TE16

“Isso é estabelecido na hora, depende do enfermeiro que está na hora da parada... aí ele mobiliza todo mundo, coloca cada um para fazer alguma coisa e a gente vai trocando né, porque... se fica só um na massagem, cansa ne, então...a gente vai revezando... aí troca, vai para o carrinho... e assim a gente vai revezando” TE17

“Não tem nada definido, de quem vai participar da parada. Não, a gente acaba, por exemplo, se o paciente é meu, obviamente, né? Se eu estou responsável por aquela enfermaria, né? Obvio que eu estou, vem enfermeiros e tudo e os colegas vão se prontificando de... de auxiliar, de... quer dizer, é uma coisa... instintiva digamos” TE19

“Bom. Vem o médico... uma enfermeira vai junto levando o carrinho, mas na hora que tu começa a... as compressões, começa a ambuzar e gira. Gira porquê... cada um faz compressão um pouco, para fazer medicação, aí de repente o... o enfermeiro vai aspirar, vai fazer a aspiração, então. A gente sabe que o enfermeiro vai te dizer mesmo tu adiantando mais ou menos que tu saibas. Ah tal coisa, aí eu já vou aspirando. Mas ele vai te... entendeu? Ele que vai sempre... manter a equipe né... o médico vem e fica olhando... olha... dá para seguir, não dá.... Não deu.” TE20

“Tipo...Quem vai ficar no carrinho? O que é determinado? Não... talvez esse seja o erro da... da dinâmica, né? Quem vai... a gente sabe que a voz de comando é do médico, mas... eu percebo que... na hora assim, o pessoal que meio se organiza. Mas tem muitos colegas que de repente ou se assusta ou não se sente preparado e as vezes não sabe para onde ir. Eu já acho que daí não cabe mais ao médico e sim para o enfermeiro trazer essa dinâmica: fulano fica com o carrinho e quem revisa o carrinho fica contando os minutos... e vai ter... vai ficar na medicação somente... fulano e fulano vão... revezar a parte da manobra. Eu acho que talvez isso. Isso é meio, meio falho.” TE23

“Aqui? Não. Não tem uma definição, é o que eu acho que deveria ser correto. Já que não tem uma equipe no hospital de parada, para você acionar, pelo menos deveria se fazer uma escala. Se você já soubesse direcionar: tal pessoa fica na medicação, tal pessoa na compressão, e outra reveza na compressão, você aciona o serviço médico

que não vai estar disponível talvez no momento, se você tivesse todas as pessoas com suas atividades delimitadas, acho que isso facilitaria, porque se não dificulta, você chegar e as vezes ficar pedindo um e outro, às vezes as atividades ficam deficientes” ENF1

“Deveria ter, mas não tem. Então quando tem parada e eu estou, eu geralmente fico no carro e vou dando as coordenadas para a equipe por que como eu sou uma das mais antigas, eu sei onde estão as coisas do carro e também já vou coordenando...ó, fulana pega tal lugar, tem o armário, tem isso, então eu já conheço o espaço, mas deveria ter. Não tem, mas deveria ter” ENF5

“Posso dizer também que é predefinido, mas não é totalmente definido, não. Foi uma conversa, sim que a gente teve, uma... duas conversas, que não ficou assim, decidido mesmo não. Tem aquelas pessoas que tem mais habilidade para uma coisa, mais habilidade para outra então a gente meio que se organizou nesse sentido, mas na hora mesmo, sinceramente, vai quem está... vai quem...” ENF8

As atividades de gestão são características da prática da enfermagem, em especial do enfermeiro, desde a institucionalização da profissão, no século XIX. Durante todos esses anos a organização do ambiente terapêutico é parte importante do trabalho da enfermagem, sendo que esteve alicerçado, desde a sua concepção, na divisão técnica e social do trabalho. Mais recentemente, consolidou-se a compreensão de que o papel profissional do enfermeiro está identificado pelas dimensões da assistência na atenção à saúde, educação, pesquisa e gestão, dimensões estas articuladas e que influenciam diretamente na qualidade da assistência (LORENZETTI *et al*, 2014).

A atribuição de organizar consiste na atividade complexa de formatação da estrutura organizacional, envolvendo a definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos de uma determinada instituição, empresa ou organização. Implica dividir o trabalho, as responsabilidades, os níveis de autoridade e o tipo de concepção de gestão a ser adotada. A gestão da assistência de enfermagem aplica estes elementos do processo de organização para a realização da sua missão de assegurar cuidado seguro e de qualidade nas situações de saúde e doença. (LORENZETTI *et al*, 2014).

No âmbito da enfermagem é adotado escolhas de concepção gerencial, de dimensionamento de pessoal, uso de materiais e tecnologias, tipo de divisão do trabalho, estrutura hierárquica e relações de poder. Neste sentido, a dimensão de gestão na enfermagem engloba a organização e gerência de processos assistenciais e administrativos que se constituem no trabalho nuclear do enfermeiro. A responsabilidade dos enfermeiros pela assistência de enfermagem aos usuários em todos os espaços de atenção à saúde exige a aplicação de competências típicas da administração (LORENZETTI *et al*, 2014).

Logo, a organização do ambiente de trabalho quando não definido pela própria instituição cabe ao enfermeiro do setor, através da sua atribuição de líder e gestor dos serviços

de saúde, com vistas a garantir uma assistência de qualidade em qualquer situação que o usuário do sistema de saúde se encontra, seja de gravidade ou não. É por esse profissional que começa toda a organização a ser instituída. Seja por ele criado, ou por ele iniciado.

Em 1992, através de um fórum entre as principais organizações de ressuscitação do mundo, foi criada a *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR - Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação) com a intenção de aprimorar o tema de PCR e propor mundialmente uma padronização para este atendimento. Desde então foram criadas e recomendadas as diretrizes de RCP a partir de um consenso médico-científico sobre as mais apropriadas manobras e técnicas para a ressuscitação. Desde o ano de 2000 estas diretrizes são discutidas e estudadas semestralmente e publicadas em esfera internacional a cada cinco anos, com vistas a aprimorar as chances de sobrevivência das vítimas em PCR, reduzindo a incidência de mortes ocasionadas por esta emergência clínica através do atendimento imediato a estas vítimas, prestando cuidados em regime de excelência. (TIMERMAN *et al.*, 2010).

No entanto o êxito esperado para reverter uma PCR varia conforme as condições clínicas do paciente antes da emergência; as causas que levaram a tal situação, a uniformidade e perfeição das manobras de RCP. A participação de equipes treinadas e a igualdade no desempenho das manobras de RCP são habilidades que estão diretamente relacionadas à atuação do enfermeiro enquanto profissional capacitado para treinar, ensinar e desenvolver ações de planejamento e execução durante o atendimento da PCR (SILVA *et al.*, 2011).

Nos atendimentos de pacientes em PCR, é possível ainda encontrar profissionais de enfermagem com dificuldade em realizar o atendimento básico de urgência, de manusear o carrinho de parada. Muitas vezes as funções não são definidas, o que resulta em um atendimento conflituoso, desorganizado. Com isso há uma diminuição da eficácia do atendimento da RCP. No entanto essa dificuldade não se limita à equipe de enfermagem, mas também é observada em outros membros da área de saúde que por ventura participam do atendimento. É prioridade de todo o profissional de saúde independente de sua especialidade, o atendimento da PCR no ambiente da emergência, e a necessidade de atitudes rápidas e precisas determina a indispensabilidade da atualização contínua segundo as mais novas diretrizes (SILVA *et al.*, 2011; MARKUS, 2013).

Um atendimento com a devida distribuição de funções, de forma organizada, é uma forma de aperfeiçoar o atendimento a PCR. O trabalho em equipe deve ser coordenado, com livre comunicação entre os membros para a que realmente ocorra à eficiência do atendimento. O enfermeiro é um elemento fundamental no atendimento da PCR, no entanto é essencial a sua capacitação, o seu treinamento, e que esteja sempre atualizado para dar um atendimento de

qualidade. A confiança e a segurança do enfermeiro são possíveis pela formação continuada, e o entrosamento entre a equipe multidisciplinar. Uma boa comunicação entre as partes também promove um atendimento eficaz ao paciente (SANTANA, LOPES E QUEIROZ, 2014).

Um estudo realizado em Florianópolis identificou as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de enfermagem durante o atendimento em PCR, dentre elas se destacou a dificuldade de atuar em equipe de forma organizada seguindo as diretrizes de RCP. De acordo com as bibliografias encontradas e com outros estudos semelhantes já realizados em outras localidades do país, como o estudo de Florianópolis realizado por Markus (2013) e um estudo realizado em São Paulo por Filho *et al* (2015) é possível observar que a realidade apontada nesta pesquisa é semelhante as realidades de outros locais do país.

Há uma necessidade na organização do atendimento, no entanto não se compreende o porquê de as equipes não desenvolverem entre si uma padronização própria. Já é sabido que o enfermeiro tem a competência legal de educar e treinar os membros de sua equipe, e que a organização de trabalho parte de sua liderança.

Sugere-se então que mesmo não sendo desenvolvido um protocolo padrão institucional, é possível que cada enfermeiro adapte dentro da realidade de sua equipe e das necessidades da unidade, um protocolo de referência para seus membros.

Ao passo que um modelo é adotado por uma determinada equipe, a cada situação de PCR os passos e definições podem e devem ser discutidos com vistas a aperfeiçoar a sincronização da equipe, atingindo assim um padrão de excelência no atendimento, podendo ser revisto e readaptado sempre que a equipe sentir necessidade. Não há uma necessidade de esperar uma padronização institucional se por hora a equipe necessita de imediato uma forma de melhorar a sua assistência. Lembrando que o protocolo de suporte básico de vida já é protocolado pela AHA e atualizado a cada 5 anos, tendo a sua última versão lançada no ano de 2015. O que cabe adaptação é a logística dentro da Unidade.

Logo, embora a falta de uma organização prévia para o atendimento a PCR seja uma realidade em comum a outros lugares do país, deve-se recordar aos enfermeiros as suas atribuições em busca de melhorar o serviço; incentivando-os quanto a sua função de líder e de gestor, assim como deve-se incentivar aos demais membros da equipe também na busca de melhoria. Afinal é papel de todo profissional de enfermagem zelar pelo seu ambiente de trabalho e segurança do paciente.

É necessário pensar em formas de organização do trabalho em que compartilhar seja o objetivo, em que a divisão parcelar do trabalho seja substituída por um modelo de organização

que articule os profissionais de enfermagem, valorizando o saber e o fazer de cada profissional membro da equipe (LORENZETTI *et al*, 2014).

4.2.3 Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida

Nesta categoria os profissionais foram questionados se realizavam atendimento de suporte básico de vida e como suas atividades eram realizadas. Foram questionados sobre os detalhes de suas atuações ou de seu conhecimento teórico nos casos que relataram não desempenhar.

De acordo com as respostas é possível notar que os profissionais não sabem definir sua atuação no suporte básico e avançado de vida. Os enfermeiros são os que melhor se aproximam do que é preconizado pela *guideline* da AHA, referência no ensino e aprendizagem quanto a PCR e RCP, no entanto os enfermeiros não representam a maioria dos participantes do estudo. Há quem não sabia relatar como atua, há quem relata a sua atuação sem relação com o protocolo e há quem relate a sua atuação trocando a forma de atuação nos casos de pacientes com via aérea avançada dos pacientes sem via aérea avançada.

“A gente faz 30 por 1 né... eu acho. Está certo? É o que eu penso, é o que eu faço. O tempo não sei porque a gente troca, vai trocando... (...) as vezes a gente chega e ambuza, não tem uma frequência assim, é que aqui o pessoal vai cansando e vai trocando, tem bastante estagiário, colega vai lá e troca. Com o tubo a gente também faz, as vezes faz ne, o paciente está no tubo, mas está ambuzando igual. Quando está sem tubo está ambuzando igual, exceto se está no respirador que não precisa ambuzar.” AE1

“Não atuo nas compressões. Na ventilação realizo como me ensinaram, contar no relógio, quantas vezes ambuza... essas coisas assim. Tu ambuza e eles fazem medicação, aí... eles mandam mais 5 minutos, mais 10 minutos aí vai... escutando, atendendo as ordens. Que tem alguém que está ambuzando e tu vai recebendo as ordens dos outros.” AE2

“Nunca atuei” TE1

“Sim. Abaixo do externo, não pode dobrar os braços, com os braços estendidos e 30... aí depende do número de pessoas que tão ali porque vai modificando (...)Tem que baixar... mais ou menos uns 3 cm tem que baixar, tem que baixar, não é... se não baixar... Porque tem um osso aqui assim e o coração fica abaixo de tudo, tu tens... a tua compressão tem que chegar ali no coração (...)E o tempo e o ciclo dependem de cada pessoa né, depende de... se tu estás olhando no cardioversor, tu estás vendo que está caindo, tu já não estás mais, tu já estás cansada então troca (...)A ventilação tem que fazer o mesmo movimento com esforço do pulmão, tu fecha a mãozinha e abre, conforme a tua respiração. A medicação é conforme eles vão pedindo ali eu vou pegando no carrinho e o uso é conforme a orientação de cada um... não é eu, é eles que dizem” TE2

“Eu realizo, no esterno no meio, a frequência. 30 pra 2. Depende se está com tubo ou sem tubo. Com tubo é 100, 110, alguma coisa assim por minuto. A profundidade acho q é uns 5 cm, não dá pra mensurar profundidade na pratica ne (risos), mas na pratica a gente tenta que seja esses 5, 6 cm.... não sei (risos) ... 2 ventilações a cada 30

massagens, depois que já está com o tubo... daí vai fazendo junto com a massagem... na medicação já atuei, eu não gosto para te dizer a verdade, não gosto muito, mas já atuei. Não gosto porque tem muita medicação. Eu acho muita responsabilidade, tem medicações que tu tens que saber se tu podes fazer, se.... qual o efeito que vai dar, se pode fazer, diluição, essas coisas. Então eu prefiro não ficar, mas eles usam medicação EV. Adrenalina, é pura... se tiver sedação é midazolam depende do residente, usa puro ou usa diluído. 3 em 12, de 5 mg, geralmente o que eles usam é isso aí. Sempre eles usam essas. Atuo administrando” TE3

“Compressões ainda não atuei aqui na unidade. Na ventilação quando não está intubado, 30 massagens para 2 ventilações e intubado segue sempre ventilando até conseguir um respirador. Na medicação não atuei ainda. ” TE4

“As compressões a gente faz. Não vou saber te dizer assim, mas eu faço os ciclos normais, alguém fica contando lá e a gente faz né... o outro ambuza, tu faz tantos que na hora não consigo contar, faz o ciclo ali normal como é, das compressões, duas ventilações, continua... E profundidade 5 cm mais ou menos né que precisa para ser efetivo. A localização na altura... não vou saber te dizer, só te mostrar e não vai aparecer aí (gargalhada) mas é entre... perto dos mamilos né, mais ou menos na altura ali. Na ventilação não, dificilmente eu chego lá, também não, não gosto de ficar. Prefiro fica na massagem até posso diluir alguma coisa se pedirem, para ficar ali no carro, mas não para administrar ali, mas usam a adrenalina né, “bica” geralmente eles pedem também. A adrenalina tu faz, daí tem que fazer um *push* né de soro ou de água para empurrar no caso a medicação, daí pelo menos um tempo... eu sou muito da ação, não sou de controlar o tempo... eu sei que depois de um tempo faz outra adrenalina, mas... Na teoria eu não sou muito, conheço assim, mas não consigo falar muito certo” TE5

“Nunca atuei” TE6

“Nesta última que eu participei eu pude..., mas não com compressões, né..., mas de uma outra forma, com punção venosa. Não atuei em ventilação e não foi feita administração de medicamento naquele dia comigo. As medicações de rotina eu realmente não sei. ” TE8

“Poucas vezes eu fiquei nas compressões torácicas, mas eu realizo no terço médio do esterno, a profundidade agora se não me engano é até 5 cm, tem uma diferença se homem ou se mulher, mas não estou me lembrando, é difícil de a gente calcular exatamente né, até porque no início das compressões tu consegue avançar um pouco mais, quando chega no final delas tu também já estás perdendo a tua força. Numa parada que ainda não está com a via aerea, não está intubada, não está com a via aérea... aberta totalmente, é 30 compressões pra 2 ambuzadas, depois de estar intubada é 100 compressões em 1 minuto e se ambuza em torno de 10... é 10... é de 10 a 15 ventilações dentro de um minuto. De medicação a adrenalina... aqui na unidade é a adrenalina, o “pushzinho” de soro fisiológico... e... se caso... hã... está muito difícil a intubação que eles usam o midazolam para sedar um pouquinho, mas nos casos que peguei de intubação em parada não foi usada ‘mida’. A Adrenalina é pura e o soro fisiológico é puro, e o midazolam ele tem uma diluição padrão que geralmente são os que os médicos usam é que são 3 ml de ‘mida’ pra 12 de água destilada que dá 15 ml, daí a gente vai fazendo eles fracionando, conforme o médico diz: 2 ml, 3 ml... e faz um pushzinho de soro fisiológico. Na última eu estava administrando, direto ali no extensor e... como eu estava com o relógio, então eu mesmo controlava ali que foi uma das coisas que a gente pediu pra enfermeira, que tivesse um relógio em cada enfermaria pra que a gente pudesse controlar o tempo, mas... como isso não é possível e também não é todo profissional que usa relógio no pulso porque também não pode, naquele momento eu estava mesmo não podendo... mas ficou melhor até ter o relógio no pulso porque tu está de luva ali o tempo inteiro, que tu está lidando no acesso, ai tu consegue controlar o tempo.” TE9

“... nas compressões eu já atuei. Realizo entre os dois mamilos. A profundidade... nós tivemos o curso, já não lembro mais, mas é... 5 cm? Eu não lembro agora, não lembro. A frequência é 30 para dois, o tempo e o ciclo a gente vai revezando, eu como sou gordinha faço uns 2 ciclos e já... tem que pedir para trocar, mas o ciclo o doutor que determina né, se vai massagear, se vai usar desfibrilador. Quanto tempo ele vai usar adrenalina. A Adrenalina mesmo eu não sei quanto tempo é, quantos minutos tem que contar” TE13

“Eu me localizo na parte do peito, assim do paciente e faço as compressões, aqui no caso a gente não tem o quanto para isso, ali tu ficas continuamente, aí o médico que está ali que diz não para e vamos avaliar, ou dependente da medicação né, vamos ver se tem pulso aí para e massageia, aí ambuza, é que aqui é direto, não tem esse negócio de padrão né, que são trinta pra duas né, aqui não tem, aqui é contínuo. Também já atuei, por isso que te digo que eu tenho essa dificuldade porque eu não conheço as medicações, não sei as diluições, então eu estou aprendendo tipo na marra, tipo as gurias dizem: “colega... dilui tal coisa aí”, ah é então eu vou lá pego e faço entendeu, eu meto meus peito e faço, se eu não sei eu digo não sei me diz qual que é, ou então eu pego e se estou na dúvida eu mostro é essa aqui mesmo, entendesse e prefiro mil vezes dizer que eu não sei, que eu não estou acostumada, que eu não tenho aquela rotina ali, do que eu fazer alguma coisa errada. Eu preparo, e administrar eu nunca administrei. E quem controla o tempo, a maioria das vezes são os médicos, é que eles que vão pedindo.” TE14

“Nas compressões não. É a medicina. Na ventilação já fiz, mas não é nós! Também... é tudo a medicina ali. Nas medicações eu atuo, as medicações de rotina são a adrenalina... a... não vou saber dizer, a adrenalina depende do médico, é como ele pede. A gente prepara, a administração geralmente é quem está ali no rolo, a gente fica mais é por fora. Geralmente é a enfermeira que está ali.” TE15

“A gente faz trinta para dois aqui, alguns residentes, às vezes, eles solicitam outras coisas, daí isso que não tem uma certa sincronia, porque antigamente acho que era quinze para dois, e aí alguns ainda seguem isso e os outros trinta para dois. E eles solicitam que quando está intubado que não necessita... não necessita fazer a ventilação, que são trinta massagens para duas ventilações. E aí algumas coisas eu fico meio assim na dúvida, acho que tinha que ter uma capacitação geral para todo mundo e que fosse uniforme isto.” TE18

“Atuo. Tempo e ciclo? Se for por exemplo uma compressão, no suporte básico de vida, que vai ser o inicial que não tem nem o tubo, nem administração de medicamentos, vai ser 30 compressões para 2 ventilações. Se você já tem um tubo, você não para as compressões. Você vai fazer as compressões de 100 a 120 minutos, no mínimo 100, no máximo 120 compressões. É... você vai... você tem que esperar o retorno do tórax, tá? Você comprime de 5 até no máximo 6 cm... comprime no terço inferior do esterno (...) na ventilação atuo, a frequência? É... 1 ventilação a cada 6 segundos, que dá 10 respirações por minuto.” ENF1

“Eu faço compressão só que eu não aguento mais que dois ciclos... A que eu fiz, a gente estava fazendo o paciente ainda não estava intubado, a gente fez 30 por 2, que aí foi feita também a adrenalina tudo juntinho, eu só fiz um ciclo, eu peguei aquela... a escadinha pra não ficar com o braço não fletido né... foi justamente nesse dia que senti que eu não aguento mais que dois ciclos, e foi a hora que eu fui pro ambú, depois que o paciente foi intubado eu fiquei só mesmo na ventilação... Na ventilação? Do paciente que não está intubado são 2 ventilações né no ciclo de 30 compressões. 30 compressões e duas ventilações, se ele tiver intubado é de 100, que agora vai até 120 né compressões, e agora vai de 6 a 8 ventilações né... que era de 8 a 10 se não me engano, agora é de 6 a 8 no protocolo novo” ENF2

“Sim. Ah... é... a teoria é muito bonita né. 3 a 5 cm... se não me engano, na linha... mamilar aqui... e as compressões eu acho que é 100 por minuto, não lembro mais... eu acho que é 100 por minuto (...). Atuo. É... 12. 12 respirações, 12 ambuzadas por

minuto mais ou menos, porque não tem como... muitas vezes... quando o paciente está em parada e tu estás fazendo as compressões muitas vezes para os ciclos para verificar pulso..., mas é mais ou menos 12 por minuto pelo que me lembro, por isso que te digo que eu preciso estudar bastante (risos)” ENF3

“Eu fico sim nas compressões torácicas. Se o paciente não tiver em ventilação, se ele tiver com ventilação não invasiva vai ficar 30 para 2. Se eu já detectei a parada, eu tenho que colocar o paciente em posição horizontal, tenho que colocar prancha que a gente chama por baixo do paciente, tenho que ver se não tem nenhum adorno ou roupa que irá prejudicar durante a compressão e o mais rápido possível iniciar a compressão antes da ventilação. Então... iniciarei a compressão torácica, é... tenho retorno total do tórax e tendo... no mínimo entre 5 a cada compressão e vou utilizar a região mamilar que é a região média do esterno. É isso que eu vou fazer... vou colocar uma mão sob a outra, não vou dobrar os cotovelos e vou ter que ficar... vou... como eu não sou tão alta, eu pego a escadinha coloco próximo o leito e fico sob o paciente para que eu consiga com o peso do meu corpo comprimir de uma maneira correta esperando o retorno total do tórax. A cada ciclo, a cada 2 minutos eu vou trocar, de posição com outro, é... outro profissional... eu vou fazer 30 e quem está no ambú vai fazer 2 vezes, agora se o paciente tiver intubado então eu vou fazer no mínimo 100 compressões. De 100 a 120, e ele vai fazer de 6 a 8 vezes, vai ambuzar por minuto.” ENF4

“Não atuo... Não lembro se eu sei falar a localização. Já faz tempo que eu parei de estudar (risos), aí, deixa eu ver.... ah nem sei explicar mais, já faz tanto tempo que eu parei de estudar que eu já não sei responder essa questão. Só na prática mesmo (...) a ventilação depende de cada residente. Alguns solicitam para a gente fazer 30 por 2, depende também se já está intubado né? Aí é conforme o desenvolver da parada, conforme o residente pede” ENF5

“Dois dedos acima do apêndice xifoide. O problema da compressão torácica é que quase ninguém tem o ritmo correto, nem eu mesmo (...) são 30 para 2 né... quando não está, como é que é... em via aérea avançada, quando está em via aérea avançada são 100 compressões e ambuza, e ambuza de 6 a 8 segundos. O ciclo... aí... Cinco ciclos, durante cinco ciclos, geralmente é uns vinte e cinco minutos se eu não me engano... por aí. Mas aí depende muito sabe... tem médico que investe mais, mas de acordo mesmo com o protocolo se não me engano é isso aí. Tem médico que investe mais, tem médico que investe menos, depende do paciente. (...) A ventilação... pois é são 2 né, dura 30 para 2 como eu te falei né. O tempo da ventilação geralmente a gente conta 10 segundos para não hiperventilar o paciente, aí quando é via aérea avançada de seis a oito segundos, como te disse.” ENF6

“Quando está intubado... tu vais, aí depende por que geralmente quando tu faz contínuo não tem assim tu faz uma quantidade de compressão, tu faz contínuo até o médico pedir: ahh vamos ver se tem pulso, dá uma paradinha. Aí tu para, vê se tem pulso se não tem tu continua, então é praticamente contínuo quando está intubado mesmo até desistir ou reverter a parada... () A frequência da ventilação se tá intubado é contínuo também né, se não tá é aquela frequência 30 massagens e 2 ventilação, duas ventilação sempre nos intervalos, quando está intubado é contínuo e vai massageando... a ventilação eu vou mais ou menos conforme respiração tu não pode ela muito rápido né, porque tu vai hiperventilar o paciente e nem muito devagar então geralmente tu vai conforme a tua respiração mais ou menos e como eu costumo fazer pra não hiperventilar né.” ENF7

“Sim, atuo na compressão, a localização mais ou menos no esterno né, mais para o lado um pouquinho que a gente realiza as compressões. 100 por minuto... acho que é isso (...) A profundidade.... Aí não... cinco centímetros, não sei. O tempo e o ciclo. Normalmente trinta para dois. Aí se já está, se já está... normalmente a gente faz trinta, trinta para dois, trinta compressões para dois ambú, normalmente é o que eles... é o que eles pedem, normalmente (...) não quando a gente chega e o paciente está sem o ambú, que daí tu chega e o paciente está sem o ambú, daí tu vai fazer 100 compressões

e aí não tem o tempo do ambú né, aí quando o médico chega e ele intuba tu faz 30 para 2. Acho que é isso.” ENF9

A AHA (2015) traz um algoritmo protocolar como cadeia de sobrevivência no ambiente Intra Hospitalar. O seguinte protocolo de RCP de alta qualidade com foco no profissional de saúde segue os seguintes tópicos: Vigilância e prevenção de uma PCR, onde os pacientes dependem de um sistema de vigilância adequado com a finalidade de prevenir a PCR. Na sequência do protocolo tem-se o reconhecimento de uma PCR através das avaliações de responsividade, de respiração e de pulso central. Na ausência de responsividade, de pulso e de respiração então se segue ao terceiro elo da cadeia de sobrevivência que dita em acionar o serviço médico de emergência e início das manobras de RCP imediatamente através da Sequência de Atendimento C – A – B; sendo **C**: Compressões torácicas de alta qualidade; **A**: Vias aéreas – abrir vias aéreas e **B**: Boa ventilação – garantir via aérea avançada. Na sequência ainda é necessária a rápida desfibrilação; obter o suporte avançado de vida e cuidados pós PCR.

No suporte básico de vida, a RCP de alta qualidade nada mais é do que a manutenção da compressão do tórax com frequência e profundidade adequada; permitir o retorno total do tórax após cada compressão; evitar ventilação excessiva e minimizar interrupções nas compressões. Relação compressão x ventilação no caso de o paciente não portar uma via aérea definitiva fica de 30 compressões para 2 ventilações, independente se há 1 ou 2 profissionais. Já no caso de pacientes com via aérea definitiva instalada a relação muda, ficando de 100 a 120 compressões por minuto e 1 ventilação a cada 6 segundos, totalizando 10 ventilações por minuto (AHA, 2015).

Nas compressões, a profundidade deverá ficar entre 5 cm a 6 cm. O posicionamento das mãos deverá ser feito com as duas mãos sobre a metade inferior do esterno do paciente, uma mão sobre a outra, sem flexionar o cotovelo, permitindo o retorno do tórax, para isso não poderá o profissional apoiar-se sobre o tórax após cada compressão. As interrupções entre as compressões torácicas não deverão exceder 10 segundos (AHA, 2015).

Diante do protocolo e do relato dos profissionais quanto a sua atividade prática em situações reais, é possível notar que muitos não executam suas ações baseadas no que preconiza a bibliografia. Alguns profissionais confundem as práticas do suporte básico; quanto à presença ou não de uma via aérea avançada, outros relatam que desempenham a sua função de acordo com o que solicitam outros profissionais superiores quanto à hierarquia, sem se apropriar do conhecimento científico que deveria portar, de onde deveria ser a justificativa para as suas ações.

Os protocolos existem para guiar e padronizar o atendimento de forma sincronizada, diminuindo os erros e colaborando para a organização da assistência. É necessária uma base teórica para então executar a atividade técnica. Para uma unidade onde o evento de PCR é tão frequente, acreditava-se que a equipe apresentaria um domínio maior da teoria referente ao assunto.

Embora as mudanças no quadro de pessoal pudesse ser uma justificativa para tantos desencontros entre teoria e prática, é possível pensar que embora os grupos estejam em fase de adaptação, os mesmos passaram por uma prova de seleção recentemente, sendo cobrados assuntos da atualidade, e no que tange ao conhecimento teórico esses profissionais poderiam estar bem mais preparados devido ao grau de exigência do processo de seleção. Raros foram os profissionais que tinham certeza de como deveriam agir diante de uma situação de PCR, que embora a unidade não possua uma organização prévia, o mínimo da assistência é desempenhado, o que deveria ser base de suas práticas.

Os participantes também foram questionados se atuavam quanto à administração de medicação e como suas atividades eram realizadas. Foram indagados sobre quais medicações eram utilizadas e como eram realizadas, se atuavam preparando, administrando ou controlando o tempo das administrações. Essas questões foram desenvolvidas com a intenção de comparar suas ações às informações preconizadas pela AHA em seu algoritmo de atendimento a PCRI. Os participantes não foram questionados quanto à monitoração por entender que essa ação é desempenhada pelo médico.

Muitos técnicos de enfermagem relataram não ter atuado ainda na administração de medicações durante PCR. Os profissionais que atuaram referem que se possível não atuariam, deixando essa atribuição para o enfermeiro. Poucos eram os técnicos de enfermagem que possuíam conhecimento sobre as medicações utilizadas em casos de PCR. Alguns técnicos sabiam dizer quais medicações utilizavam na emergência, mas não sabiam informar como essa medicação era administrada. Dos poucos que relataram como era o uso de determinada medicação, parte dos relatos não eram condizentes com as bibliografias, por vezes pareciam confundir o uso entre as medicações que são utilizadas na PCR.

Já pelas auxiliares de enfermagem foi unânime a resposta, referindo apenas atuar na administração de medicamento, sem conhecimento de dose e de como essas medicações são utilizadas, apenas seguindo orientações médicas. Quanto às enfermeiras, quase que na sua totalidade sabiam relatar quais medicações eram utilizadas em situações de PCR e como era a utilização, estando de acordo com a bibliografia disponível. Somente as enfermeiras que

relataram não atuar diretamente com as medicações não sabiam informar como ocorre o uso ou então relatam de forma errônea ao que é sabido de forma científica através das bibliografias.

“Atuo. A adrenalina e midazolam. Adrenalina é conforme o médico solicita, e o midazolam também” AE1

Atuo... eles mandam fazer as coisas. Só quando eles pedem: ah faz tanto de medicação, aí eu faço. Dizer assim ao certo... não. Vai depender” AE2

“Nunca atuei” TE1

“Já atuei. Tem assim... eles usam... não me lembro. Ai agora me deu branco, vou lá abrir o carrinho (risos) atropina né? Que eu lembre... aí agora me deu um branco. É conforme eles vão pedindo ali eu vou pegando no carrinho. E como que usa? É conforme a orientação de cada um... não é eu, são eles que dizem” TE2

“Já atuei, eu não gosto para te dizer a verdade. Não gosto muito, mas já atuei. Não gosto porque tem muita medicação. Eu acho muita responsabilidade, tem medicações que tu tens que saber se tu podes fazer, qual o efeito que vai dar, se pode fazer, diluição, essas coisas. Então eu prefiro não ficar. Se eu faço eu sempre pergunto, fico indagando todo o tempo. Eles usam medicação EV. Adrenalina, é pura... se tiver sedação, midazolam, depende do residente, usa puro ou usa diluído. 3 em 12, de 5 mg, geralmente o que eles usam é isso aí” TE3

“Difícilmente atuar. Não gosto de ficar. Prefiro fica na massagem. Até posso diluir alguma coisa se pedirem, para ficar ali no carro, mas não para administrar. Usa adrenalina né, “bica” geralmente eles pedem também. A adrenalina tu faz, daí tem que faz um *push* de soro ou de água para empurrar, no caso, a medicação, daí pelo menos um tempo, fico muito... eu não controlo... eu sou muito da ação, não sou de controlar o tempo... eu sei que depois de um tempo faz outra adrenalina, mas... Na teoria eu não sou muito, conheço assim, mas não consigo falar muito certo” TE5

“Já atuei. A adrenalina... aqui na unidade é a adrenalina, o “pushzinho” de soro fisiológico... e... se caso está muito difícil a intubação que eles usam o midazolam para sedar um pouquinho, mas nos casos que peguei de intubação em parada não foi usado mida. A adrenalina é pura e o soro fisiológico é puro, e o midazolam eles têm uma diluição padrão que geralmente são os que os médicos usam é que são 3 ml de ‘mida’ para 12 de água destilada que dá 15 ml, daí a gente vai fazendo, eles fracionando, conforme o médico diz: 2 ml, 3 ml... e faz um “pushzinho” de soro fisiológico. A adrenalina de 3 a 4 minutos fazia outra dose. Na última eu estava administrando, direto ali no extensor e como eu estava com o relógio, então eu mesmo controlava ali que foi uma das coisas que a gente pediu pra enfermeira que tivesse um relógio em cada enfermaria pra que a gente pudesse controlar o tempo, mas como isso não é possível e também não é todo profissional que usa relógio no pulso porque também não pode, naquele momento eu estava mesmo não podendo, mas ficou melhor até ter o relógio no pulso porque tu está de luva ali o tempo inteiro, que tu estás lidando no acesso, aí tu consegue controlar o tempo.” TE9

“É... atuo sempre que necessário. As mais rotinas de início é a adrenalina. Que aí tem o tempo pelos médicos que são 2, 3 minutos né. O tempo contado, mas a... a medicação de início que é mais utilizada numa parada geralmente é adrenalina, daí depois se o paciente precisar usar outros tipos de medicações aí eles começam, mas é o que eu acho mais utilizado mesmo é a adrenalina.” TE10

“Preferencialmente quem fica no carrinho é a enfermeira, somente em casos que nós temos... por exemplo apenas um enfermeiro de plantão que algum dos técnicos assumem o carrinho. De medicação normalmente é... adrenalina, depende. Se for intubar, nós temos a noradrenalina, hã... fenta... só me lembro dessas” TE11

“Não é que eu atue. É essa aí a dificuldade, não tem uma organização... se tu está ali, tu fizeste as compressões e tu está ali descansando um pouco, aí ela já precisa... aí tu vais lá e vai aspirar, e tu já deixa aspirado e entrega. Não tem uma... “tu vais ficar no carrinho, tu vais ficar...” sabe? Daí se é teu paciente tu te sentes muito mais responsável, não sei se é sensação, mas tu tens que fazer com que as coisas aconteçam né..., mas... não... eu só aspirei. De medicação é a adrenalina... normalmente é adrenalina que eu me lembro. É colocada direto no acesso e depois um jato de soro” TE12

“Não atuo, mas medicação... a adrenalina, epinefrina? Parece que são essas duas. E a nora também e midazolam. A adrenalina eu sei que é... tu faz ela pura e 20 de soro fisiológico em *bolus*, aí o resto não sei porque não atuo.” TE13

“Já atuei. Eu tenho essa dificuldade porque eu não conheço as medicações, não sei as diluições, então eu estou aprendendo tipo na marra, tipo as gurias dizem: “colega, dilui tal coisa aí”, ah então eu vou lá pego e faço entendeu? Se eu não sei eu digo não sei me diz qual que é, ou então eu pego e se estou na dúvida eu mostro “é essa aqui mesmo?” Entendeu? E prefiro mil vezes dizer que eu não sei, que eu não estou acostumada, que eu não tenho aquela rotina ali, do que eu fazer alguma coisa errada. Sei a adrenalina e o fenta, foi o que eu já fiz e o *push* que é o soro. A adrenalina é pura né, e o fenta tem que diluir em 15 né, tem... eu não sei quanto que vem na... são três para quinze eu acho né... é... e o *push* que eu pego uma seringa de vinte coloco o sorinho e vai fazendo o *push* em seguida depois da adrenalina. Alguma coisa que eu até já peguei. Eu preparo, administrar eu nunca administrei. E quem controla o tempo, a maioria das vezes são os médicos, é eles que vão pedindo” TE14

“O fentanil, o ‘mida’ principalmente depois que... para intubar alguns os médicos pedem outros... o fentanil, o ‘mida’ e a Adrenalina que eles usam. O fentanil é puro, que eles normalmente pedem e o mida é diluído porque aí dependendo da ampola que for, tem dois tipos de ampola, o nosso... a maioria das vezes aqui é a grande, não me lembro o número de miligramas agora, mas normalmente quando é essa que a gente olha ali, a gente dilui... eu não me lembro agora, não sei se é doze ou oito que tu dilui, só sei que fica um miligrama por ml, mas com a ampola na mão eu consigo te precisar corretamente, mas alguns médicos já nos pediram de forma errada, pra fazer puro, pra fazer... não sei se de forma errada, no meu conhecimento entende, por isso eu acho até a importância da capacitação. A adrenalina é pura e aí, normalmente, a gente avisa para eles: “oh... já fez três minutos, já fez cinco minutos” para repetir ou não. Normalmente é uma pessoa para tudo, a gente prepara, sabe que está preparando, pede para administrar a gente administra e aí já vai controlando o tempo e fica controlando até depois para dizer tudo que já foi feito né, porque, às vezes, eles perguntam quantas adrenalinas foram feitas, porque eles, às vezes, se perdem, dependendo do tempo de parada” TE18

“Poucas vezes eu administro a medicação. Tenho mais habilidade na massagem, na ventilação do que propriamente na medicação. Se precisar, sim, vou, mas não é muito a... o meu... momento ali de atender. De medicações é adrenalina, né, geralmente vai muita adrenalina, as vezes usa aquela... bicarbonato... que mais?... Soro a correr, dependendo da situação. Essas são as mais comuns, depois fica a critério. Até o bicarbonato também, depende do critério do médico e normalmente quem fica na medicação acaba fazendo as 3 coisas, né... por que aí tu já sabes, fica com domínio total de tempo que tu fizeste, o que foi feito e o que foi retirado do carrinho, né, então pelo menos também é essa a experiência que eu tinha lá com a medicação. Aqui também, pelo que eu vi, as colegas estão fazendo a mesma... o mesmo processo. A não ser que não tenha uma... pela questão física do ambiente, ali... da estrutura né, não consegue alcançar lá com acesso. Da para o colega administrar, enfim, mas fica responsável pela... vai controlando o tempo, avisando médico, então. TE19

“Atuo, mais é a adrenalina. Ela é usada pura e aí tu faz pura e de... faz uns 10, 20 ml para empurrar e aí tu conta, mais ou menos, 3 minutos, 4 minutos. Aí depende do residente que vai mandando tu fazer. Às vezes tudo, as vezes tu preparas, tu

administras e tu controla o tempo. Mas as vezes, assim, tem alguém que prepara e a gente só administra” TE21

“Atuo. A primeira delas é a adrenalina, com certeza. E... há quem use, se usa bastante se a gente consegue pegar, coletar, uma gasometria... o bicarbonato se usa muito... deixa eu ver o que mais... caiu um pouco esta questão... para ser sincera, em 7 anos, eu nunca usei... nunca usei nada diferente disso, bica, adrenalina e... atropina... para ser sincera, atropina eu acho que caiu, não existe mais, assim... quero dizer, acho que não existe mais. Deve ser em algum caso específico a atropina. Elas são puras, tu faz, avisa o médico. Normalmente é 3 minutos da ampola, ou antes, se o médico disser ‘oh, gente, daqui a 2 ou 3 minutos, vocês me avisem que a gente vai fazer de novo caso o paciente não retorne, mas normalmente a cada 3 minutos a gente faz uma ampola de adrenalina, sempre cuidando a via, né? Lavando sempre porque com é 1ml apenas a gente sempre tem que ter uma seringinha de soro ou água para empurrar ou deixar conectado no sorinho para ir a adrenalina mais rápido, né. Atuo preparando, administrando e controlando o tempo. Eu acho que é mais fácil. Porque como se a gente preparar adrenalina daqui 3 minutos há tempo suficiente disso, também de tu não ficar desnordeando os demais que estão... o médico tá cuidando de ventilação... ou talvez ou... ou está observando, raciocinando para ver o que vai fazer, o enfermeiro, sei lá, ou está no ambú ou está na compressão, então eu acho que há tempo suficiente para a pessoa que está no carrinho administrar a medicação, exceto se for bica, porque normalmente a questão de bica, vai bastante então aí tu vai precisar de uma pessoa pra te auxiliar. Mas... dá tranquilo assim, para cuidar o tempo, até porque tu que está aspirando... tu administras, tu avisas o médico, tu fizeste adrenalina, e tu conta no relógio, acho que dá para fazer isso bem tranquilo” TE23

“Já atuei também. As medicações que eu me lembro é... adrenalina, como é a outra? ... adrenalina... aí, são várias, a que eu me lembro assim é a adrenalina. Daí depende do médico. Às vezes eles pedem pura, em *bolus*, as vezes diluída, então a medicação e sempre ele que pede e diz como que é a diluição né. Atuo fazendo tudo. Quando uma pega medicação, já pega para fazer toda essa parte.” TE27

“Ainda não atuei, só no caso... aspirar não, mas a administração já faço. De medicação faz a adrenalina, a que eu mais vi foi adrenalina, só. Faz a cada 5 minutos mais ou menos. Ela vai pura e depois tu injeta 20 de soro, 10... depende do paciente” TE31

“Atuo... agora a gente tem a adrenalina, a amiodarona, a lidocaína em alguns casos que se não tiver como usar amiodarona, mas hoje em dia o que é preconizado mesmo é adrenalina e amiodarona só. A adrenalina a gente vai utilizar de 3 a 5 minutos, 1mg e depois você faz um flash de 20 ml de água destilada, se ela tiver posicionada nos membros, você vai elevar o membro, agora se tiver num acesso central não tem necessidade, mas o flash de 20 ml tem que ser feito. A Amiodarona ela é feita depois do 3º choque. De 2º a 3º choque. Ela é feita, uma dose de ataque que é 350 mg, 2 ampolas de amiodarona e depois é feito mais 1 ampola de amiodarona que é 150mg que é a dose máxima, feita em *bolus*... e depois faz o *flush*... é... você faz a amiodarona, e claro... você vai fazer a outra segunda dose de 150 se você vê que o paciente ainda está em ritmo chocável, que a amiodarona só vai ser utilizada em ritmos chocáveis, e... a adrenalina é utilizada tanto em ritmo chocável como não chocáveis. É... eu já fiquei nas 3 posições, mas quando eu atuei na parada, tinha pessoa que só aspirada e dava para uma outra pessoa realizar. Aqui eu não presenciei a parada, então eu não sei como funciona.” ENF1

“Atuei já. De medicação faz a adrenalina... a gente fez bicarbonato aquele dia, mas geralmente adrenalina. É uma ampola de adrenalina a cada 3 minutos mais ou menos. Eu acho que o enfermeiro deveria atuar assim, numa equipe treinada entendeu, eu acho que o enfermeiro deveria atuar no controle do tempo, mas aquele dia eu fiz tudo, eu aspirei, eu administrei, mas eu acho que o que é mais importante de uma parada é cada um fazer uma coisa, até para saber quantas ampolas foi, aquela função toda sabe, cada um tem que fazer uma coisa, só que para isso tem que ter treinamento.” ENF3

“Eu sempre estou ou na massagem ou na ventilação então as questões de medicamento sempre ficam com o técnico ou com outro enfermeiro. Então não atuo muito nessa área. Geralmente é a adrenalina, são colocadas em *bolus*, e sempre medicações de parada você tem que colocar o flush depois de soro para poder essa medicação chegar mais rápida, questão de elevar o membro também é importante” ENF4

“Nunca atuei, mas usa adrenalina, bicarbonato, atropina... depende do que o paciente vai ter. Essas coisas são praticamente puras, algumas tem as diluições, mas bicarbonato se eu não me engano é em soro de 250 ml, mas também é de acordo com a prescrição médica, mas a maioria são puras” ENF6

“Nunca atuei, mas de medicação geralmente a terbutalina... é... a nora... não! Adrenalina! Geralmente é mais adrenalina e terbu... ‘terbuta’ que eu vejo. E ‘mida’, midazolam também. Primeiro sempre eles pedem a adrenalina e aí... eu acho que eles administram... dependendo, né, eu acho que de 10 a 10 minutos, ou de 15 em 15 minutos. Eu nunca... sempre tem alguém no tempo, mas eu não sei te informar direito qual o tempo que é administrado. Que eu fico mais ali e não presto muita atenção.” ENF8

“Ahh muito difícil, ou eu fico no ambú ou eu fico na massagem., mas de medicação é a adrenalina... é... geralmente alguma coisa para anestésiar o paciente né, não me lembro agora... adrenalina... ah... não vou me lembrar... ‘mida’ e ‘fenta’, normalmente é isso só que eles usam, adrenalina quando está em parada e ‘mida’ e ‘fenta’. O ‘fenta’ é puro e o ‘mida’ é diluído em doze e a adrenalina é puro, ‘mida’ e fenta para anestésiar e adrenalina está mesmo em parada e aí tem que reverter, dificilmente eles pedirem outra coisa pelo menos aqui né, as vezes o paciente vai pra UTI e aí botam outra coisa.” ENF9

No protocolo de RCP atualizado em 2015 pela AHA é possível observar as mudanças relacionadas quanto ao que se refere às medicações. Nesta última atualização o uso da vasopressina nos casos de PCR foi abolido devido a seu efeito ser tão semelhante ao efeito da epinefrina, além de não haver comprovação de benefícios quanto a utilização em associação das duas drogas. De modo a facilitar o protocolo, optou-se por manter como vasopressor apenas a epinefrina, devendo ser utilizada tão logo possível em casos de PCR com ritmo não chocável. Lembrando que o tratamento nos casos de PCR com ritmo chocável é atribuído à rápida desfibrilação, sendo esse o tratamento prioritário nestes casos (AHA, 2015).

Outras drogas além de epinefrina utilizadas durante uma PCR na verdade tem a função da reversão do motivo da parada. Entre as causas associadas potencialmente reversíveis de PCR estão os “5H” que se referem à: hipovolemia, hidrogênio (acidose), hipóxia, hipo ou hipercalemia, hipotermia; e aos “5T” que se referem à: trombose coronariana, infarto agudo do miocárdio, trombose pulmonar, tamponamento pericárdico, tensão no tórax e tóxicos (BRASIL, 2016).

O protocolo de Suporte Avançado de Vida para casos de PCR em adultos nos casos de Fibrilação Ventricular (FV) ou de Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP) utilizado pelo Serviço de Atendimento Móvel prevê que seja realizada a monitoração cardíaca. Ao identificar tais ritmos, a conduta siga de forma a solicitar o afastamento de todos em contato com o paciente

e certificar-se de que não há alto fluxo de oxigênio direcionado para o tórax do paciente. Na sequência realizar a desfibrilação com choque único na potência de 360 J no monofásico ou 200 J no bifásico. Após a desfibrilação reiniciar imediatamente a RCP por cinco ciclos ou 2 minutos (BRASIL, 2016).

Durante as manobras de RCP, se realiza a instalação de um acesso venoso e a administração de epinefrina na dose de 1 mg intravenoso em *bolus* seguido de 20 ml de solução salina 0,9% e elevação do membro. A dose de epinefrina pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos. Após 2 minutos de RCP checar novamente o ritmo (BRASIL, 2016).

Na persistência de FV/TVSP, deve-se reiniciar o algoritmo, desfibrilando a vítima e então administrar, de preferência, a amiodarona 300 mg EV (1ª dose) em *bolus*, seguido de *bolus* de 20 ml de solução salina a 0,9% e elevação do membro, ação que pode ser repetida após 3 a 5 minutos na dose de 150 mg (2ª dose). Quando não houver amiodarona disponível administrar lidocaína de 1 a 1,5 mg/kg via endovenosa, podendo ser repetida após 5 a 10 minutos na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg (BRASIL, 2016).

O uso de sulfato de magnésio só é indicado nos casos de PCR secundária a hipomagnesemia ou taquicardia ventricular polimórfica (Torsades de Pointes), em que seu uso é de sulfato de magnésio de 1 a 2 g IV/IO diluído em 10 a 20 ml de glicose a 5%. Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se ainda persistir a FV/TVSP, reinicie o algoritmo desde a desfibrilação (BRASIL, 2016).

Nos casos de PCR por assistolia, o protocolo de suporte básico de vida traz que deve ser realizado rapidamente (em menos de 10 segundos) o protocolo da linha reta para confirmar assistolia e descartar uma fibrilação ventricular fina, ou seja, se verifica a adequada conexão dos cabos e eletrodos; aumenta o ganho de sinal no monitor cardíaco em amplitude e/ou potência de sinal além de checar ritmo em outra derivação. Já o ritmo de PCR Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) é confirmada através do monitor cardíaco (BRASIL, 2016).

Na confirmação da assistolia ou da AESP, se inicia imediatamente a RCP começando pelas compressões torácicas, 100 a 120 compressões por minuto com 1 ventilação a cada 6 segundos no caso de uma via aérea já instalada, ou caso não, segue-se com 30 compressões para duas insuflações, por 2 minutos. A administração de epinefrina deve ocorrer o mais rápido possível, na dosagem de 1 mg intravenosa em *bolus* seguido de 20 ml de solução salina 0,9% e elevação do membro, repetindo a cada 3 a 5 minutos. Após 2 minutos de manobras deve-se checar novamente o ritmo (BRASIL, 2016).

Na persistência da assistolia ou AESP é reiniciada a RCP por mais 2 minutos, administra-se epinefrina e verifica-se novamente o ritmo ao fim dos 2 minutos. Se a qualquer

momento, o ritmo evoluir para FV/TVSP, atua-se então de acordo com os ritmos apresentados e esclarecidos anteriormente. Já na mudança de ritmo para ao ritmo de atividade elétrica com pulso então inicia-se os cuidados pós PCR (BRASIL, 2016).

Importante lembrar que a instalação de dispositivo de via aérea avançada, preferencialmente intubação orotraqueal ou máscara laríngea no caso de intubação difícil; a confirmação da efetiva ventilação e fixação do dispositivo escolhido e a instalação de eletrodos do monitor devem ser procedimentos realizados de forma simultânea a fim de intervir de forma mais rápida possível, retardando qualquer etapa da assistência que possa comprometer a qualidade e as chances de reversão do quadro (BRASIL, 2016).

A amiodarona, é indicada para distúrbios graves do ritmo cardíaco como taquicardia ventricular e supraventricular e alterações do ritmo associadas à síndrome de Wolff-Parkinson-White. Utilizada com soro glicosado 5% devido incompatibilidade com o soro fisiológico. Já o Bicarbonato de sódio 8,4% é utilizado para tratamento de uma condição ácida, ou por excesso de ácido ou por falta de base (HUSM, 2015).

A acidose metabólica pode ocorrer em casos graves de parada cardíaca, acidose láctica, diabetes não controlada, insuficiência circulatória causada por choque ou grave desidratação e hemorragia, sendo seu uso indicado em quadros com necessidade de alcalinização urinária e em manobras de RCP. Seu uso em casos de PCR são de 1 mEq/Kg a dose inicial, persistindo a parada, seguir com 0,5 mEq/kg a cada 10 min de administração endovenosa em *bolus* lento em via exclusiva, sem diluições. Reforça-se que 1m de solução 8,4% equivale a 1mEq (HUSM, 2015).

O fentanil, um analgésico do grupo dos opióides com início de ação rápida e de curta duração. Se apresenta em ampola 0,1 mg/2 ml ou frasco-ampola 0,5 mg/10 ml e é utilizado por via endovenosa em *bolus* lento, sem diluição na dose de 25 a 100 mcg, porém também pode ser utilizado por via endovenosa de forma intermitente e na manutenção da ventilação mecânica (HUSM, 2015).

Já o Midazolam, um indutor do sono, é utilizado para sedação antes e durante procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com ou sem anestesia local, antes da indução da anestesia para procedimentos cirúrgicos em adultos e como sedativo em pessoas internadas em unidades de terapia intensiva. Se apresenta em ampola 5 mg/5 ml; ampola 15 mg/3 ml e ampola 50 mg/10 ml. Para sedação na ventilação mecânica é utilizado a dose inicial de 0,01 - 0,05 mg/kg por via endovenosa e possui como dose de manutenção de 0,02 - 0,1 mg/kg/h por via endovenosa, podendo ser ajustada em 25 - 50 % da dose inicial. Em *bolus* é utilizado a dose de 15mg para 15 ml em SF, sendo administrado em 2 a 5 minutos e endovenoso intermitente sua

dose é de 5 ampolas de 50mg em 200 ml em SF ou SG5% com uso contínuo, porém o paciente necessita ser monitorado (HUSM, 2015).

A atropina, medicação utilizada em casos de bradicardia, se apresenta em ampola de 0,5mg em 1ml e tem a sua dose usual de 0,5 a 1 mg, podendo ser repetida a cada 3 a 5 minuto; sendo sua dose total máxima de 3 mg. Essa medicação foi removida do algoritmo do suporte avançado de vida no ano de 2010 pela AHA, não sendo mais indicada nos casos de AESP e de Assistolia. A evidência disponível sugere ser improvável que o uso de rotina de atropina durante AESP ou assistolia produza benefícios terapêuticos e por essa razão, a atropina foi retirada do algoritmo da PCR no ano de 2015 (HUSM, 2015; AHA, 2015).

É sabido que a prescrição de medicamentos é uma atribuição médica e que não é possível que a equipe de enfermagem decida por si o que será ou não administrado, no entanto é possível um argumento baseado em conhecimento científico acerca das medicações que são ou não utilizadas em determinadas condutas e as suas doses de administração. É previsto no código de ética, no artigo 10, o direito do profissional a recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Nos casos de excesso de doses, o profissional pode se posicionar e negar-se de atuar e de tal forma, ou nos casos de subdose pode-se sugerir, baseado nos conhecimentos já adquiridos e protocolados mundialmente, onde o profissional médico pode acatar ou não.

Não há evidências de que algo que não está previsto no protocolo não possa vir de encontro com a melhoria da condição. No entanto a prescrição deve ser condizente. O uso das medicações e doses deve estar indicado para tal situação, de forma prioritária ou de forma secundária, nos casos de não se conseguir efetividade nas medicações de primeira linha. Para tanto é imprescindível que a enfermagem tenha conhecimento sobre a farmacologia, principalmente das medicações de emergência.

Inclusive esse posicionamento é uma obrigatoriedade prevista no código de ética profissional da Enfermagem, dita no artigo 30 deste código (COFEN, 2007). Conhecer as medicações que estão disponíveis para uso, como elas agem, os efeitos desejados e efeitos colaterais, como são utilizadas e suas doses de rotina é uma obrigatoriedade de todo profissional de enfermagem. Quando há uma equipe com grande conhecimento científico diminui-se as chances de erros e colabora-se para que ocorra o sucesso de sua assistência.

4.2.4 Educação Permanente

Nesta categoria, os profissionais foram questionados sobre como avaliavam seu conhecimento teórico e prático sobre PCR; se já haviam recebido alguma capacitação para a temática, sobre qual frequência acreditavam que uma capacitação sobre atendimento à PCR deve ocorrer e também foram indagados sobre acreditar se haviam questões na sua assistência e na assistência da equipe para atendimento a PCR que precisam ser melhoradas. Esta última questão foi desenvolvida a fim de estimular um momento reflexivo quanto à assistência prestada.

A maioria dos profissionais quando se auto avaliaram julgaram os seus conhecimentos teóricos bons, mas que em comparado à habilidade prática, o conhecimento teórico seria melhor. Todavia acreditam que a associação do conhecimento teórico e da habilidade prática fossem suficientes para uma boa assistência. Quando julgavam o conhecimento teórico e habilidade prática da equipe, os profissionais identificaram falhas e sugeriam que havia uma necessidade de reciclagens/capacitações.

Quando questionados sobre já ter recebido capacitação previamente, aproximadamente metade dos profissionais já havia recebido alguma capacitação em algum momento de sua vida profissional. Desses, a maioria havia recebido há menos de um mês. Quando questionados sobre questões na sua assistência e/ou na assistência da equipe para atendimento a PCR que precisam ser melhoradas, a resposta foi unânime, apontado para a necessidade de capacitações mais frequentes.

“Eu classifico... bom... bom não, regular, porque a gente está aprendendo né. A minha habilidade prática é regular. Não é bom nem ruim (...). Se eu já recebi capacitação? Não... e eu acho que... sempre tem que lembrar, para mim acho que era para ter seguido, 2 vezes no ano... 6 em 6 meses. É bom!” AE2

“O conhecimento teórico eu acho que uma nota 8, só que tem muitas coisas que a gente vê na teoria de uma forma e na prática funciona de outro jeito né infelizmente, as vezes na teoria é bem mais bonito (...) A habilidade prática... Bem pouca. Acho que tem coisas que só com o tempo né, só a experiência, não adianta (...) Capacitação já. Há uns 10 dias, mas, quanto mais melhor, se pudesse ser uma por mês ia ser ótimo né, mas quando for possível.TE1

“A teoria eu acho que eu tenho, agora acho que falta bastante é a prática mesmo, a habilidade prática ainda é pouca (...) capacitação recebi. Foi semana retrasada, mas a frequência de capacitação não sei... não sei... é que como eu estou recém no início, eu acredito que assim oh, num prazo menor, o pessoal que já está ai há 5, 6 anos, acredito que já dominem mais não seja tão necessário, mas acredito que seja 3 ou 4 meses.” TE4

“Eu acho que o conhecimento teórico é... Satisfatório, para a necessidade do momento acho que eu, atendo... para quê que é cada coisa que a gente usa ali... acho que eu... teoria e prática é bem tranquilo... acho que atendo bem na hora também, não consigo... não fico muito apavorada, porque as vezes na hora a pessoa fica meio assustada né.

Capacitação já recebi, várias. A última há uns 6 meses mais ou menos porque a última que teve aqui eu não participei, A frequência de capacitação eu acredito que é até é bom a gente... quando muda é que... as vezes muda o protocolo de atendimento, ter capacitação... assim... se não há muita parada na unidade é bom até pro pessoal rever né, mas... não é o caso aqui na medica, porque tem tido bastante né, mas é bom né... mais ou menos de 6 meses, umas 2 vezes no ano é bom pra recapitular, porque alguma coisa foge né. ” TE5

“Olha... a gente até já fez um treinamento há umas 2 semanas atrás acho que foi, tipo... ali as rotinas que mudaram né, e agora...estou mais tranquila em relação a isso do que antes, mas habilidade prática só treinei no boneco né até hoje. Acho que de 6 em 6 meses, deveria ter uma capacitação” TE6

“Conhecimento teórico bom... A habilidade prática a desejar (...) capacitação já recebi, há pouco tempo houve um curso lá em baixo, foi muito, para mim foi muito importante. Foi agora, este mês passado, em janeiro. Eu penso que capacitação deve ser mensal, seria bem interessante para que a gente segue com aquele ritmo. ” TE8

“Posso dizer que o conhecimento teórico eu tenho, só que eu acho que tudo que a gente não segue praticando, não segue lendo, não segue buscando a gente acaba esquecendo. Eu acho que a teoria, a gente sempre tem que dar uma recapitulada. Principalmente questão assim que tem que ver primeiro, tem batimento ou não tem, abrir as vias aéreas, depois tu vais fazer... vai ambuzar, vai começar a massagem e a compressão torácica é a ambuzar... Essas coisas principais, o que tu tens que ver primeiro, ver se tem batimento, qual a consciência do paciente, e abrir as vias aéreas, mas acho que o conhecimento teórico todo mundo tem, o básico todo mundo tem. Eu acho que aquela questão de recapitular, nos casos, das atualizações, está sempre mudando... essas coisas (...) habilidade prática acho que estou suficiente, é difícil a gente se auto avaliar assim, mas acho que no momento de uma parada eu sou suficiente, confesso que nas primeiras vezes que eu peguei parada como profissional. Eu fugia, não queria nunca ficar, ou só queria ficar ambuzando porque o carrinho era um medo, um mito, mas hoje se me deixar no carrinho, na medicação ou se me deixarem ambuzando ou fazendo compressão torácica é tranquilo, ou aspirando... (...) Capacitação recebi, a última faz 1 mês eu acho. Que eu acho que foi mais teórica, e a questão delas deram ênfase mais nas massagens torácicas e no ambú, mas acho que a questão não era só isso. A massagem torácica ou é 30 para dois e depois que está com a via... Intubado com a via aérea tu faz 100 massagens dentro de 1 minuto, mas acho que não era só isso, acho que a questão da organização poderia ter isso falada mais na capacitação né (...) a frequência de capacitação acho que 1 vez no ano” TE9

“Conhecimento teórico sobre parada cardíaca... acredito que médio pra bom, no caso. Quanto a habilidade prática, evidentemente tu nunca tens o conhecimento total e pleno de qualquer função, mas acredito que seja o suficiente. Capacitação já recebi, há exatos... 2 meses a gente teve uma capacitação de PCR. Acredito que seria interessante uma capacitação a cada 6 meses aproximadamente, seria um tempo... não muito longo, e não muito curto. Acredito que seria ideal, porque tu manténs o conhecimento ativo. Claro que... por se tratar de uma unidade com bastante leito, bastante paciente grave, muitas vezes não tem leito na UTI e tu acaba mantendo eles aqui... Uma UTI provisória, tu acabas tendo muita parada cardíaca então tu manténs a prática em si sempre atualizada, mas.. É sempre bom lembrar a teoria. ” TE11

“Acho que preciso aprender... a gente está sempre fazendo um cursinho ou outro, mas eu acho que só a teoria não basta às vezes colocar em prática é a melhor forma de tu aprender e colocar em prática. Habilidade prática...eu consigo manejar bem assim tudo que é solicitado eu consigo na hora da parada, mas acho que dez eu não daria (risos) acho que ninguém é perfeito. Não recebi capacitação, cursinhos muito básicos de palestras, não uma... uma capacitação completa mesmo, algo mais abrangente, mais cursinhos mesmo, falando... algumas palestras que fui, mas não... A última capacitação que nós tivemos acho que faz um mês, básico. A frequência eu acho... no mínimo de um ano em um ano, mas o ideal acho que seria de seis em seis meses,

porque as vezes tem algumas atualizações, ou as vezes não tem dependendo da unidade em que tu trabalhas, não tem nenhuma, nenhuma parada e aí tu acabas... não desaprendendo, mas tu acabas né, perdendo a prática das coisas. Eu acho que de seis em seis meses seria o ideal, pelo menos. ” TE18

“O conhecimento teórico eu acho que de parada pelo menos é bom, mas acho que pode melhorar, sempre pode estar sempre me atualizando. A habilidade prática eu acho que deve melhorar sempre. Capacitação eu já recebi, eu fiz o ACLS agora, agora em 2015 o último já com as normas, e eu também já dei um curso de parada. A frequência... é... já foi dado uma capacitação, eu acho que agora a gente tem que avaliar pós-curso com uma parada para ver se foi eficaz ou não. Se a gente vê que não é.. Que o curso não foi suficiente, eu acho que deve ser realizado outros cursos de PCR. Agora também se entrar novas pessoas, eu acho que tem que estar sempre reciclando, fazendo os novos cursos. ” ENF1

“...Teoria eu tenho, agora falta a pratica e eu acho que na hora da parada não é a hora de tu treinar, tem que ser antes. A habilidade prática é média. Já recebi capacitação só teórica. Faz 2 semanas. A frequência no mínimo de 6 em 6 meses, 2 vezes no ano” ENF2

“Eu classifico meu conhecimento teórico bom porque é um assunto que eu gosto bastante, que eu me identifico, mas eu acredito que sempre precisamos melhorar, sempre precisamos procurar buscar nos capacitar porque esse assunto se a gente assistir 20, 10 vezes sobre a mesma coisa a gente sempre pega uma coisa nova, principalmente quem é mais experiente, então eu acredito que está bom, mas com certeza pode melhorar como sempre podemos melhorar, nunca somos perfeitos. Habilidade prática eu classifico boa, é como eu falei, é... um assunto que eu gosto, tipo de paciente que eu gosto, então eu acredito que.. Que está boa, claro que com certeza tudo a gente pode melhorar, como eu havia dito. Capacitação sim, várias. Principalmente quando eu estava estudando para o concurso, quando estava no meu outro trabalho e também... aqui no hospital a gente teve uma capacitação excelente com a professora Rose, foi muito bom, principalmente melhor ainda porque a gente trabalhou com a equipe que a gente vivencia dia a dia, que a gente sabe que precisa trabalhar em sintonia, quando tem um caso desse e.. A gente fez tanto aula teórica como a prática. Então era muito bom (...) A frequência acredito que pelo menos em 6 e 6 meses ela deve ocorrer. Ou menos do que isso, se o hospital tiver disponibilidade e... e a equipe também até porque é onde a gente vai minimizar o tempo, e minimizando o tempo a gente tem menos dano ao paciente. ” ENF4

“Eu tenho uma boa teoria o que me falta mais é a prática. Habilidade prática mediana. Eu tenho que crescer mais (...). Sim, recebi capacitação, teve aqui. Acho que um mês, por aí. Mas acredito que tenho que procurar outros, outros cursos melhores, porque foi muito rápido, foi basicão. A frequência acredito que todo ano, se não me engano o manual é atualizado de ano em ano, ou são nos anos ímpares, acho que são nos anos ímpares, então toda vez que tiver atualização do manual deve acontecer a atualização” ENF6

As iniciativas de capacitações buscam qualificar o profissional com vistas a melhorar os serviços prestados à população. Algumas vezes o objetivo da melhoria da assistência não é alcançado devido a fatores que dificultam a adesão às capacitações, como longa duração das ações, a ocorrência de cursos fora do horário de expediente e a deficiente infraestrutura que envolve a ausência de organização, todavia o impacto das capacitações depende do envolvimento e da satisfação do público alvo (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

As diretrizes que norteiam o atendimento de PCR mudam a cada cinco anos, com isso existe certa exigência que os profissionais da área da saúde tenham atualizações constantes

nessa temática. É evidente que após um período de treinamento, os profissionais melhoram a qualidade e o desempenho no atendimento à PCR, no entanto, quando o conhecimento é pouco exercitado, há uma redução da noção no que tange ao assunto (ALVES, BARBOSA, FARIA; 2013; ESPÍNDOLA et al, 2017).

Um estudo realizado com 38 profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de alta complexidade em neurologia e traumatologia ortopedia localizado no interior do estado de Pernambuco aponta que a instituição oferta um programa de educação permanente e que são fornecidas palestras sobre RCP a cada seis meses. O estudo demonstra também que apesar de alguns dos participantes demonstrarem dificuldades em relação à identificação da PCR, conduta inicial, SBV, modalidades, vias de administração e medicações utilizadas na RCP, a grande parte da equipe de Enfermagem atuante na UTI do hospital em estudo demonstrou conhecimento e preparação para o atendimento ao paciente em PCR (ESPÍNDOLA et al, 2017).

Possivelmente o preparo para o atendimento a PCR ocorre devido ao curto prazo que desenvolvem ações de capacitação na temática. Segundo a AHA (2015), as reciclagens no suporte básico de vida devem ser realizadas com a maior frequência possível junto aos indivíduos que têm maior chance de se deparar com situações de PCR, devido à rapidez com que as habilidades em suporte básico pioram após o treinamento, além da melhora observada nas habilidades e na confiança dos profissionais que treinam com maior frequência.

A educação permanente que se constitui como um projeto político-pedagógico com vistas à transformação das práticas de saúde e de enfermagem, na perspectiva da integralidade e do trabalho em equipe deve ser um programa de educação voltado para os profissionais de enfermagem com um planejamento dinâmico, de modo a colaborar para a participação dos funcionários (MONTANHA; PEDUZZI, 2010; DA SILVA; SELFFERT, 2009).

Não há evidências suficientes para recomendar um intervalo ideal para as reciclagens, porém há benefícios educacionais obtidos com sessões de reciclagens curtas e frequentes, associado ao potencial de redução de custos por conta da redução do tempo de treinamento e da remoção do pessoal do ambiente clínico para cursos de reciclagem padrão (AHA, 2015).

No entanto há provas cada vez maiores de que o intervalo de 2 anos para recertificação é inadequado para a maioria das pessoas. Entre os fatores que alteram a determinação do tempo de reciclagem ideal estão a qualidade do treinamento inicial; o fato de algumas habilidades estarem mais propensas a piorar e a frequência com que as habilidades são utilizadas nas práticas clínicas (AHA, 2015).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída através da Portaria nº 198/04 como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para colaborar com a formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde prevê que as capacitações para os trabalhadores da área da saúde devem acontecer conforme a realidade/necessidade local, envolvendo diversos saberes e articulando a gestão e o cuidado (BRASIL, 2004).

É importante avaliar o conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da PCR e das manobras de RCP, pois muitos profissionais podem não ter conhecimentos adequados sobre os procedimentos e a sequência ideal de atendimento preconizado pelas diretrizes da AHA (ESPÍNDOLA et al, 2017).

Para isso se faz necessário à avaliação das habilidades práticas e conhecimento teórico. Após identificar dos profissionais como eles se observam quanto às suas habilidades e seus conhecimentos, há possibilidade também fazer o levantamento das necessidades de intervenção. Um profissional que possui confiança quanto ao seu conhecimento teórico e quanto sua habilidade prática certamente é um profissional que frequentemente encontra-se em meio a atualizações. Sejam elas por meio da instituição ou por si próprias. A busca de materiais e atualizações não deve ser uma prática restrita por parte da instituição.

Enquanto a habilidade prática é uma agilidade que se desenvolve a partir de repetições, o conhecimento teórico é uma ciência que se aperfeiçoa através discussões e nas buscas de informações atuais. Assim é possível qualificar o saber científico que deve estar em frequente aperfeiçoamento, não devendo ser permitido que o conhecimento teórico se dissocie da habilidade prática.

É importante que os líderes intensifiquem o entendimento de que não é possível prestar uma boa assistência apenas por boas habilidades se não há uma base teórica e científica que justifique as nossas práticas, através de um conhecimento empírico. Pelo contrário. É a partir do nosso conhecimento científico que então a nossa prática assistencial se faz possível.

A partir do momento em que a prática é desenvolvida sem base científica há possibilidades de falhas na aplicação de técnicas. Quando se tem um conhecimento amplo, mas não se tem uma habilidade eficiente, observa-se a necessidade de aplicação, mas as chances de erro diminuem devido ao embasamento de onde partem nossas ações.

É possível notar que muitos participantes referem ter um conhecimento teórico regular, mas uma habilidade prática boa. No decorrer do estudo, com a apresentação dos resultados em outras categorias pode-se observar que a maioria dos profissionais relataram suas práticas com ações diferentes do que eram preconizados no protocolo previsto pela AHA. Diante da comparação das ações no suporte básico e avançado de vida ao posicionamento quanto seus

conhecimentos e habilidades observam-se a necessidade de capacitações/atualizações na temática estudada.

Um profissional que consegue desempenhar sua habilidade prática de acordo com a teoria conhecida é um profissional bem treinado e capacitado. Já um profissional que desempenha sua prática sem base teórica é um profissional que possivelmente desenvolve sua prática com erros. De acordo com o posicionamento dos participantes, as atualizações na temática deveriam ocorrer a cada 6 meses ao mínimo. No estudo apresentado por Espindola et al (2017) a frequência de capacitação a cada 6 meses é um ponto colaborativo para melhorar a segurança da equipe e torna os profissionais melhor aptos para essa assistência. Logo, acredita-se que o intervalo de 6 meses para reciclagens estaria em conformidade com as necessidades apontadas.

Vale ressaltar que os profissionais desse estudo possuíam um mesmo nível de conhecimento quando foram questionados sobre questões específicas da assistência, resultados esses demonstrados na categoria de Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida. Ou seja, não é possível dizer que os profissionais capacitados mais recentemente possuíam um melhor conhecimento quando comparado àqueles que haviam recebido capacitação a mais tempo ou até mesmo àqueles que nunca haviam recebido alguma capacitação. Por tanto há uma necessidade de regular reciclagens para todos os profissionais até que seja possível equipará-los, mas de forma que todos estejam com amplo conhecimento técnico e com melhores habilidades práticas.

Sugere-se aplicar as capacitações durante esse período solicitado e então que seja estudado como os participantes evoluem diante da assistência, tanto individualmente como quanto equipe. Ao observar melhorias então pode-se pensar em um espaçamento de tempo maior, ou ao notar que 6 meses ainda não foram suficientes para tornar o profissional seguro de suas ações com uma boa base teórica para nortear a sua assistência sugere-se diminuir o tempo das reciclagens, buscando apontar onde ocorrem as maiores necessidades.

4.2.5 Material informativo

Os profissionais foram questionados se um material informativo referente à PCR associado à explanação de conteúdo, serviria de apoio para favorecer à prestação de uma assistência mais qualificada. No caso de concordância e de forma a colaborar com a elaboração do material, os profissionais foram interrogados também sobre quais informações seriam importantes para constar no material informativo.

A aceitação do material informativo foi unânime. Para alguns profissionais ainda seria interessante também a atuação prática, no entanto não era um fator determinante para a maioria. Além das poucas referências feitas quanto à treinamento prático, identificado em questionamentos anteriores, como por exemplo quanto as capacitações já recebidas, os profissionais queixaram-se de as atividades práticas não abordarem a real necessidade das equipes, que se resume na organização para atendimento. As atividades práticas já recebidas são resumidas no suporte básico de vida, pontos que segundo os profissionais geralmente acabam por se repetir, enquanto a necessidade de sistematizar a assistência não é abordada.

“Era bom ter. que aí tu vais treinando teórico e depois tu vais... para pratica. ” AE2

“Acho que sim. Até porque as coisas vão se modificando né, algumas coisas vão se aprimorando, tipo, se o que era prioridade anos atrás hoje em dia já não é, eu li um estudo que a ainda as compressões são o melhor da parada né, ainda... ainda é o que tem mais retorno. ” TE1

“Bastante. O reconhecimento de uma parada porque muitas vezes o familiar... estão no quarto e não sabem que o paciente parou, então o reconhecimento da parada deveria constar. ” TE2

“Com certeza. É, essa parte bem, uma coisa acho que mais resumida. Não uma coisa extensa. Tu saber de quantos minutos é, nessa parte eu peço, saber de quanto em quanto tempo é administrado uma adrenalina, que é importante, que tu precisas fazer um *push* em cima porque senão fica no extensor e a medicação não vai ser efetiva ne, isso daí... A profundidade da massagem para ela ser efetiva, quais, quantos compressões para tanta ventilação. Bem resumido né... que eu agora mesmo não lembro. Sei que são 2 ventilações não sei... 28 ou 30 compressões, mas é mais ou menos isso. ” TE5

“Sim sim, ajudaria. As informações... acho que deveria ter a sequência eu acho, como você vai fazer até utilizar o ambú corretamente, uma massagem bem-feita (...) deveria ter num lugar claro que a gente possa ver né, que a gente possa estar... tipo... que chama a minha atenção, acho que ia ajudar bastante” TE7

“Sim eu acredito que sim. Com informações... com relação a medicações usadas na parada, com relação a tempos, massagens e. respiratório, tempo de investimento, enfim, tudo que uma parada necessita né, para que seja feita no intuito de trazer novamente o paciente. Acho que disposto na unidade seria melhor, que no momento que passamos por ali ele está exposto então seria, eu penso que seria o melhor. ” TE8

“Olha... eu acho que... qualquer informação nunca é demais, é sempre válido, mas eu acho que a prática, o treinamento prático tem maior validação. Porque a gente só consegue aprender na hora que a gente faz, então a gente teve a capacitação, teve a parte prática, mas foi só em massagem torácica e a ventilação. Exatamente aquilo ali, não teve, como se tivesse uma equipe e uma enfermeira dizendo: alguém pega o carrinho, alguém vai abrindo o tubo... alguém monta a parede, alguém vai aspirar, alguém punciona. Não! Parava só para fazer a massagem e a ventilação. Eu acho que a parada não é só isso” TE9

“Ele até ajuda em termo de conhecimento teórico, mas na prática ele não funciona (...) Pode ser um material específico para nós, porque que não? Até porque a gente não vai usar esse material... mas dá para estudar dentro de casa, no transporte que a gente vai pra casa, alguma coisa, e fixo na unidade também” TE15

“Sim. Eu acho que todas as informações básicas né... de manejo de parada e é sempre bom ter figuras ilustrativas que ajuda bem a gente a fixar assim, e com oficina... acho que é bom também. Além do material escrito, também a prática” TE17

“Eu acho que na forma como ele poderia colaborar, algumas coisas que a gente acaba esquecendo, como tu perguntou a questão da compressão, eu não me lembro, eu sei na prática como fazer, mas na teoria eu não conseguiria te explicar eu acho que justamente isso” TE18

“Sim, material sim, é válido né, é válido. Mas eu acho que a parte de alguém vindo e explicando sabe? Dando uma aula, uma capacitação, sabe? Mais aprofundada, né, além do material, ali, complementando o material ali, eu acho que sim, seria bem interessante” TE19

“Informativo? Sim, eu acho que... A posição exata de aonde fazer a compressão e o quanto de profundidade, e o posicionamento de quem vai fazer a compressão, como que deve ser em relação à dobra dos cotovelos. Quem for ficar na ventilação, a importância da ventilação. Esses cuidados de manter a via aérea livre para que haja uma boa ventilação também né, questão de aspiração do paciente, tem muitos colegas que não, não... não tem... não sei se isso é respaldado em lei, mas... tem muitos colegas que não aspiram o naso ou alguma coisa assim. Às vezes tu tem que desobstruir via aérea de repente, né?” TE23

“Eu acho que deveria ter mais informativo, tipo... protocolo ou um POP mesmo, explicando como é o passo a passo, que droga utilizar, quanto tempo, e a gente não tem isso na unidade informando” TE24

“Ah, eu acho que tem que ter essa questão de quantas compressões. Já vi colegas minhas ficarem confusas. Se pegar medicação do que tem que ser diluído, acho importante ver, sei lá, o fluxo, orientar quanto à equipe, enfermeiro faz o que, o técnico faz o que... eu acho que é sempre bom ter uma organização para saber como tu vai fazer e evitar ficar atrapalhado, assim...” TE25

“Eu acho que... não sei se de repente a função às vezes até do reconhecimento da parada tipo eu já vi colegas dizer que era parada e quando chega lá não era parada e então acho que a função do reconhecimento do que é parada porque as vezes as pessoas se apavoram e tu chega lá e realmente, não está em parada, mas... vai parar!” TE26

“Acredito que sim. Ah, acho que no mínimo as básicas... Acho que disponível na unidade e entregue... como... como pudesse ser entregue para cada um” TE28

“Eu acredito que ajuda... deve conter o ciclo... tempo... as vezes até o ventilador, a gente não sabe programar. Chega residente que também não sabe, tem que chamar o plantão da UTI para vim programar o ventilador. Eu acho que a gente também tinha que tocar nessa parte entendeu? Pelo menos a parte básica. Se a ventilação é invasiva, se não é como que faz para programar o ventilador. Porque... tem residente... Tipo os r1, eles não sabem... e a gente pode auxiliar nisso entendeu? Acho que o material tem que ser individual, porque quando larga na unidade as vezes a gente nem vê ou nem lê. O que fica ali na unidade fica ali... está tudo aí... se largar individualmente talvez tu pegues e leias realmente” TE33

“Sim. Acho que poderia ter um pop na unidade. E esse pop ser apresentado a todos os profissionais. Além de um pop eu acho que um banner seria legal, mas um banner, tipo não no corredor, no corredor acaba ficando exposto aos próprios pacientes, mas por exemplo, tem a sala de prescrição, pode-se colocar um banner lá com todo o atendimento a parada, desde o início” ENF1

“Com certeza. É claro que todos os materiais informativos eles de maneira clara, rápida... sucinta ele vai ajudar bem na equipe com certeza. Eu acho que esse material

poderia ser de maneira chamativa, colorida, de maneira eficiente, de maneira que não se estendesse tanto...” ENF4




“Sim seria ótimo! Básico... é há eu acho tipo assim... nesses manuais tem muita teoria sem ser muito coligado com a prática do dia-a-dia, seria bom, por exemplo, falar a situação, por exemplo, aconteceu uma parada cardíaca o que que, você faz primeiro... o que você vai fazer... tipo seguido em passos” ENF6

“Acredito que sim né, porque tu lendo... claro é diferente tu lê a teoria e tu ir pra prática, tem aquela diferença porque na teoria ali tu ta lendo mas tu não ta naquela situação de stress todo que tem na prática né, mas ajuda bastante porque tu pega conhecimento certinho de quais as medicações que são utilizadas qual é a frequência né, do tempo a frequência da ventilação, a frequência da massagem isso aí é importante porque tu tem que ter a teoria pra depois então ir pra pratica, uma ajuda a outra na verdade (...) As informações eu acho que as principais seriam isso, a frequência de massagem com a frequência de ventilação com o paciente extubado, paciente sem tubo e com o paciente intubado, essa diferença assim é bem é importante frisar, pra pessoa saber que tem diferença, que não pode ambuzar e massagear enquanto não está intubado...” ENF7






Diante da necessidade dos profissionais então foi construído um folder como material individual e que também ficará disponível na Unidade para consultas quando necessário. O material aborda questão o reconhecimento de PCR, quem são as pessoas que atendem e como elas estão dispostas nesse atendimento. O folder traz também todo o material necessário para garantir uma boa assistência; como ocorre o tratamento de uma PCR através de ações e medicações além dos passos de ação e de todas as ações da cadeia de sobrevivência.

O suporte básico de vida foi identificado como grande necessidade de esclarecimento através de relato verbal da necessidade assim como através dos relatos apresentados quando foram questionados como atuavam nas compressões e ventilações em casos de PCR. A necessidade de trazer as principais medicações também esteve presente nos relatos. O folder traz a abordagem de suporte básico de vida e suporte avançado de vida de forma simplificada, pois o material é complemento da explanação necessária também solicitada pelos profissionais e já proposta nos objetivos dessa pesquisa.

Material desenvolvido entregue aos profissionais:

| | | |
|---|---|---|
| <p>Cadeia de Sobrevivência Intra Hospitalar</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1) Vigilância e prevenção de PCR 2) Reconhecimento de uma PCR: <ul style="list-style-type: none"> Não responde Não respira ou respiração em gasping Sem pulso central 3) Acionamento do serviço médico de emergência <ul style="list-style-type: none"> Início das manobras de RCP (C – A – B) C: Compressões torácicas de alta qualidade <ul style="list-style-type: none"> A: Vias aéreas – abrir vias aéreas B: Boa ventilação – garantir via aérea avançada 4) Relação compressão x ventilação SEM via aérea definitiva: <ul style="list-style-type: none"> 30 compressões 2 ventilações <p>Relação compressão x ventilação COM via aérea definitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> De 100 a 120 compressões por minuto 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações por minuto) <ol style="list-style-type: none"> 5) Profundidade das compressões: Mínimo 5 cm e no máximo 6 cm 6) O posicionamento das mãos: As duas mãos sobre a metade inferior do esterno do paciente, uma mão sobre a outra, sem flexionar o cotovelo 7) Retorno do tórax deverá ser respeitado 8) Limitar interrupções das compressões torácicas: Menos que 10 segundos |  <p>Material elaborado a partir das necessidades da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário FURG identificadas através da pesquisa intitulada: “A assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória em uma unidade de internação hospitalar” por Suelen Gonçalves de Oliveira, residente de enfermagem no programa de Residência Integrada Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde Cardiometabólica do Adulto da Universidade Federal do Rio Grande – FURG no ano de 2018 sob orientação da professora Dra Janaina Sena Castanheira</p> <p>Bibliografias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AHA - American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. Dallas: American Heart Association; 2015 - AEHLERT, B. ACLS, Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia: emergência em cardiologia. [Tradução de Bianca Tarrise da Fontoura]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. <p>Contato: E-mail: su.g.oliveira@gmail.com</p> | <h2>Parada Cardiorrespiratória (PCR)</h2>  |
|---|---|---|

Fonte: Oliveira, SG

| | | |
|---|--|--|
| <p>Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Reanimação Cardiopulmonar (RCP)</p>  <p>PCR é a cessação da atividade mecânica cardíaca, confirmada por <u>ausência de pulso palpável</u>; de <u>apneia ou respiração agônica</u> e de <u>não responsividade do indivíduo</u>.</p> <p>RCP é um conjunto de manobras para manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até o retorno da circulação espontânea.</p> <p>Quem trata?</p> <p>Qualquer pessoa que constata uma PCR tem por obrigação iniciar as manobras de atendimento e solicitar ajuda.</p> <p>A equipe de atendimento deve dispor de pelo menos cinco elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um na ventilação; • Um na compressão torácica; • Um na medicação; • Um no comando, próximo ao monitor • Um na monitorização, aspiração e fixação de TOT. <p>Materiais utilizados em casos de PCR:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tábua para proporcionar uma superfície plana e rígida. 2. Equipamentos de monitorizar e desfibrilar: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor/DEA • Eletrodos • Extensão | <ol style="list-style-type: none"> 3. Material para manter a ventilação: <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de aspiração e de oxigênio • Extensor em silicone/látex • Bolsa-válvula-máscara (AMBÚ) • Sondas para aspiração de secreções • Material para intubação: tubo endotraqueal, laringoscópio, estetoscópio, xilocaína gel; fio guia; seringa de 20ml e cordão. 4. Material para instalação e manutenção de de acesso venoso: <ul style="list-style-type: none"> • Abocath • Equipos macrogotas • Soros glicosado e fisiológico • Esparadrapo • Dâmula/extensor • Algodão com álcool 70% • Garrote • Seringa 3ml, 5ml, 10ml e 20ml.  5. Materiais de proteção: <ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento/estéril • Óculos de proteção ocular • Máscara facial • Aventais 6. Medicações mais utilizadas em PCR: <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina: 1 ampola em bolus seguido de um flush de 20 ml de soro fisiológico 0,9%. • Essa medicação pode ser repetida a cada 3 a 5 minutos, conforme critério médico.  | <p>Outras medicações possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amiodarona; • Midazolam • Fentanil • Bicarbonato de sódio 8,4% <p>Como trata?</p> <p>Se a PCR ocorrer por Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP) ou Fibrilação Ventricular (FV), é tratada com desfibrilação elétrica, aplicando um choque de 200J bifásico ou 360J monofásico.</p> <p>Se a PCR ocorrer em Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) ou Assístolia é tratada através da manutenção do suporte básico e avançado de vida associado a medicações.</p>  <p>Os passos são:</p>  |
|---|--|--|

Fonte: Oliveira, SG

Avaliação do material desenvolvido e da explanação do conteúdo do mesmo pelos profissionais de enfermagem da Unidade de Clínica Médica:

Através do instrumento de avaliação do material informativo e da explicação (APENDICE C), os profissionais puderam avaliar o conteúdo disponível no material informativo, o material em si que haviam recebido. Puderam avaliar também a explicação que receberam diante da apresentação do material. Foram indagados sobre a necessidade de mais informações e se tinham alguma observação a fazer referente ao material e/ou a explicação recebida.

Quanto ao conteúdo disponível no material os participantes relataram que o material era claro; objetivo e importante para o desempenho profissional; bem específico e muito bom; bom e atualizado; muito esclarecedor; direto e completo; ótimo e prático; conteúdo sucinto e bem explicativo; muito bem elaborado; bem explicativo e didático.

Quanto ao material em si os profissionais o classificaram como bom; organizado; compacto e eficiente; prático; muito informativo com resumo importante do que realmente deve ser feito; bem acessível e de fácil entendimento; de fácil visualização e leitura; prático que pode ser levado no bolso e lido nos momentos de folga buscando atualizar-se; com qualidade didática e técnica; que atende as necessidades.

Quanto a explicação recebida os profissionais relataram ter sido boa; muito boa; rápida e completa; excelente; de fácil entendimento; clara, objetiva e pertinente para o trabalho em questão; pertinente com o conteúdo; bastante objetiva e reforçando as ações a serem desempenhas em PCR; muito bem desenvolvida; muito bem explicado e que soube sanar as dúvidas de uma participante; explicação clara que não deixou dúvidas.

Sobre a necessidade de maiores informações a maioria dos profissionais responderam que não sentiam a necessidade de mais informações, outros relataram necessidade de maiores informações a respeito de ventilação mecânica; a respeito do carrinho, medicações e sobre o uso do desfibrilador; sobre a forma de diluição de diluições de outros medicamentos;

Sobre o acréscimo de observações, a maioria dos profissionais declararam não ter observações para acrescentar, alguns relataram que a o trabalho era de extrema qualidade no setor; uma excelente iniciativa; que se sentiam privilegiados em participar da execução do mesmo; que a palestra havia sido objetiva como deveriam ser outros colegas durante suas apresentações e ressaltaram que um curso nessa temática deveria ser realizado a cada seis meses pois assim diversas dúvidas poderiam ser sanadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com a equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica garantiu momentos de reflexões e de ganho de conhecimento acerca da temática, tanto para a pesquisadora ao longo de todo o desenvolvimento desse trabalho, como para os profissionais durante os encontros dessa pesquisa. Também foi possível garantir, quase que na sua totalidade, que os objetivos da pesquisa fossem alcançados.

O objetivo geral do estudo de identificar as dificuldades que os membros da equipe de enfermagem possuíam para prestar assistência à parada cardiorrespiratória foi atingido através da pesquisa estruturada, diante dos relatos verbais tanto de suas dificuldades como através das descrições de suas ações diante dos atendimentos.

Quanto a estrutura física os profissionais apontam como dificuldade a falta de espaço para as intervenções, o sistema de aspiração e de oxigênio que causam falhas muitas vezes diante da necessidade de uso. Quanto a estrutura dos materiais, muitos profissionais apontavam a falta de materiais ou a má qualidade dos mesmos como dificuldade para desempenhar a assistência, o que implicava em estresse e em maior tempo desperdiçado na busca de equipamentos em outras unidades do hospital. Quanto aos recursos humanos a maioria dos profissionais acreditam que em número os recursos são suficientes, no entanto em qualidade os profissionais julgam que há necessidade de melhor aperfeiçoar tanto a equipe de enfermagem como a equipe médica.

Quanto a organização de equipe para atendimento de PCR, quase todos os profissionais relataram que não há uma organização prévia e acreditam que esse seja o ponto fundamental para que a assistência seja prestada em melhores condições. Logo, a padronização da assistência na unidade seria um fator determinante para a diminuição da dificuldade que a equipe apresenta, que segundo os relatos, esse parece ser o ponto mais crítico para uma melhor prestação do serviço.

Quanto ao suporte básico e avançado de vida a grande maioria dos profissionais não sabe relatar sua assistência e nem mesmo à relaciona com o que é padronizado pela AHA, ainda, vários profissionais relatam que desempenham a sua assistência baseado no que é solicitado pelo médico, sem parecer possuir um conhecimento que atualmente há um protocolo único que dita a assistência. Logo, difundir as etapas do protocolo é uma etapa fundamental de qualquer capacitação sobre PCR. Embora essas ações pareçam repetitivas e já bem exploradas ainda não é possível identificar que a maioria dos profissionais tenha propriedade sobre esse ponto.

Quanto ao autojulgamento dos conhecimentos teóricos, habilidades práticas e quanto as capacitações recebidas, a maioria dos profissionais concordou que independente de suas atuações, frequentes capacitações e reciclagens são necessárias, destacando que a frequência de atividades a cada 6 meses poderia garantir a melhoria das habilidades práticas através do acréscimo de conhecimento científico, resultando assim em profissionais bem capacitados e em condições de garantir a excelência da assistência.

E por fim, quanto ao material informativo, todos os profissionais acreditavam que o desenvolvimento de um material que reunisse as suas maiores necessidades de forma clara e objetiva estaria colaborando com os seus conhecimentos. Sendo assim, o desenvolvimento de um material explicativo sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória de acordo com protocolo da AHA e com base nas necessidades apresentadas, um dos objetivos específicos do estudo foi alcançado.

O material foi desenvolvido em forma de folder com informações necessárias e diretas para melhorar a qualidade da assistência. Já o também objetivo específico de apresentar o material no momento da entrega, fazendo uma breve explicação de alguns pontos foi atingido parcialmente, pois poucos profissionais não puderam usufruir da proposta ofertada. Alguns profissionais não desfrutaram da proposta devido aos seus períodos de afastamentos; outros porque recusaram-se a participar. No entanto a maioria recebeu a intervenção.

Acreditava-se que o desenvolvimento do material e a explanação do conteúdo viesse a sanar as dúvidas de cada profissional. No entanto para poucos, essa proposta acabou sendo perdida, afinal quem não participou da atividade proposta, acabou apenas por receber o folder, ficando então sem a possibilidade de troca com a pesquisadora. O material explicativo trouxe de forma simples e objetiva o que é necessário para o atendimento de uma PCR, tanto no que diz respeito a estrutura como no que diz respeito as ações de suporte básico de vida. A explicação do conteúdo tinha como objetivo complementar os detalhes não presentes no material.

Ao refletir a respeito das contribuições mais relevantes do estudo podem-se elencar o crescente conhecimento na temática por parte da pesquisadora; a colaboração para a formação teórica e científica dos profissionais que estão diariamente inseridos nessa prática; a colaboração com a Instituição onde se desenvolveu a pesquisa com vistas à educação permanente diante do reconhecimento da realidade profissional presente nesse hospital quanto à assistência de PCR, e por consequência desse reconhecimento, permitiu também o entendimento da realidade em outras regiões do país acerca da mesma temática, realidade essas que não diferem entre si.

Embora a não diferenciação entre as diferentes regiões, não é possível apenas observar, não intervir diante das fragilidades apontadas aqui. É necessário buscar as correções desses agravos e procurar sempre qualificar nossos atendimentos para futuramente, talvez, a qualidade dos serviços dessa região e das demais apresentem um avanço na característica da assistência, ou ainda, para que seja nessa instituição o início das mudanças que todas as outras instituições almejam. Todas as mudanças são possíveis, desde que haja empenho de todas as partes envolvidas nesse processo.

Acredita-se que através da caracterização dessa assistência seja possível então direcionar intervenções pertinentes e mais frequentes com vistas a melhorar a qualidade do profissional, tanto em conhecimento teórico e científico como no que se refere as habilidades práticas. Assim como também se acredita que a partir dos resultados seja possível identificar outras necessidades dessa mesma equipe, sugerindo assim temas para pesquisas e intervenções, como por exemplo a administração de medicações, muito citada pelos profissionais como item a ser mais explorado.

Além das ponderações já citadas, o estudo também permitiu refletir acerca das atribuições do enfermeiro tanto quanto membro da equipe como quanto líder. É possível observar quanto tem-se perdido pelo não exercício adequado das atribuições que lhes são legais.

Foi através da identificação das necessidades locais e de equipe que foi possível ofertar aos profissionais um retorno para diminuir e/ou sanar suas fragilidades. Logo, acredita-se que essa seja uma opção na busca de melhorar a nossa equipe e a nossa assistência: Reconhecer as nossas gravidades; não transferir nossas responsabilidades e não agir como se não tivéssemos uma parcela de culpa pelas falhas detectadas dentro do nosso próprio ambiente de trabalho.

Se é o enfermeiro o líder de uma equipe, o responsável legal por toda a assistência que é prestada por si e pela sua equipe durante a sua jornada de trabalho, cabe-lhe também a reorganização local, ao nível do que lhe compete, e ao mínimo, a equipe disposta em seu turno lhe é de competência. A possibilidade de ofertar uma troca com os profissionais surge através da escuta de uma equipe inteira, seja coletivamente e/ou individualmente, de trabalhar em cima das necessidades apontadas.

Intervenção com os profissionais deve ser feita através das suas necessidades afirmadas, dando-lhes o mínimo de retorno e não apenas no que se acredita que seja necessário, sem um fundo de conhecimento prévio de acordo com a realidade vivenciada, sem ao menos ouvir os promotores da realidade encontrada.

Quando a atividade foi proposta apenas como entrega do conteúdo e explicação do mesmo, ou seja, a equipe, na sua maioria, gostou da iniciativa e fez o possível para participar,

mesmo com todas as sobrecargas encontradas na Unidade nesse período, visíveis a qualquer pessoa que permanecesse no setor por pelo menos cinco minutos. Essa resposta da maioria dos profissionais frente ao que foi proposto na devolução do material, traz o raciocínio de que a equipe é adepta ao retorno das nossas ações, que necessita da valorização da sua prática, que reconhece a carência de informações e com isso toda intervenção em prol da melhoria da qualidade da assistência é bem-vinda.

É desejo que parte das dificuldades encontradas hoje sejam sanadas, sejam elas quanto a estrutura como quanto a questões ligadas a conhecimento teórico e prático. É desejo também que as intervenções não estacionem nessa ação. Afinal nossos profissionais necessitam frequentemente desse tipo de abordagem.

Para o futuro, é desejo que a realidade encontrada hoje se diferencie e se qualifique. Que a Instituição busque formar os profissionais dessa pesquisa para que sejam referência na assistência a PCR e modelo para outras regiões do país, proposta que é possível através de um setor de educação permanente ativo e com o objetivo de garantir a excelência dos serviços de saúde, melhorando a qualidade da nossa assistência, resultado esse garantido com a qualificação do profissional de saúde, o principal ator dos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

AHA- 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*. v.4, n.16, p.1-27, 2006.

AHA - American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE 2010. *Guideline CPR ECC 2010*.

AHA- American Heart Association; Fundação Interamericana do Coração. SBV para profissionais de saúde: manual do aluno. São Paulo: Sesil; 2011

AHA - American Heart Association. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. Dallas: American Heart Association; 2015.

AEHLERT, B. *ACLS, Suporte Avançado De Vida Em Cardiologia: emergência em cardiologia*. [Tradução de Bianca Tarrise da Fontoura]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ALEIXO, F. *Manual de Enfermagem: unidade de cuidados intensivos*. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – CHBA. 2007.

ALVES, C.A., BARBOSA, C.N.S., FARIA, H.T.G. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ENFERMAGEM: O CONHECIMENTO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA. **Cogitare Enfermagem**, n.18, v.2, p.296-301, 2013

ANDRADE, A. M., FREITAS, L. F. C., BRITO, M. J. M., MENDES, R. D. F., CAÇADOR, B.S. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA NO ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO ADULTO ATRAVÉS DACAPACITAÇÃO EM SERVIÇO. 16º SENPE 2011 Campo Grande-MS, Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade. Trabalho 063. 3p. 2011. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0603.pdf>

ARAUJO, L. P., SILVA, A. L., MARINELLI, N. P., POSSO, M. B.S., ALMEIDA, L. M. N. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público. **Revista Univap**, v. 18, n. 32, 2012.

BELLAN, M.C; ARAUJO, I.I.M; ARAUJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.6, 2010.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023&lng=pt&nrm=iso

BRAGA, M. A. (Colab). In: BACCARINI, M. T. P., STARLING, S. V. **Erazo, Manual de Urgências em Pronto-Socorro**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048/GM, 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde: Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Ministério da Saúde: Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

CARDOSO, L. F. Protocolo de Atendimento A Parada Cardiorrespiratória (PCR). HOSPITAL SIRIO-LIBANÊS, 2015. Disponível em:

<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Paginas/protocolos.aspx>

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo. Parecer 037/2013 que dispõe Ementa: Carro de emergência: composição, responsabilidade pela montagem, conferência e reposição. Disponível em: http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_37.pdf

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei do Exercício Profissional 7.493/86 regulamentada pelo decreto 94.406/87. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. 1986.

COFEN. Resolução COFEN nº. 311/2007: **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em 23 de outubro de 2017.

DA SILVA, G.M., SELFFERT.O. M.L.B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p. 362-366, 2009

ESPÍNDOLA, M.C.M., ESPÍNDOLA, M.M.M., MOURA, L.T.R.D., LACERDA, L.C.A.D. parada cardiorrespiratória: conhecimento dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, v.11, n.7, p.2773-8, 2017

FERNANDES, A. P., VANCINI, C. R., COHRS, F., MOREIRA, R. S. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p.757-63, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/07.pdf>

FILHO, C. M. C., SANTOS, E. S. S., GENSO E SILVA, R. D. C., NOGUEIRA, L.D.S. Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.6, p.908-914, 2015

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007

GOMES, A.G.; GARCIA, A.M.; SCHMIDT, A.; MANSUR, A.P.; VIANNA, C.B.; FERREIRA, D.; ET AL. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia – Código Azul: registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. **Arq Bras Cardiol**. v.81, Supl. 4:3-14, 2003.

GONZALEZ, M. M., TIMERMAN, S., OLIVEIRA, R. G. D., POLASTRI, T. F., DALLAN, L. A. P., ARAÚJO, S., LAGE, S. G., SCHMIDT, A., BERNOCHE, C. S. M. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arq Bras Cardiol**, v.100, n.2, p.105-113, 2013.

KÄLLESTEDT ML, BERGLUND A, HERLITZ J, LEPPERT J, ENLUND M. The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**. v.20, n.2, 2012

LIMA, S. G. D., DE MACEDO, L. A., VIDAL, M. D. L., SÁ, M. P. B. D. O. Educação Permanente em SBV e SAV: Impacto no conhecimento dos profissionais de Enfermagem. **Arq. Bras. Cardiol.** v.93, n.6, p.630-636, 2009. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/PDFS/2009/9306/9306012.PDF>

LOPES, J. D. L., GENGO E SILVA, R. D. C., QUILICI, A. P., PALOMO, J. D. S. H., GONZALES, M. M. C., FERREIRA, F. G. Implantação dos Times de Reposta Rápida: experiência de um hospital de alta complexidade em cardiopneumologia. **Ver Bras Clin Med**, v.10, n.5, p.394-397, 2012.

LORENZETTI, J., ORO, J., MATOS, E. GELBCKE, F.L. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: Abordagens na literatura. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.23, v.4, p.1104-12, 2014.

MACHADO, E. C. D. M., REZENDE, M. S. D. Sentimentos expressos pelos profissionais de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v.4, n.2, 2013.

Manual de diluições de medicamentos injetáveis / Grupo de Estudos sobre Medicamentos do HUSM; Anamarta Sbeghen Cervo, et al, - Santa Maria: Hospital Universitário de Santa Maria, 2015.

MARKUS, A. M. **As ações da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar em emergência.** 2013. 96p. Dissertação (Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde) Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

MARTINS, C. C., VALENTE, G. S. C. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar. **Rev Enferm UFPE**, v.4, n.2, p.533-538, 2010.

MÁSSIMO, E. A. L., CARVALHO, D. V., COSTA, T. A. H., OLIVEIRA, D. U. Evolução Histórica da Ressuscitação Cardiopulmonar: Estudo de Revisão. **Rev Enferm UFPE**, v.3, n.3, p.278-283, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MONTANHA, C., PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.33, p.597-604, 2010.

MONTEIRO, C. F. S; MOREIRA, M. R. C; OLIVEIRA, E. A.R; MOURA, M. E. S; VELOSO, J.C. Pesquisa ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm**, v.31, n.1, p.167-174, 2010.

NACER, D. T., BARBIERI, A. R. Sobrevivência a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** v.17, n.3, 2015. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n3/pdf/v17n3a23.pdf

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte, Blackbook Editora, 816p. 2016.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa- abordagem teórico-prática**. 10 ed. Papyrus editora. São Paulo, 2004.

PEREIRA, D. D. S., VEIRA, A. K. I., FERREIRA, A. M., BEZERRA, A. M. F., BEZERRA, W. K. T. Atuação do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória (PCR). **REBES**, v.5, n.2, p08-17, 2015 disponível em: <http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3583/3210>

SÁ, C.M.S; SOUZA, N.V.D.O; LISBOA, M.T.L; TAVARES, K.F.A. Organização do trabalho e seus reflexos na atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar. **Rev Enferm UERJ**, v.20, n.1, p.50-5, 2012.

SANTANA, L. S., LOPES, W. S. L., QUEIROZ, V. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. **Ciência et Praxis**, v. 7, n. 13, 2014

SILVA, F. V., ALMEIDA, F. S., SILVA, J. R. D., SILVA, R. O., SANTIAGO, P. S. N. Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 16, n. 156, 2011.

SILVA, J.A.M., OGATA, M.N., MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, n.9, v.2, p. 389-40, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v.101, n.2, supl. 3, p.1-221, 2013.

SJOBERG F, SCHONNING E, SALZMANN-ERIKSON M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. **J Clin Nurs**. 2015.

SOLAS, M.A.; POL, P.T. Carro de paradas pediátrico en los hospitales.In: Protocolos de Pediatría en atención Hospitalaria. **Boletín de Pediatría da Sociedad de Pediatría de Asturias**, Cantabria, Castilla y León. v.46, n.1, p.10-12, 2006.

TALLO, F. S., JUNIOR, R. D. M., GUIMARÃES, H. P., LOPES, R. D. LOPES, A. C. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v.10, n.3, p. 194-200, 2012.

Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891.pdf>

TIMERMAN, S. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Rev Bras Clin Med.**, v. 8, n. 3, p. 228-237, 2010

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VEIGA, V. C., DE CARVALHO, J. C., AMAYA, L. E. C., GENTILE, J, K, D, A. ROJAS, S. S. O. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.11, n.3, p258-62, 2013.

Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3758.pdf> acessado em 04.07.2016

APÊNDICE A



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O trabalho intitula-se “A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR”. O trabalho tem por objetivo geral identificar quais as dificuldades dos membros da equipe de enfermagem frente ao manejo de uma parada cardiorrespiratória e por objetivo específico desenvolver um material explicativo, sobre o manejo de uma parada cardiorrespiratória, de acordo com protocolo da AHA e baseado nas dificuldades apresentadas e apresentar e entregar a cada profissional o material explicativo de modo a esclarecer as dúvidas apresentadas previamente.

A coleta de dados será através de entrevista semiestruturada que será gravada em dispositivo de áudio e transcrita posteriormente. A contribuição deste trabalho busca colaborar para uma atualização dos profissionais ao que tange manejo de RCP em casos de PCR e qualificando a assistência de enfermagem para atendimento desta emergência.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se for necessária qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, os participantes terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Janaina Sena Castanheira, que pode ser encontrada na Escola de Enfermagem FURG, no Campus da Saúde, contato pelo telefone 05332338855.

Sugerem-se precauções éticas relativas aos encaminhamentos de pesquisa e à postura do pesquisador. Algumas delas referem-se à conversa inicial e à apresentação do pesquisador ao pesquisado; menção do interesse da pesquisa; explicação dos motivos da pesquisa; justificativa da escolha da amostra; garantia do anonimato e garantia do sigilo sobre a autoria das respostas que aparecem no conjunto do trabalho.

Os participantes podem recusar-se a participar da entrevista e negar-se a ter a entrevista gravada em equipamento de áudio. Os dados coletados durante o estudo serão utilizados único e exclusivamente para fins científicos, a fim de contribuir para o setor estudado, gerando considerações e ponderações que serão repassados à Unidade estudada. Os conteúdos dos registros coletados ficarão na guarda da pesquisadora responsável com vínculo na instituição responsável (FURG), pelo período de cinco anos.

Não há risco à integridade física dos participantes. Poderá haver riscos mínimos decorrentes de constrangimentos por parte dos profissionais devido a exposição de suas percepções. Em caso de alteração emocional que afetem os participantes no decorrer deste estudo, o profissional, se necessário for poderá consultar o Serviço de Psicologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Junior, da Universidade Federal do Rio Grande (HU FURG), ficando ao encargo da pesquisadora buscar auxílio psicológico para estes indivíduos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer

momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Pesquisadora Responsável
Profa. Dra. Janaina Sena Castanheira

Enfermeira Residente
Suelen Gonçalves de Oliveira

Data / /

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM ÊNFASE
NA ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO
TRABAHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

“A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR”

INSTRUMENTO DE COLETA

| | | |
|---|-----------------------------|-------|
| Participante nº | | |
| Iniciais: | Idade: | Sexo: |
| Escolaridade: | | |
| Cargo na Instituição: | Tempo de formação no cargo: | |
| Tempo de trabalho na Unidade de Clínica Médica: | | |

- 1 Você já realizou / realiza atendimento à PCR nesta unidade?
- 2 Você acredita ter alguma dificuldade para atender uma PCR? Qual?
- 3 Como você acredita que deveriam ser os recursos físicos para o atendimento de uma PCR? Esses recursos estão presentes nesta unidade?
- 4 Como você classifica os recursos materiais disponíveis para atendimento de uma PCR nesta unidade?
 - 4.1 Acredita que existam materiais que poderiam ser utilizados em uma PCR e que não estejam disponíveis para trabalho? Quais?
- 5 Como você classifica os recursos humanos disponíveis na unidade para atendimento a uma PCR? Os recursos humanos aqui disponíveis são como você acredita que deveriam ser?
- 6 Como você classifica seu conhecimento teórico?
- 7 Como você classifica sua habilidade prática?
- 8 Já recebeu alguma capacitação para atendimento a PCR? Se sim, há quanto tempo?
- 9 Com qual frequência você acredita que uma capacitação sobre atendimento à PCR deve ocorrer?
- 10 Na assistência a uma PCR nesta unidade:

10.1 Há uma definição de quais profissionais ou de qual ação os profissionais irão desempenhar em caso de PCR?

10.2 Como essas definições (quais profissionais e/ou qual ação irão desempenhar) são feitas?

10.3 Você atua nas compressões torácicas? Como você as realiza quanto à localização; frequência, profundidade, tempo/ciclo?

10.4 Você atua na ventilação? Como você realiza quanto à frequência, tempo/ciclo?

10.5 Você atua na administração de medicação em PCR?

10.5.1 Quais medicações são rotina em PCR? Como são usadas?

10.5.2 Como você atua na administração de medicamento? Preparando, administrando ou controlando o tempo?

11 Você acredita que há questões na sua assistência a uma PCR que precisariam ser melhoradas?

11.1 E na assistência da equipe?

11.2 Quais pontos você acredita que precisariam ser melhoradas?

11.3 Como você acredita que essa melhoria seria possível?

12 Você acredita que um material informativo associado a explanação de conteúdo sobre parada cardiorrespiratória, lhe ajudaria para posterior atendimento a uma PCR na unidade? Se sim, como esse material estaria colaborando? Quais informações ele deve conter?

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM ÊNFASE
NA ATENÇÃO À SAÚDE CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO
TRABAHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

“A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR”

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO

| | | |
|---|---------------------------------------|-------|
| Participante nº | Participou da entrevista da pesquisa? | |
| Iniciais: | Idade: | Sexo: |
| Escolaridade: | | |
| Cargo na Instituição: | Tempo de formação no cargo: | |
| Tempo de trabalho na Unidade de Clínica Médica: | Turno: | |

1) Como você avalia o conteúdo do material que lhe foi entregue? _____

2) Como você avalia o material que lhe foi entregue? _____

3) Como você avalia a explicação que lhe foi dada? _____

4) Acredita ter necessidade de mais informações? Quais? _____

5) Alguma observação a fazer? Qual/Quais? _____

Obrigada pela participação!

APENDICE D
AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO À GERÊNCIA DE ENSINO
E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM
ÊNFASE NA ATENÇÃO À SAÚDE
CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO
TRABAHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA



Ilmo(a) Sr. (a)

Prof^a. Dr^a. Susi Heliene Lauz Medeiros

Gerente de Ensino e Pesquisa

HU/FURG – EBSEH

Ao cumprimentá-la cordialmente, venho por meio deste, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada: A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. Este estudo tem abordagem qualitativa.

Asseguro o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos na pesquisa, assim como a instituição, conforme o exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente,

Suelen Gonçalves de Oliveira
 Enfermeira Residente

Prof^a. Dr^a. Janaina Sena Castanheira
 Pesquisadora responsável

De acordo

Data: ____/_____/2017

Prof^a. Dr^a. Susi Heliene Lauz Medeiros
 Gerente de Ensino e Pesquisa do HU-FURG

APÊNDICE E
DECLARAÇÃO DA DIREÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL HOSPITALAR COM
ÊNFASE NA ATENÇÃO À SAÚDE
CARDIOMETABÓLICA DO ADULTO
TRABAHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA



Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

Rio Grande, de _____ de 2017.

Prof^a. Dr^a. Giovana Calcagno Gomes

Diretora da Escola de Enfermagem

ANEXO A - Parecer de aprovação do CEPAS

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 12/2017

CEPAS 95/2016

Processo: 23116.009524/2016-30

CAAE: 62555416.0.0000.5324

Título da Pesquisa: A assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória em uma unidade de internação hospitalar

Pesquisador Responsável: Janaina Sena Castanheira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 173/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**A assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória em uma unidade de internação hospitalar**".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2017.

Rio Grande, RS, 17 de janeiro de 2017

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG