

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM
SAÚDE**

ANDREA MACHADO MARKUS

**AS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO AO PACIENTE EM PARADA
CARDIOPULMONAR EM EMERGÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

ANDREA MACHADO MARKUS

**AS AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO
ATENDIMENTO AO PACIENTE EM PARADA
CARDIOPULMONAR EM EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Saúde – Área de concentração: Urgência e Emergência.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação do cuidado.

Orientadora: Dra. Sabrina da Silva de Souza.

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Markus, Andrea Machado

As ações da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar em emergência / Andrea Machado Markus ; orientadora, Sabrina da Silva de Souza - Florianópolis, SC, 2013.

96 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Multidisciplinar em Saúde. 2. Parada Cardiopulmonar. 3. Serviço Hospitalar em Emergência. 4. Ressuscitação Cardiopulmonar. 5. Reanimação Cardiopulmonar. I. Souza, Sabrina da Silva de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

As ações da equipe de enfermagem no atendimento ao paciente em Parada Cardiopulmonar em Emergência.

Andrea Machado Markus

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello

Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

Banca Examinadora:

Dra. Sabrina da Silva de Souza (Presidente)

Profa. Dra. Lúcia Nazareth Amante (Membro)

Profa. Dra. Kátia Cilene Godinho Bertoncello (Membro)

Profa. Dra. Eliane Regina Pereire do Nascimento (Membro)

AGRADECIMENTOS

*A **Deus**, pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelas oportunidades e auxílio nas minhas escolhas e me confortar nas horas difíceis.*

*Ao meu **esposo Gabriel** pelo amor e paciência nos meus “maus” momentos. Amo você demais! Graças a sua presença foi mais fácil transpor os dias de desânimo e cansaço!*

*A minha **família** que me ensinou: “Para ser grande é preciso ser perseverante e forte”. Por todo amor, carinho e apoio incondicionais, por entender minha ausência.*

*A minha nova família **RIMs**: "Escolhemos este caminho e juntos chegamos ao término de um momento de grande importância. A partir de hoje, parte de nossa história vai ficando para trás, mas com certeza, tempo nenhum apagará o que juntos passamos, o que juntos vivemos!"*

*A minha orientadora **Dra Enfa Sabrina** pelos importantes ensinamentos tanto científicos quanto pessoais, pela amizade e apoio, e pelo conforto nas horas difíceis.*

*Aos meus companheiros da **Emergência** obrigada por me receber de braços abertos, dois anos de convivência deixamos de ser colegas para nos tornarmos amigos. Obrigada por confiarem em mim!*

*Aos **pacientes**: Agradeço a todos aqueles que, confiantes, se entregaram às minhas mãos.*

*A todos os meus **amigos**, pelo apoio e momentos de alegria! Que mesmo em momentos de angústia me fizeram rir e me deram motivos para festejar.*

*Enfim, a **todos** que de alguma maneira contribuíram para a execução desse trabalho, seja pela ajuda constante ou por uma palavra de amizade. **Muito Obrigada!***

"O que fazemos para nós, morre conosco.
O que fazemos pelos outros e pelo
mundo, continua e é imortal".

Albert Pine

MARKUS, Andrea Machado. **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.

Orientadora: Dra. Sabrina da Silva de Souza
Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação do cuidado.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, que teve como objetivo construir com a equipe de enfermagem em uma unidade de emergência um instrumento de ações para ressuscitação cardiopulmonar. Participaram da pesquisa 18 profissionais de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2012 através de três encontros de grupo de convivência a fim de obter o maior número de opiniões possíveis. Os encontros tiveram como objetivos a reflexão dos princípios da Ressuscitação Cardiopulmonar e melhor posicionamento/função de cada profissional no atendimento a fim de a equipe de enfermagem expressar suas ideias e opiniões, a olhar a situação e identificar carências e/ou problemas. Os grupos tiveram em média uma hora e meia de duração e no final deste processo, teve-se como resultado a construção da equipe de atendimento em Ressuscitação Cardiopulmonar (número de profissionais, cargos, funções, responsabilidades e organização). Para a análise dos dados, utilizou-se os quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Da análise dos dados qualitativos surgiram três categorias: o enfermeiro como líder da equipe; propondo funções na equipe de Ressuscitação Cardiopulmonar e o despreparo da equipe. Identificou-se lacunas no atendimento de enfermagem na parada cardiopulmonar quanto ao conhecimento técnico-científico, principalmente relacionado ao aspecto prático, relacionado a dificuldade de se trabalhar em equipe de forma dinâmica e organizada assumindo cada um o papel ao qual foi designado. Mostrou ainda que ter e reconhecer o enfermeiro como líder que direcione o atendimento de forma correta e de qualidade, bem como ter instrumentos que padronizam o atendimento ao paciente grave auxiliam no atendimento seguro e de excelência.

Palavras-chave: Parada Cardiopulmonar, Serviço Hospitalar em Emergência, Ressuscitação Cardiopulmonar, Reanimação Cardiopulmonar, Enfermagem em Emergência.

MARKUS, Andrea Machado. **Nursing staff actions in patient care with Emergency Cardiopulmonary Parade**. 2013. 96p. Dissertation – Professional Masters Degree Program Multidisciplinary Health, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Academic Tutor: Dra. Sabrina da Silva de Souza
Research Line: Technology and Innovation of care.

ABSTRACT

This is a qualitative research, convergent assistance type, which aimed to build with the nursing staff in an emergency department an instrument of action to cardiopulmonary resuscitation. Participants were 18 nurses. Data collection occurred from November to December 2012 through three acquaintanceship group meetings in order to get as many opinions as possible. The meetings had as objectives the thinking of principles of Cardiopulmonary Resuscitation and better positioning / role of each professional in service to the nursing staff express their ideas and opinions, to look at the situation and identify needs and / or problems. The groups had on average an hour and a half long and at the end of this process, had as result the construction of a service team in Cardiopulmonary Resuscitation (number of professional positions, roles, responsibilities and organization). For data analysis, we used the four generic processes: gathering, synthesizing, theorizing and transfer. Analysis of the qualitative data emerged three categories: the nurse as team leader; proposing functions on Cardiopulmonary Resuscitation team and the lack of knowledge of the staff. There were gaps identified in nursing care in cardiopulmonary arrest on the technical and scientific knowledge, primarily related to the practical aspect, related to the difficulty of working dynamic and organized in a team, assuming each one the paper in which it was designed. Also showed that having and recognize the nurse as leader who directs the service correctly and with quality, as well as having tools that standardize patient care serious help in safe care and excellence.

Keywords: Cardiopulmonary arrest, Hospital Service in Emergency, Cardiopulmonary Resuscitation, Emergency Nursing.

MARKUS, Andrea Machado. **Las acciones del personal de enfermería en la atención al paciente en parada cardiopulmonar de emergencia.** 2013. 96p. Disertación – Máster Profesional Grado Programa de Salud Multidisciplinario, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Dra. Sabrina da Silva de Souza

Línea de Investigación: Tecnología e Innovación de la atención.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, del tipo convergente, cuyo objetivo es construir con el personal de enfermería en una unidad de emergência un instrumento de acción para la reanimación cardiopulmonar. Los participantes fueron 18 enfermeras. Los datos fueron recolectados entre noviembre y diciembre de 2012 a través de tres reuniones de grupos de apoyo con el fin de obtener tantas opiniones cuanto posibles. Las reuniones tuvieron como objetivos la reflexión de los principios de la Reanimación Cardiopulmonar y un mejor posicionamiento / papel de cada profesional en el servicio para que el personal de enfermería expresara sus ideas y opiniones, para mirar a la situación e identificar las necesidades y / o problemas. Los grupos tenían en promedio una hora y media de largo y al final de este proceso, tuvo como resultado la construcción de una equipo en Resucitación Cardiopulmonar (número de profesionales, funciones, responsabilidades y organización). Para análisis de los datos, se utilizaron los cuatro procesos genéricos: recopilación, síntesis, teorización y transferencia. Del análisis de los datos cualitativos surgió tres categorías: la enfermera como líder del equip; proponiendo funciones en el equipo de reanimación cardiopulmonar y la falta de preparación del equipo. Se identificaron brechas en los cuidados de enfermería en parada cardiorrespiratória cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, sobre todo en relación con el aspecto práctico, relacionado con la dificultad de trabajar en equipo en un entorno dinámico y organizado asumiendo cada uno del papel en el que fue indicado. También mostró que tener y reconocer a el enfermero como líder que direcciona el servicio de manera correcta y de calidad, además de contar con herramientas que estandarizan la atención a el paciente em estado crítico ayudan en la atención segura y de excelencia.

Descriptor: parada cardiopulmonar, Servicio de Hospitales en Emergencia, Resucitación cardiopulmonar, Enfermería de Emergencia.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE	Atendimento cardiovascular de emergência
AESP	Atividade elétrica sem pulso
AHA	<i>American Heart Association</i>
ANZCOR	Conselho de Ressuscitação da Austrália e Nova Zelândia
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ERC	Conselho Europeu de Ressuscitação
EUA	Estados Unidos da América
EV	Acesso endovenoso
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FV	Fibrilação Ventricular
HSFC	<i>Heart Stroke Foundation of Canada</i>
IAHF	<i>Inter American Heart Foundation</i>
ILCOR	<i>International Liaison Committee on Resuscitation</i>
IO	Acesso intra-ósseo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PCP	Parada Cardiopulmonar
RCA	<i>Resuscitation Council of Asia</i>
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RCSA	Conselhos e Ressuscitação da África do Sul
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SEI	Serviço de Emergência Interno

SME	Serviço Médico de Emergência
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Taquicardia Ventricular
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Algoritmo de SBV Adulto simplificado	32
Figura 2: Algoritmo de SAV de PCP	33
Figura 3: Posições e funções dos membros da equipe no atendimento a RCP no SAV.	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Instrumento de ações da equipe de saúde para ressuscitação cardiopulmonar em emergência.	59
--	----

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
INTRODUÇÃO	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	29
2.2 PARADA CARDIOPULMONAR.....	30
2.2.1 Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar Intra-hospitalar	31
2.2.2 Atuação da enfermagem na Ressuscitação Cardiopulmonar.	40
3 MÉTODO.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL....	43
3.2.1 Fase de concepção.....	43
3.2.2 Fase de instrumentação	44
3.2.3 Fase de Perscrutação.....	45
3.2.4 Fase de Análise e Interpretação	47
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 MANUSCRITO 1: AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM PARADA CARDIOPULMOAR EM EMERGÊNCIA.....	49
4.2 MANUSCRITO 2: O COTIDIANO DE UMA SALA DE REANIMAÇÃO EM PARADA CARDIOPULMONAR DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO BRASIL	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	89

INTRODUÇÃO

A parada cardiopulmonar (PCP) inesperada ocasiona, muitas vezes, consequências devastadoras para a pessoa afetada, família e amigos. Para reverter, algumas reanimações prosseguem com sucesso e em longo prazo com bons resultados, porém não é o que acontece com a maioria apesar dos grandes esforços e melhoria no atendimento a saúde durante a última década (LIPPERT, 2010).

Lino (2006) afirma que a PCP até pouco tempo atrás era sinônimo de morte, pois não mais que 2% sobreviviam, hoje este índice de sobrevida chega a alcançar mais de 70% se o socorro for precoce e eficaz e está substancialmente relacionado ao tempo entre o incidente e o início da ressuscitação e na eficácia técnica da realização de manobras de ressuscitação.

A assistência aos pacientes em PCP requer um conjunto de intervenções, que devem ser executadas de forma rápida e precisa. Especificamente, no ambiente intra-hospitalar, essa situação gera uma mobilização especial na equipe médica e de enfermagem, transformando-se, muitas vezes, em um momento de estresse, na medida em que salvar a vida do outro é um desafio coletivo (LUZIA; LUCENA, 2009).

Para Baggio, Callegaro e Erdmann (2008), o profissional de enfermagem ao atuar em unidade crítica de saúde deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade, bem como, capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano.

Porém durante o atendimento de pacientes vítimas de PCP, é possível se deparar com profissionais de enfermagem que têm dificuldade em realizar o atendimento básico de urgência ou mesmo dificuldade em manusear o carrinho de ressuscitação cardiopulmonar. Muitas vezes não se define as funções resultando em um atendimento desorganizado, conflituoso, diminuindo a eficácia do atendimento em RCP. Convém lembrar que essa dificuldade no atendimento não se restringe à equipe de enfermagem, mas também é, muitas vezes, observada em outros profissionais da área de saúde que também participam do atendimento (SILVA et al., 2011).

Por este motivo é fundamental que os profissionais de saúde sejam preparados e organizados para atuar frente as decisões de uma PCP, pois decisões e ações tomadas antecipadamente, dentro de segundos/minutos salvam a vida da pessoa afetada. Feitosa Filho (2006) afirma que o

atendimento da PCP é conhecimento prioritário de todo profissional de saúde, independente de sua especialidade, e que no ambiente da Emergência, a necessidade de atitudes rápidas e precisas determina a indispensabilidade da contínua atualização das novas diretrizes.

Com intuito de estudar sobre o tema e propor a padronização mundial do atendimento ao paciente em PCP foi realizado um fórum entre as principais organizações de ressuscitação de todo o mundo quando foi criada, em 1992, a *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) [Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação] para promover um fórum entre as principais organizações de ressuscitação de todo o mundo (TIMERMAN et al., 2010).

Nestes fóruns foram criadas e recomendadas as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) a partir de um consenso médico-científico sobre as manobras e técnicas mais apropriadas para a RCP e desde 2000 estas diretrizes são estudadas/discutidas semestralmente e publicadas em âmbito internacional de cinco em cinco anos visando melhorar as chances de sobrevivência das vítimas em PCP (TIMERMAN et al., 2010).

Vale destacar que o êxito na reversão de uma parada cardíaca depende de fatores como: condições clínicas do paciente antes da PCP, as causas que determinaram a PCP, uniformidade e perfeição das manobras aplicadas de RCP envolvendo pessoal leigo e de equipes devidamente treinadas. Dentre as características citadas, a participação de equipes treinadas e a uniformidade das manobras de RCP são habilidades diretamente relacionadas à atuação do enfermeiro enquanto profissional capacitado para treinar, instruir e desenvolver ações de planejamento e execução durante o atendimento da PCP (SILVA et al., 2011).

Em sua pesquisa Markus (2012) identificou as principais dificuldades encontradas no dia a dia pelos profissionais de enfermagem durante o atendimento em PCP na sala de ressuscitação de uma emergência e dentre elas se destacou a dificuldade de atuar em equipe de forma organizada seguindo as diretrizes de RCP.

Percebo na prática assistencial que é comum a existência de dúvidas relacionadas à atuação dos profissionais de saúde frente uma PCP devido as inúmeras atualizações e mudanças que ocorrem frequentemente nas diretrizes, bem como a necessidade de organizar e uniformizar o atendimento ao paciente em PCP e também educação continuada dos profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, optei por desenvolver um estudo no setor de Emergência adulto de um hospital universitário a fim de contribuir para a padronização do atendimento ao paciente em PCP, visando a melhoria

do atendimento dos profissionais durante este período crítico de vida.

Assim, este estudo procura responder a seguinte questão de pesquisa:

Quais as ações que devem ser contempladas em um instrumento para ressuscitação cardiopulmonar em emergência?

Para responder a questão do estudo estabeleceu-se o seguinte objetivo:

Construir com a equipe de enfermagem em uma unidade de emergência um instrumento de ações para ressuscitação cardiopulmonar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A doença isquêmica do coração é a principal causa de morte no mundo (NOLAN, 2005). A PCP é responsável por mais de 60% das 335 mil mortes anuais estimadas doenças coronarianas, nos Estados Unidos (ZHENG; CROFT; GILES, 2009). A incidência anual de PCP na América do Norte é de aproximadamente 0,55 em cada 1.000 pessoas (CIRCULATION, 2005).

No Brasil não existem dados concretos quanto à incidência da parada cardíaca súbita, uma vez que os dados epidemiológicos de mortalidade e morbidade/morbilidade são agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10, no entanto essa realidade não é diferente. Entretanto os dados do Ministério da Saúde apontam que, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2004, as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte no país (31,78%), seguidas das neoplasias (15,32%) e das causas externas (14,58%). O Estado de Santa Catarina apresenta valores semelhantes à média nacional com 32,35% de mortes por doenças do aparelho circulatório, 19,67% por neoplasias e 13,04% devido a causas externas, para o mesmo período (BRASIL, 2000-2004).

Por outro lado, no período compreendido entre Janeiro de 2000 e Fevereiro de 2007 ocorreram 8.458.204 internações devido a doenças do aparelho circulatório em todo o Brasil. Sendo que só no Estado de Santa Catarina ocorreram 349.095 dessas internações (BRASIL, 2000-2007). Já no ano de 2010 a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório foi de 171,1 óbitos por 1000 habitantes, seguidas de 92,4/1000hab por neoplasias malignas e 75,1/1000hab por causas externas (BRASIL, 2010).

O sucesso da RCP que ocorre dentro de um hospital é de apenas 30%, sendo que somente 15% recebem alta sem nenhuma sequela neurológica (PEREIRA; NETO, 2004). O óbito fora do ambiente hospitalar quase sempre ocorre por fibrilação ventricular mas geralmente não está associado a episódio de infarto agudo do miocárdio, ao contrário da PCP que ocorre nos hospitais onde o infarto agudo do miocárdio ou as doenças sistêmicas são os principais responsáveis (PEREIRA; NETO, 2004). A RCP em pacientes hospitalizados se torna

mais complexa quando comparada à do ambiente extra-hospitalar, pois, mesmo dispondo-se de recursos de suporte de vida avançado, a comorbidade e gravidade das doenças nesses pacientes costuma ser maior, o que pode predizer pior prognóstico (TIMERMAN et al., 2010).

A PCP é um evento dramático, responsável por morbimortalidade elevada, mesmo em situações de atendimento ideal. O tempo apresenta-se como variável importante; estima-se que cada minuto de permanência em PCP diminua em 10% a probabilidade de sobrevivência do indivíduo (PAZIN FILHO et al., 2003). O conhecimento e atualização quanto às recomendações das novas diretrizes da RCP são essenciais para reduzir a mortalidade associada a PCP dos pacientes de qualquer faixa etária.

2.2 PARADA CARDIOPULMONAR

A PCP é a suspensão súbita da circulação sistêmica das atividades ventricular útil e ventilatória em um indivíduo com expectativa de restauração da função cardiopulmonar e cerebral. Desta forma, definiu-se a RCP como conjunto de procedimentos após PCP com objetivo de manter artificialmente a circulação de sangue arterial ao cérebro e outros órgãos vitais até a ocorrência do retorno da circulação espontânea (GUIMARÃES et al., 2008).

Na PCP, o tempo é variável importante, estimando-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% de probabilidade de sobrevivência sejam perdidos. O treinamento dos profissionais de saúde no atendimento padronizado dessa situação clínica pode ter implicações prognósticas favoráveis (PAZIN FILHO et al., 2003).

Em 1960, um grupo de pioneiros estudiosos da ressuscitação combinou respiração boca a boca com compressões torácicas para criar a ressuscitação cardiopulmonar, a ação de salvamento que hoje chamamos de RCP. Essa ação, quando fornecida imediatamente após uma PCP súbita, pode duplicar e até mesmo triplicar a chance de sobrevivência (TIMERMAN et al., 2010).

Com a evolução, foi criado em 1992 a ILCOR, que tem como objetivos proporcionar um fórum de discussão e de coordenação de todos os aspectos da RCP no mundo inteiro; promover a investigação científica em áreas de reanimação; divulgar informações sobre a formação e a educação em ressuscitação; criar um mecanismo para recolher, analisar e compartilhar dados científicos internacionais de

ressuscitação; produzir declarações sobre temas específicos relacionados à ressuscitação que reflitam um consenso internacional (TIMERMAN et al., 2010).

A ILCOR atualmente é composta por representantes do mundo inteiro: American Heart Association (AHA); Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC); Heart Stroke Foundation of Canada (HSFC); Conselho de Ressuscitação da Austrália e Nova Zelândia (ANZCOR); Conselhos e Ressuscitação da África do Sul (RCSA); Inter American Heart Foundation (IAHF); Resuscitation Council of Asia (RCA) na qual criaram as diretrizes de RCP a partir de um consenso médico-científico (TIMERMAN et al., 2010).

Estas diretrizes são estudadas e discutidas semestralmente e publicadas em âmbito internacional a cada cinco anos e no dia 18 de outubro de 2010, o encontro resultou na última publicação com as novas recomendações para o atendimento de paciente em parada cardiorrespiratória e atendimento cardiovascular de emergência (ACE). O propósito na formulação dessas diretrizes é a redução da incidência de mortes ocasionadas por estas doenças através do atendimento emergencial a estas vítimas, prestando cuidados em regime de excelência (TIMERMAN et al., 2010).

2.2.1 Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar Intra-hospitalar

O Suporte Básico de Vida (SBV) consiste no pilar do atendimento ao paciente em PCP, com o objetivo de manter oxigenação e, principalmente, perfusão dos órgãos vitais por meio de manobras contínuas (BERG et al., 2010)

Os aspectos fundamentais do SBV incluem reconhecimento imediato da PCP e acionamento do serviço de emergência, RCP precoce e desfibrilação rápida. Segundo essa nova diretriz, deu-se grande ênfase para o atendimento de alta qualidade com compressões torácicas rápidas e fortes, devendo a desfibrilação e o atendimento avançado ser realizados de forma a minimizar as interrupções na RCP. Outra mudança foi a sequencia para atendimento recomendada. Agora a recomendação é que se inicie as compressões torácicas antes da ventilação de resgate. A antiga sequencia A-B-C (vias Aéreas - Boa ventilação - Compressão Torácica) agora é C-A-B (CHRISTENSON et al., 2009).

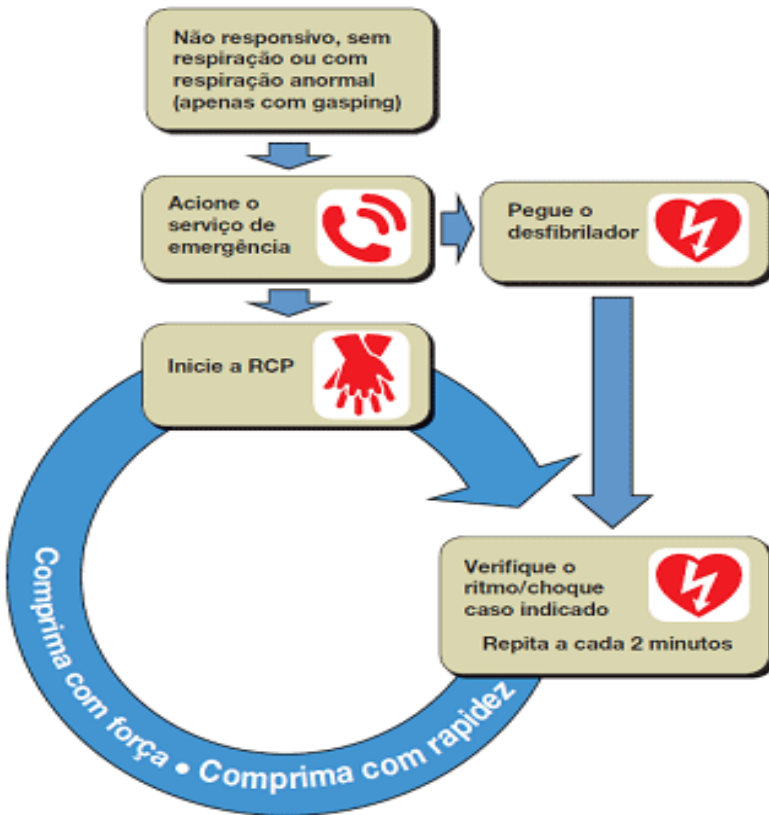


Figura 1: Algoritmo de SBV Adulto simplificado

Fonte: Reproduzido de American Heart Association: Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE [versão em Português].

A manutenção do SBV, logo após iniciando a desfibrilação precoce, mantendo a ventilação e controle das vias aéreas, circulação artificial, monitoramento cardíaco, obtenção de um via intravenosa e o uso de fármacos com atuação de uma equipe multiprofissional é definido como suporte avançado de vida (SAV). Assim, o pilar para o sucesso no SAV é o SBV realizado de forma ágil e correta dando destaque as compressões torácicas (AEHLERT, 2013).

Suporte Avançado de Vida

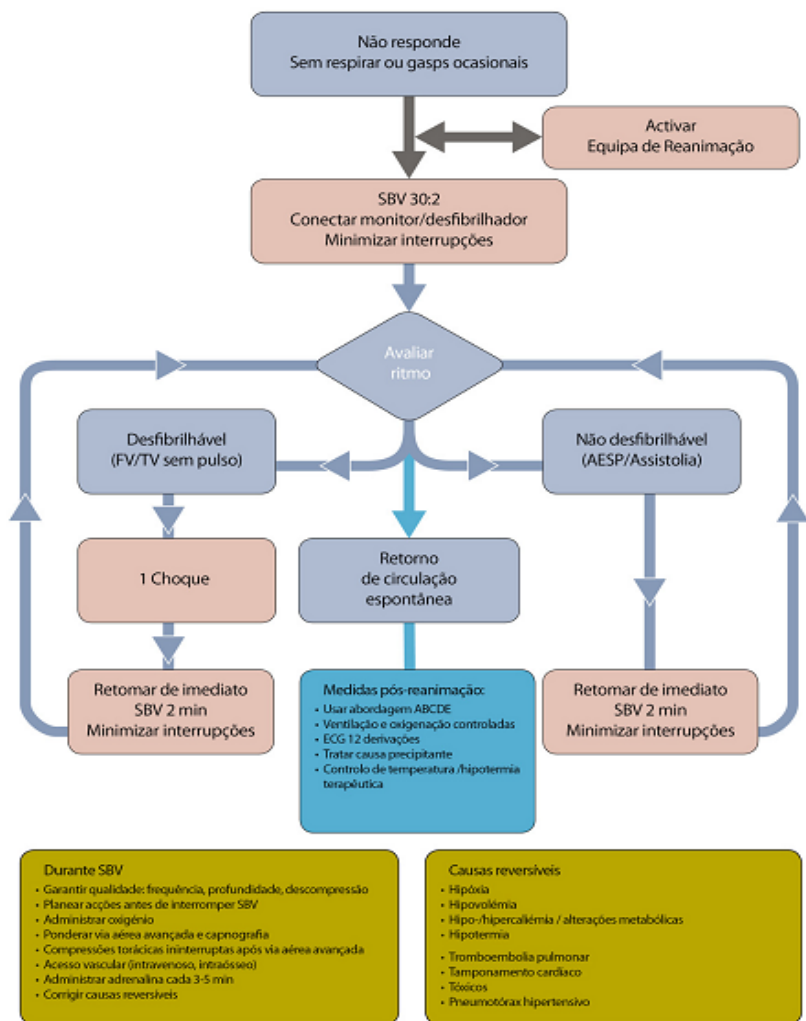


Figura 2: Algoritmo de SAV de PCP

Fonte: ERC, 2010.

2.2.1.1 Compressão Torácica

As compressões torácicas consistem em aplicações rítmicas e fortes na metade inferior do esterno, devendo ser realizadas rapidamente em todos os pacientes que se encontram em PCP (OLASVEENGEN; WIK; STEEN, 2008)

Ao identificar um paciente em PCP deve-se acionar a equipe e iniciar imediatamente as compressões torácicas. As compressões torácicas geram um pequeno fluxo de sangue para o cérebro e miocárdio no qual aumenta a probabilidade de sucesso da desfibrilação. Elas devem ser de elevada qualidade, o que significa uma frequência de 100 compressões por minuto, devem deprimir o esterno 5cm (no adulto) sem ultrapassar os 6cm, permitir a retração do tórax depois de cada compressão e realizar o mínimo de interrupções durante qualquer intervenção (AHA, 2010).

A relação compressão-ventilação de 30:2 foi mantida até a utilização de um dispositivo avançado de via aérea, que passará para compressões torácicas contínuas (no mínimo, cem por minuto) e uma ventilação a cada seis a oito segundos (oito a dez ventilações por minuto). Após um minuto de RCP é comum o profissional que realiza as compressões torácicas apresentar fadiga. A fadiga pode conduzir a inadequada frequência e profundidade da massagem cardíaca (SUGERMAN et al., 2009; MANDERS, GEIJSEL, 2009). Deve-se também assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores seja mínimo (JERRY et al., 2010).

Nunca é demais ressaltar a necessidade de compressões torácicas contínuas. Mesmo as pequenas interrupções têm consequências desastrosas nos resultados e todos os esforços devem ser concentrados em manter compressões eficazes, sem interrupções e durante todo o processo da reanimação (JERRY et al., 2010).

Por este motivo, em uma equipe de RCP deve-se ter no mínimo um reanimador, porém para maior qualidade no atendimento indicam-se dois reanimadores por equipe.

Enfatiza-se a mudança, nessa nova diretriz, no sentido de se recomendar o início da RCP através da compressão torácica antes da ventilação (C-A-B, em vez de A-B-C). Essa alteração reflete a crescente evidência da importância das compressões torácicas. O segundo passo, após realizadas compressões de alta qualidade, tem início os cuidados com a ventilação (AHA, 2010).

2.2.1.2 Ventilação

Desconhece-se quais são os valores ideais do volume corrente, frequência respiratória, concentração de oxigênio no ar inspirado e dióxido de carbono no ar expirado, porém sabe-se que a insuflação deve demorar um segundo e ter volume suficiente para fazer o tórax expandir, evitando insuflações rápidas e forçadas (BOBROW et al., 2008). As duas ventilações devem demorar menos de cinco segundos e deve-se evitar ao máximo interrupções nas compressões torácicas pois diminuem a sobrevida. Estas recomendações aplicam-se a todas as formas de ventilação durante a reanimação.

Assim, deve-se manter a permeabilidade da via aérea e ventilar com o equipamento disponível mais apropriado. Geralmente a máscara facial, que deve ser complementada com via aérea adjuvante e oxigênio suplementar. Em alternativa pode-se utilizar um adjuvante da via aérea supra-glótico com insuflador ou utilizar máscara facial e insuflador, em sintonia com a política institucional. A intubação traqueal é a melhor e mais eficaz das formas de assegurar a via aérea, mas só deve ser tentada por operacionais treinados, com experiência regular e continuada nesta técnica. Os operacionais experientes devem tentar a laringoscopia e intubação traqueal sem interromper as compressões torácicas, podendo ser necessária uma breve pausa (que não deve exceder os 10 segundos) para fazer passar o tubo pelas cordas vocais (JERRY et al., 2010), entretanto cabe ressaltar que a intubação traqueal é de responsabilidade do profissional médico.

As tentativas prolongadas de intubação traqueal são prejudiciais e a interrupção das compressões torácicas compromete a perfusão cerebral e coronária. Katz e Falk (2001) relatam que as tentativas de intubação traqueal chegam a contribuir com cerca de 25% do tempo de interrupção das compressões.

Logo que tenha sido colocada uma via aérea supra-glótica ou feita a intubação traqueal manter as compressões torácicas sem interrupção (interrompendo só para desfibrilar e pesquisar pulso quando indicado) com uma frequência de 100 batimentos por minuto e ventilar a 10 movimentos respiratórios por minuto. Deve-se evitar hiperventilação (quer por excesso de frequência e/ou volume corrente) porque pode piorar o prognóstico (JERRY et al., 2010).

Por estas razões deve-se ter um profissional responsável pela manutenção das vias respiratórias durante o atendimento ao paciente em PCP. É indicado que nesta posição seja o médico (de preferência

especialista em emergência) devido suas competências legais para a intubação oro-traqueal.

2.2.1.3 Desfibrilação

Ao identificar uma PCP, o profissional deve iniciar imediatamente dois minutos de compressão/ventilação e avisar a equipe sobre o ocorrido. À chegada do desfibrilador, aplicar as pás e analisar o ritmo. Se existirem pás auto-adesivas, aplicá-las sem interromper as compressões torácicas. As pás do desfibrilador ou as auto-adesivas permitem identificar o ritmo mais rapidamente do que com a colocação de eletrodos, sem interromper as compressões torácicas (DEAKIN et al., 2010).

Quando a desfibrilação é necessária, deve aplicar-se um só choque e prosseguir imediatamente com compressões torácicas. Não atrasar a reanimação para analisar o ritmo ou palpar pulso depois de aplicar o choque. Quando se utilizam desfibriladores manuais fazer uma pausa breve para identificar o ritmo, se for FV/TV acionar a carga enquanto outro reanimador mantém as compressões torácicas. No momento em que o desfibrilador estiver carregado, interromper as compressões torácicas, assegurar que toda a equipe está afastada da vítima e aplicar o choque. Reiniciar compressões imediatamente a seguir à tentativa de desfibrilação e manter o SBV de 30 compressões: duas ventilações durante dois minutos até se voltar a analisar o ritmo e a dar outro choque (se indicado) (DEAKIN et al., 2010).

O intervalo entre a parada das compressões torácicas e a aplicação do choque (pausa pré-choque) deve ser reduzido ao mínimo possível; mesmo 5-10 segundos de pausa reduzem a probabilidade de o choque ser eficaz. A totalidade do processo de desfibrilação deve estar completa em menos de 5 segundos (FORCINA et al., 2009).

Depois que realizar dois minutos de compressão/ventilação, fazer uma pausa para avaliar o ritmo, se a FV/TV persistir deve-se aplicar um novo choque e retornar a compressão/ventilação (30:2) começando pelas compressões torácicas, sem avaliar ritmo novamente ou pesquisar pulso e seguir assim sucessivamente. Se já possuir acesso endovenoso (EV), iniciar com drogas vasoativas (adrenalina e amiodarona) logo que as compressões tenham sido retomadas (JERRY et al., 2010). É importante lembrar que na atividade elétrica sem pulso (AEsP) e na assistolia não é indicado a desfibrilação.

Sendo assim, deve-se ter um profissional responsável pelo aparelho de desfibrilação e realização dos choques quando se faz necessário.

2.2.1.4 Acesso Intravascular

Iniciada a reanimação é necessário puncionar uma veia de grosso calibre e preparar os medicamentos que podem ser necessários na reanimação. A cateterização de veias periféricas é mais rápida, fácil e segura do que a cateterização central. Os fármacos administrados por via periférica devem ser seguidos de bólus de 20mL de soro fisiológico (JERRY et al., 2010).

Se a colocação de acesso EV for difícil, considerar a possibilidade de colocar acesso intra-ósseo (IO). Os fármacos administrados por via IO chegam ao plasma em dose e tempo comparável ao que se passa quando administrados por acesso venoso central. Porém são necessários sistemas mecânicos de colocação de acesso IO a fim de facilitar a execução da técnica (JERRY et al., 2010).

O acesso intra-ósseo é usado principalmente para garantir rapidamente um acesso venoso quando há algum retardo ou dificuldade para acesso venoso periférico. Consiste em técnica de simples aprendizado e suas complicações são inferiores a 1%. Com o advento de novos equipamentos e bombas injetoras a agilidade do acesso ósseo nos ossos longos dos adultos foi otimizada e trouxe sua prática mais próxima à beira-do-leito (LANE; GUIMARÃES, 2008). Porém não é a realidade das emergências dos hospitais de Santa Catarina.

Cabe ainda ressaltar que as concentrações plasmáticas dos fármacos administrados por tubo traqueal são imprevisíveis e as doses ótimas são desconhecidas. Assim, não é mais recomendável a administração de qualquer fármaco por via traqueal (JERRY et al., 2010).

Por estas razões nota-se a importância de se ter um profissional responsável pelo acesso EV, preparo e administração dos medicamentos necessários durante uma RCP. Além destas atribuições este profissional também fica responsável em fazer as anotações dos procedimentos e medicamentos utilizados e horários realizados para posterior registro do atendimento em RCP.

Seque abaixo uma sugestão de como deve ficar posicionada a equipe multiprofissional no atendimento ao paciente em RCP, no suporte avançado de vida (SAV), de acordo com as funções relatadas

nas diretrizes de RCP 2010.

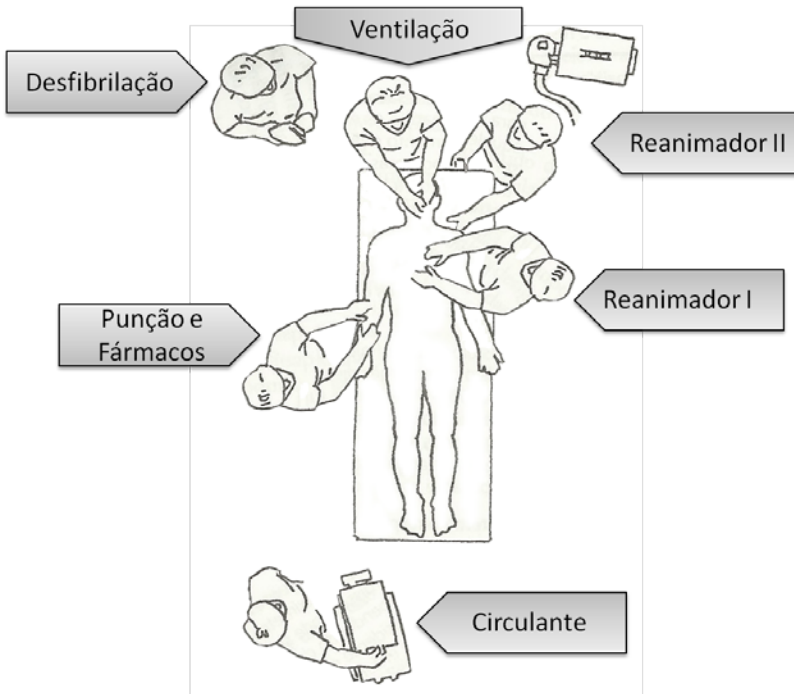


Figura 3: Posições e funções dos membros da equipe no atendimento a RCP no SAV.

Fonte: MARKUS, 2012.

2.2.1.5 Principais fármacos utilizados em PCP

Adrenalina

Apesar da utilização generalizada de adrenalina na reanimação não há nenhum estudo que demonstre que a utilização de qualquer vasopressor em qualquer fase da reanimação por PCP melhore a sobrevida com estado neurológico intacto à data da alta hospitalar. Apesar da ausência de dados em humanos a adrenalina continua a ser

recomendada com base em dados de estudos com animais e discreto aumento de sobrevivência no curto prazo em humanos (OLASVEENGEN et al., 2009).

Tendo por base um consenso de especialistas, recomenda-se a administração de adrenalina 1mg EV, depois do 3º choque e depois de reiniciadas as compressões torácicas; em caso de assistolia ou AEsP administrar adrenalina logo que haja acesso venoso e em todos os casos repetir a cada 3-5min (ciclos alternados), sem interrupção das compressões torácicas até se conseguir o retorno da circulação espontânea (JERRY et al., 2010).

Amiodarona

Estudos comprovam que a amiodarona melhora o prognóstico de curto prazo à admissão hospitalar na FV refratária ao choque, em comparação com placebo, e com a lidocaína. Com base no consenso de especialistas recomenda-se a administração de 300mg de amiodarona EV, em bólus se a FV/TV persiste após três choques. Em caso de FV/TV refratária ou recorrente pode-se administrar mais 150mg de amiodarona seguida de mais 900mg em perfusão EV nas 24h seguintes (SHAVIT et al., 2009).

Magnésio e Bicarbonato

O magnésio e o bicarbonato utilizados por rotina em contexto de PCP não aumentam a sobrevivência. Somente em caso de PCP associada a hipercalemia e/ou intoxicação por anti-depressores tricíclicos administrar 50mmol de bicarbonato de sódio, eventualmente a repetir em função da evolução analítica (JERRY et al., 2010).

Atropina

A assistolia durante a PCP é geralmente causada por patologia miocárdica primária e não por excesso de estimulação vagal, não havendo evidência de que a atropina seja benéfica no tratamento da assistolia nem da AEsP. Há estudos recentes que não demonstraram qualquer benefício na utilização da atropina quer na PCR pré-hospitalar quer hospitalar e já não se recomenda o uso de atropina por rotina na assistolia nem na AEsP (JERRY et al., 2010).

2.2.2 Atuação da enfermagem na Ressuscitação Cardiopulmonar

Para um bom desempenho durante o atendimento nesta ação é necessário rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica por parte da equipe que realiza esse atendimento; além disso se faz necessário infraestrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado em todos os profissionais, visando o estabelecimento da vida, a limitação do sofrimento, a recuperação do paciente e a ocorrência mínima de sequelas. A partir do momento em que estes requisitos não são atendidos, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências de iatrogênicas e a segurança do paciente fica seriamente comprometida (SILVA, 2006).

Considerando que na maioria das vezes o enfermeiro é o membro da equipe que primeiro se depara com a situação de PCP, este precisa possuir conhecimentos sobre atendimento de emergência, com tomada de decisões rápidas, avaliação de prioridades e estabelecimento de ações imediatas (SMITH; GILCREAST; PIERCE, 2008).

Hillman et al (2001) relatam que os enfermeiros sabem identificar os sinais de deteriorização dos pacientes, porém muitos não sabem como agir diante deles, pois não têm sido preparados para tal. Assim, é enfatizada a necessidade de buscar maior conhecimento e desenvolver novas habilidades para identificar os pacientes em risco de PCP.

Assim, com o progressivo aumento na frequência da PCP há necessidade de capacitação de todos os profissionais de saúde, pois a sobrevivência do paciente depende da competência e instituição imediata das manobras de RCP (MAKINEN et al., 2007). O treinamento das manobras de RCP deve estar voltado para a aquisição de conhecimento teórico, habilidades práticas e atitudes dos profissionais, trabalhados concomitantemente e dentro do contexto da prática dos participantes, para facilitar sua atuação. A padronização das condutas na RCP ajuda na adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia (SILVA, 2006).

Para Laselva e Moura (2005) e Jong et al (2007) a RCP, quando realizada de modo incorreta, associa-se a uma taxa de sobrevida de 4% comparada a 16% quando realizadas corretamente. Sendo assim, torna-se fundamental o aperfeiçoamento contínuo sobre o assunto, possibilitando a capacitação para os profissionais de enfermagem prestarem a conduta adequada dos suportes básico e avançado de vida ao paciente.

Almeida et al (2011) identificaram que um total de 67,1% dos

enfermeiros que trabalham em um hospital responderam incorretamente a questão relacionada com a sequência recomendada para RCP, ou seja, esses profissionais não sabem atuar no atendimento básico de RCP, de acordo com as diretrizes de suporte básico de vida.

Alguns aspectos são fundamentais na qualificação do enfermeiro que atua em situações de emergência. É necessário ter conhecimento científico e habilidade, transmitir segurança à equipe, atuar de forma objetiva e sincronizada. O desenvolvimento e aperfeiçoamento desses aspectos podem ser, entre outros, mediante estudos e educação continuada, o que sem dúvida pode garantir um atendimento de qualidade e com menores riscos ao paciente cuidado (LUZIA; LUCENA, 2009).

Assim, no SAV, a prevenção da PCP intra-hospitalar exige formação dos profissionais, monitorização dos pacientes, um sistema de alarme para pedir ajuda e capacidade para responder com ajuda eficaz, nesta perspectiva Peberdy et al (2003) sugerem que os hospitais devem implementar sistemas de resposta que incluam: profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de complicações e na resposta rápida ao paciente em risco; monitorização regular e apropriada dos sinais vitais; orientações claras para ajudar os profissionais a detectar precocemente a PCP; um modelo claro e uniforme de pedido de ajuda e capacidade para responder de imediato e com eficácia.

Portanto é indispensável o treinamento em reanimação contínuo para garantir aos profissionais de enfermagem competência para atuar em PCP. O treinamento de RCP deve ser realizado pelo menos de três a seis meses para evitar a deterioração das habilidades conhecidas (HAMILTON, 2005).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), de natureza qualitativa, cujo método tem como objetivo articular a teoria com a prática, permitindo movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA requer participação ativa dos sujeitos da pesquisa, está orientada para a realização de mudanças e ou introdução de inovações nas práticas de saúde, o que poderá levar a construções teóricas; portanto a pesquisa convergente é compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua (TRENTINI; PAIM, 2004).

De acordo com Trentini e Paim (2004) quando um pesquisador decide desenvolver uma PCA, ele precisa estar convencido de seus interesses ao se inserir no campo da prática assistencial.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Conforme Trentini e Paim (2004) a PCA apresenta cinco fases ou procedimentos, que são: fase de concepção, de instrumentação, de perscrutação, de análise e interpretação. Essas fases são inter-relacionadas e não acontecem de forma linear como serão apresentadas a seguir.

3.2.1 Fase de concepção

Esta fase compreende a introdução e justificativa do tema, a questão de pesquisa, o objetivo, a revisão de literatura e o referencial teórico (TRENTINI; PAIM, 2004) que ocorreu durante minha entrada na residência multiprofissional onde tive contato com o tem e comecei a estudar sobre o mesmo.

3.2.2 Fase de instrumentação

Esta fase inclui a escolha do espaço físico da pesquisa, dos participantes e dos métodos e técnicas para obtenção e análise dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004).

3.2.2.1 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC. O setor de emergência adulto do HU possui uma demanda de 120 a 200 pacientes ao dia. Nele, são atendidos usuários por livre demanda além dos que são encaminhados pelos bombeiros, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), polícia militar, encaminhamentos pelas unidades básicas de saúde, pronto atendimento, ambulatorios e outros. Atende, principalmente, casos clínicos e, em menor proporção, casos cirúrgicos. O setor é dividido em três áreas de assistência: Acolhimento com Classificação de Risco, Serviço de Emergência Interno (SEI) e Repouso.

O Acolhimento com Classificação de Risco é uma política pública instituída através do Programa de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, onde o paciente refere suas queixas e o enfermeiro classifica o atendimento conforme o risco de morte apresentado. No SEI são atendidos os pacientes classificados no Acolhimento e referenciados por outros serviços. Permanecem aguardando – em macas nos corredores ou poltronas na sala de medicação – em torno de 25 pacientes em observação e, eventualmente, internados. Possui, ainda, uma sala cirúrgica para pequenos procedimentos e uma sala de reanimação para atendimento a pacientes graves. A sala de reanimação possui dois leitos no qual são disponibilizados somente para pacientes graves, em risco de morte. Por este motivo assim que o paciente é estabilizado ele é transferido para outro leito da unidade emergência ou de outro setor do hospital, conforme a necessidade, para que este leito sempre esteja disponível para o atendimento ao paciente grave. Ela também é composta de dois carrinhos de emergência, um desfibrilador e cardioversor manual, monitores cardíacos, medicamentos de PCP entre outros equipamentos e materiais. Por fim, no Repouso estão dispostos 13 leitos, sendo um de

isolamento, onde os pacientes aguardam liberação de vagas nas unidades de internação ou a própria alta.

A equipe deste serviço é composta por 24 médicos (entre clínicos e cirurgiões), 16 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma nutricionista, uma psicóloga, duas bolsistas, uma assistente administrativa, além de seguranças, copeiros e auxiliares de limpeza. Passam, ainda, pelo setor, em caráter de rodízio, residentes (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, bioquímicos), acadêmicos de Enfermagem e de Medicina (HU, 2012).

3.2.2.2 Participantes

Fizeram parte do estudo 18 profissionais de enfermagem que atuam no período diurno assim distribuídos: 13 técnicos de enfermagem e cinco enfermeiros. Como critérios de seleção foram adotados: pertencer a emergência adulto, atuar na Sala de Reanimação e estar trabalhando no dia do grupo e ser da enfermagem. Com relação ao sexo, 11 eram do sexo feminino e sete do masculino. A faixa etária variou entre 20 e 60 anos, com predomínio entre 25 e 35 anos. Com isso buscou-se garantir o princípio da representividade.

3.2.3 Fase de Perscrutação

Nesta fase se evidenciam como as estratégias ou instrumentos para obtenção dos dados foram utilizados, descrevendo sua realização e particularidades. De acordo com Trentini e Paim (2004) as estratégias nascem da criatividade do pesquisador e estas devem ter total aderência ao método de pesquisa. O que garante que as estratégias propostas sejam bem aproveitadas é o caráter de convivência e intimidade, ou seja, de familiaridade com os participantes e os dados. As estratégias devem proporcionar precisão, confiabilidade, fidelidade e outras qualidades exigidas dos dados da pesquisa.

3.2.3.1 Coleta de Dados

Os dados do grupo de convivência foram levantados em três reuniões, que tiveram duração média de uma hora e trinta minutos cada uma. Foi desenvolvida uma proposta de educação em saúde, criando espaços para que as pessoas pudessem expressar as dificuldades encontradas no atendimento em RCP e seus conhecimentos frente a este atendimento. As discussões e reflexões no grupo tiveram a intenção de valorizar as experiências pessoais dos integrantes afim de criar o instrumento através da prática destes profissionais e da literatura científica.

O grupo de convivência é compreendido como um espaço para o desenvolvimento da educação em saúde, provocando uma educação participativa, com a intenção de reconstrução coletiva do viver cotidiano. Nesses grupos, a enfermeira assume o papel de facilitadora, comprometendo-se com o seu crescimento, promovendo discussões sobre os determinantes da saúde e a ativação do desenvolvimento de potencialidades dos integrantes do grupo (DIAS, TRENTINI, SILVA, 1995; SILVA et al., 2002).

O local escolhido para os encontros foi a sala de passagem de plantão do próprio setor e foram realizados nos finais de semana pois como os profissionais participantes estavam trabalhando, normalmente nestes dias há menor procura deste serviço pelos pacientes (menor número de atendimentos), o que permitiu a maior participação dos sujeitos na pesquisa. Os três encontros ocorreram nos meses de novembro e dezembro de 2012 e foram realizados com profissionais diferentes a fim de obter o maior número de opiniões possíveis.

Os encontros tiveram como objetivos a reflexão dos princípios da RCP e o melhor posicionamento/função de cada profissional no atendimento neste atendimento a fim de a equipe de enfermagem expressar suas ideias e opiniões, a olhar a situação e identificar carências ou problemas e discrepâncias, como por exemplo, facilidades ou dificuldades na assistência na Sala de RCP. Nos três grupos foram abordados os mesmos temas com profissionais diferentes com a proposta de uniformizar o atendimento.

No primeiro grupo de convivência, que aconteceu no início da tarde em um sábado, compareceram um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem. Os participantes sentaram em cadeiras dispostas em meia lua visando favorecer o contato e a execução da gravação, de forma que todos pudessem visualizar e ouvir quando cada pessoa estava colocando

suas opiniões ao grupo. Inicialmente foi realizada uma ação educativa, na qual foram mostradas as novas diretrizes de RCP 2010 com o auxílio do programa Microsoft Office PowerPoint 2007® e projeção.

Após a ação educativa, foram lembrados os objetivos deste estudo e a importância da participação dos mesmos neste processo, pela riqueza nas contribuições e pela oportunidade da construção coletiva de um instrumento. Depois disso, foi realizada uma apresentação mostrando os resultados da pesquisa na literatura científica, presentes na revisão de literatura deste trabalho, referente aos posicionamentos e funções que os profissionais devem desempenhar no atendimento em RCP.

Após esta apresentação cada profissional pode expressar seus conhecimentos, ideias e opiniões, olhar a situação e identificar carências ou problemas e discrepâncias do preparo da equipe no atendimento ao paciente em PCP. Durante este processo, que foi de quase uma hora e meia, teve-se também como resultado a construção da equipe de atendimento em RCP (número de profissionais, cargos, funções, responsabilidades e organização).

O segundo encontro foi realizado no final de semana subsequente, também no início da tarde, trouxe o maior grupo, contou com a participação de três enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem e durou aproximadamente uma hora e quarenta minutos. Já o terceiro encontro, que ocorreu no terceiro final de semana, contou com a participação de um enfermeiro e quatro técnicos de enfermagem e durou aproximadamente uma hora e vinte minutos. Estes dois encontros ocorreram com a mesma estruturação do primeiro e obtiveram praticamente os mesmo resultados.

Todas as discussões foram gravadas com o objetivo de registrar falas ou expressões importantes para a construção do instrumento. A finalização do instrumento de ações em RCP se deu após a transcrição e análise de todas as falas e opiniões registradas nos três encontros, comparadas com a literatura e justificadas.

Os profissionais durante todo o processo de construção mostraram-se bastante engajados, comprometidos com a proposta, o que impulsionou sua concretização coletiva, reforçando o quão necessário é o processo educativo no cenário da prática assistencial.

3.2.4 Fase de Análise e Interpretação

A fase de análise se deu através dos quatro processos genéricos:

apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004). Na apreensão iniciou com a coleta de informações e a organização do relato das informações. O processo de síntese ocorreu do estudo das informações obtidas nos grupos, analisando as associações, variações de informações e síntese. No processo de teorização foi desenvolvida relação entre a teoria e prática com a criação do instrumento de cuidados. Com este processo novos conceitos foram elaborados a partir das suas definições e inter-relações. No processo de transferência os resultados foram socializados, através dos encontros, permitindo ajustar e justificar as adaptações que precisaram a ser feitas.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética na saúde corresponde a todos os valores e princípios que permeiam o pensar e o agir dos profissionais visando o bem-estar de todos os envolvidos. A ética se fundamenta em princípios morais, compreendidos como normas de condutas e por princípios legais, compreendidos como regras obrigatórias. A bioética incorpora estes fundamentos para atuar em defesa da vida humana frente aos avanços tecnológicos e científicos (GOLDIM; FRANCISCONI, 2004).

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 19 de novembro de 2012, sob o parecer nº 147.952/2012 (anexo A) e foi fundamentado no Decreto 196/96 que determina as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos e que as define como: qualquer pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta e indireta, em sua totalidade ou partes dele (BRASIL, 2010).

Com o intuito realizar uma pesquisa contínua foram convidados os participantes através do TCLE (Anexo B), uma exigência do CEPESH, que visa garantir principalmente a autorização consciente para o uso das informações obtidas. Os sujeitos do processo foram convidados a participarem espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em alguma forma de constrangimento para os mesmos. Foram garantidos aos sujeitos autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade.

O anonimato das participantes foi resguardado. Os sujeitos foram identificados de acordo com sua categoria profissional, seguido de um algarismo arábico (ex.: ENF1 e TE1).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo serão apresentados por meio de dois manuscritos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 (ANEXO C) que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem. O primeiro trata da construção do instrumento propriamente dito. Nesse artigo foram somadas a análise dos dados referentes ao grupo de convivência comparadas com a literatura científica e justificados. O título dado a esse manuscrito foi: **Ações da equipe de saúde no atendimento ao paciente em parada cardiopulmonar em emergência.**

O segundo manuscrito teve como objetivo a reflexão dos princípios da RCP e o melhor posicionamento/função de cada profissional no atendimento. Foi intitulado: **O cotidiano de uma sala de reanimação em parada cardiopulmonar de um hospital de ensino do Sul do Brasil.**

Os dois artigos foram organizados, conforme o Regimento do Curso de Mestrado Profissional associado à Residência Multidisciplinar em Saúde e serão submetidos para publicação.

4.1 MANUSCRITO 1: AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO PACIENTE EM PARADA CARDIOPULMOAR EM EMERGÊNCIA

**AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO
PACIENTE EM PARADA CARDIOPULMOAR EM
EMERGÊNCIA¹**

ARTIGO ORIGINAL

**ACTIONS OF HEALTH TEAM IN PATIENT CARE IN
EMERGENCY CARDIOPULMONARY ARREST**

ORIGINAL ARTICLE

**ACCIONES DEL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCIÓN AL
PACIENTE EN PARADA CARDIORRESIRATORIA DE
EMERGENCIA**

ARTÍCULO ORIGINAL

Andrea Machado Markus²
Sabrina da Silva de Souza³

RESUMO

Este artigo apresenta a construção coletiva de um instrumento de ações para ressuscitação cardiopulmonar em uma unidade de emergência adulto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa convergente assistencial realizada em uma unidade de emergência adulto. Baseou-se nas Diretrizes de Reanimação-CardioPulmonar da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação 2010. Para a construção do instrumento foram utilizados pesquisa em literatura científica e grupo de convivência, sendo que nos encontros participaram cinco enfermeiros e treze técnicos de enfermagem que atuam na sala de reanimação da emergência adulto. O instrumento contempla o número de profissionais para o atendimento de Suporte Avançado de Vida ao paciente em parada

¹ Recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina da Enfermeira Andrea Machado Markus orientado pela En^ª Dr^ª Sabrina Silva de Souza.

² Mestranda pelo Programa do Curso de Mestrado Profissional Associado À Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Especialista em Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem (NFR/UFSC) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199, CEP 88040-970 - Florianópolis Santa Catarina – Brasil. Telefone/FAX: +55 (48) 3721-9100. Endereço para correspondência: Rod. José Victor da Rosa, 722, apto 806A, Barreiros, São José/SC – CEP: 88117-405. E-mail: andreamarkus@gmail.com.

³ Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina.

cardiopulmonar e suas respectivas funções. Acredita-se que ele propiciará uma prática de cuidados mais segura aos pacientes graves. Sugere-se ainda, o desenvolvimento de novas pesquisas com o intuito de instrumentalizar a enfermagem em emergência, não somente para os cuidados à pacientes em PCP, mas com outros agravos de saúde.

Descritores: Parada Cardiopulmonar, Protocolo, Serviço Hospitalar em Emergência, Ressuscitação Cardiopulmonar, Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

This article presents the collective construction of an instrument of action for CPR in an adult emergency unit. This is a qualitative convergent research held in an adult emergency unit. Based on the Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation- International Liaison Committee on Resuscitation 2010. For the construction of the instrument were used scientific research and acquaintanceship group, in these meetings participated five nurses and thirteen practical nurses who works in the resuscitation room of the adult emergency room. The instrument includes the number of professionals attending the Advanced Life Support to the patient in cardiopulmonary arrest and their functions. It is believed that it will provide a practice of safer care to critically ill patients. It is also suggested the development of new research in order to equip the emergency nursing, not only for the care of patients in CPR, but with other health disorders.

Keywords: Cardiopulmonary arrest, Protocol, Hospital service in emergency, Cardiopulmonary Resuscitation, Emergency nursing.

RESUMEN

En este artículo se presenta la construcción colectiva de un instrumento de acciones para la reanimación cardiopulmonar en una unidad de emergencia de adultos. Se trata de una investigación cualitativa convergente celebrada en una unidad de emergencia de adultos. Está basado en las Directrices para la Resucitación Cardiopulmonar-Alliance Comité de Enlace Internacional de Resucitación 2010. Para la construcción del instrumento se utilizó la investigación científica y el grupo de convivencia, en estas reuniones participaron cinco enfermeras y trece auxiliares de enfermería que trabajan en la sala de reanimación de la sala de emergencia de adultos. El instrumento incluye el número de profesionales que asistieron al Soporte Vital avanzado al paciente en parada cardiorrespiratoria y sus funciones. Se cree que va a proporcionar una práctica de cuidados más segura a los pacientes en estado crítico.

Tambien se sugiere el desarrollo de nuevas investigaciones con el fin de dotar a la enfermeria de emergencia, no solo para la atencion de pacientes en reanimacion cardiopulmonar, pero con otros trastornos de la salud.

Descriptor: parada cardiopulmonar, Protocolo, Servicio hospitalar de emergencia, reanimacion cardiopulmonar, enfermeria de emergencia.

INTRODUÇÃO

O termo ressuscitacao cardiopulmonar (RCP) e utilizado para designar o conjunto de medidas terapeuticas que visam a recuperacao das funcoes cardiocirculatorias, respiratorias e a preservacao da integridade funcional do sistema nervoso central utilizadas no tratamento da parada cardiopulmonar (PCP) (WOODS; FROLELICHER; MOTZER, 2005).

A doenca isquemica do coracao e a principal causa de morte no mundo (NOLAN, 2005). Nos Estados Unidos da America (EUA), a cada 34 segundos uma pessoa tem um ataque cardiaco (LLOYD-JONES, 2009). No ano de 2005, ocorreram no Brasil aproximadamente 250.000 obitos devido a PCP decorrente de doencas do coracao. Estudos indicam que sera a principal causa de morte e incapacitacao no pais ate 2020 (GOMES et al., 2005).

A assistencia aos pacientes em PCP requer um conjunto de intervencoes, que devem ser executadas de forma rapida e precisa. Especificamente, no ambiente intra-hospitalar, essa situacao gera uma mobilizacao especial na equipe medica e de enfermagem, transformando-se, muitas vezes, em um momento de estresse, na medida em que salvar a vida do outro e um desafio coletivo (LUZIA; LUCENA, 2009).

E fundamental que os profissionais de saude estejam preparados e organizados para atuar frente as decisoes de uma PCP pois decisoes e acoes tomadas antecipadamente, dentro de segundos/minutos salvam a vida da pessoa afetada. Feitosa Filho (2006) afirma que o atendimento da PCP e conhecimento prioritario de todo profissional de saude, independente de sua especialidade, e que no ambiente da Emergencia, a necessidade de atitudes rapidas e precisas determina a indispensabilidade da continua atualizacao das novas diretrizes.

O exito na reversao de uma parada cardiaca depende de fatores como: condicoes clinicas do paciente antes da PCP, as causas que determinaram a PCP, uniformidade e perfeicao das manobras aplicadas

de RCP envolvendo pessoal leigo e de equipes devidamente treinadas. Dentre as características citadas, a participação de equipes treinadas e a uniformidade das manobras de RCP são habilidades diretamente relacionadas à atuação do enfermeiro enquanto profissional capacitado para treinar, instruir e desenvolver ações de planejamento e execução durante o atendimento da PCP (SILVA et al., 2011).

Na prática assistencial, percebe-se que é comum a existência de dúvidas relacionadas à atuação dos profissionais de saúde frente uma PCP devido as inúmeras atualizações e mudanças que ocorrem frequentemente.

Nesta perspectiva, optou-se por desenvolver um estudo no setor de Emergência adulto de um hospital universitário a fim de contribuir para a padronização do atendimento ao paciente em PCP, visando a melhoria do atendimento dos profissionais durante este período crítico de vida.

MÉTOD

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou como método a Pesquisa Convergente Assistencial, que tem como característica principal o compromisso de beneficiar o contexto assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática (TRENTINI; PAIM, 2004).O estudo foi realizado na Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC, no período de novembro e dezembro de 2012, através de três encontros de convivência e contou com a participação de cinco enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem. Como critérios de seleção foram adotados o fato de pertencer a emergência adulto, atuar na Sala de Reanimação e estar trabalhando no dia do encontro

Os dados do grupo de convivência foram levantados em três reuniões, que tiveram duração média de uma hora e trinta minutos cada uma. Foi desenvolvida uma proposta de educação em saúde, criando espaços para que as pessoas pudessem expressar as dificuldades encontradas no atendimento em RCP e seus conhecimentos frente a este atendimento. As discussões e reflexões no grupo tiveram a intenção de valorizar as experiências pessoais dos integrantes a fim de criar o instrumento através da prática destes profissionais e da literatura científica.

Os encontros tiveram como objetivos a reflexão dos princípios da

RCP e melhor posicionamento/função de cada profissional no atendimento neste atendimento a fim de a equipe de enfermagem expressar suas ideias e opiniões, a olhar a situação e identificar carências ou problemas e discrepâncias, como por exemplo, facilidades ou dificuldades na assistência na Sala de RCP. Nos três grupos foram abordados os mesmos temas com profissionais diferentes com a proposta de obter o maior número de opiniões possíveis e também uniformizar o atendimento.

Os encontros foram gravados com o objetivo de registrar falas ou expressões importantes para a construção do instrumento. A finalização do instrumento de ações em RCP se deu após a transcrição e análise de todas as falas e opiniões registradas nos três encontros, comparadas com a literatura e justificadas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Parecer nº 147.952/2012) e previamente à coleta de dados, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A partir das conversas provenientes dos grupos de discussão foi proposto um instrumento de ações para ressuscitação cardiopulmonar em emergência.

ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE NO ATENDIMENTO EM RCP DE ALTA QUALIDADE	
COMPRESSÃO TORÁCICA	
<p><i>Cuidados</i></p> <p>1- Iniciar compressões torácicas antes das ventilações;</p> <p>2- Realizar a frequência de compressão mínima de 100/minuto e minimização das interrupções nas compressões torácicas;</p> <p>3- Fazer a compressão com profundidade mínima de 5 cm, em adultos, com retorno total do tórax após cada compressão;</p> <p>4- Manter mais do que um reanimador a fim de trocar de posições no SBV a cada 2 minutos. Deve-se também assegurar que o tempo de interrupção para a troca de reanimadores seja mínimo.</p>	<p><i>Justificativa</i></p> <p>1- As compressões torácicas fornecem fluxo sanguíneo vital ao coração e ao cérebro; ademais, estudos de PCP extra-hospitalar em adultos mostram que a sobrevivência é maior quando as pessoas presentes fazem alguma tentativa de aplicar a RCP (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).</p> <p>2-A aplicação de mais compressões está associada a maiores taxas de sobrevivência, ao passo que a aplicação de menos compressões está associada a uma menor sobrevivência. A aplicação de compressões torácicas adequadas exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas também em minimizar interrupções a este componente crítico da RCP (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).</p> <p>3- As compressões criam fluxo sanguíneo principalmente por aumentarem a pressão intratorácica e comprimirem diretamente o coração. Compressões geram fornecimento de fluxo sanguíneo, oxigênio e energia, críticos para o coração e o cérebro (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).</p> <p>4- Para prevenir o cansaço do profissional e manter a qualidade das compressões (JERRY et al., 2010).</p>
VENTILAÇÃO	
<p><i>Cuidados</i></p> <p>1- Realizar duas ventilações em menos de cinco segundos e deve-se evitar ao máximo interrupções nas</p>	<p><i>Justificativa</i></p> <p>1- A insuflação deve demorar um segundo e ter volume suficiente para fazer o tórax expandir, evitando</p>

<p>compressões torácicas;</p> <p>2- Realizar intubação traqueal quando indicado. A intubação traqueal é a melhor e mais eficaz das formas de assegurar a via aérea, mas só deve ser tentada por operacionais treinados, com experiência regular e continuada nesta técnica.</p> <p>- Logo que tenha sido colocada uma via aérea supra-glótica ou feita a intubação traqueal manter as compressões torácicas sem interrupção (interrompendo só para desfibrilar e pesquisar pulso quando indicado) com uma frequência de 100 batimentos por minuto e ventilar a 10 movimentos respiratórios por minuto;</p> <p>3- Evitar ventilação excessiva;</p> <p>4- Não utilizar o uso rotineiro de pressão cricoide em PCP, pois não é recomendado.</p>	<p>insuflações rápidas e forçadas (BOBROW et al., 2008a).</p> <p>2- As tentativas prolongadas de intubação traqueal são prejudiciais e a interrupção das compressões torácicas compromete a perfusão cerebral e coronária. Estudos comprovam que as tentativas de intubação traqueal chegam a contribuir com cerca de 25% do tempo de interrupção das compressões (KATZ, FALK, 2001).</p> <p>3- A ventilação excessiva é desnecessária e deve ser evitada, pois ocasiona distensão gástrica, resultando em complicações, como, por exemplo, regurgitação e broncoaspiração. Também pode ser prejudicial por aumentar a pressão intratorácica, diminuir o retorno venoso, reduzir o débito cardíaco e conseqüentemente a sobrevida (AUFDERHEIDE et al., 2004).</p> <p>4- A pressão cricoide pode impedir a distensão gástrica e reduzir o risco de regurgitação e aspiração durante a ventilação com bolsa-válvula-máscara/insuflador manual, mas também pode impedir a ventilação. Sete estudos aleatórios mostraram que a pressão cricoide pode retardar ou impedir a colocação de uma via aérea avançada e que, a despeito da aplicação de pressão cricoide, pode ocorrer, ainda assim, um pouco de aspiração (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).</p>
DESFIBRILAÇÃO	
<p><i>Cuidados</i></p> <p>1- Iniciar imediatamente 2 minutos de</p>	<p><i>Justificativa</i></p> <p>1- Quando há Fibrilação Ventricular (FV)</p>

<p>SBV e usar o desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível ao identificar uma PCP;</p> <p>2- Aplicar apenas um choque e continuar as compressões torácicas;</p> <p>3- Analisar o ritmo ou palpar pulso depois de aplicar o choque sem atrasar a reanimação;</p>	<p>por mais de alguns minutos, ocorre depleção de oxigênio e energia no miocárdio. Um breve período de compressões torácicas pode fornecer oxigênio e energia ao coração, o que aumenta a probabilidade de que um choque venha a eliminar a FV (desfibrilação) e seja acompanhado do retorno da circulação espontânea (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).</p> <p>2- Bobrow et al (2008b) e Rea et al (2006) relatam que há significativo benefício à sobrevivência com o protocolo de desfibrilação com um choque, em comparação com o protocolo de três choques consecutivos.</p> <p>3- O intervalo entre a parada das compressões torácicas e a aplicação do choque (pausa pré-choque) deve se reduzido ao mínimo possível; mesmo 5-10 segundos de pausa reduzem a probabilidade de o choque ser eficaz. A totalidade do processo de desfibrilação deve estar completa em menos de 5 segundos (FORCINA, FARHAT, O'NEIL, HAINES, 2009).</p>
ACESSO INTRAVASCULAR E ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS	
<p><i>Cuidados</i></p> <p>1- Realizar a cateterização de veias periféricas pois é a mais indicada em RCP;</p> <p>2- Realizar bólus de 20mL de soro fisiológico 0,9% após a administração dos fármacos por via periférica;</p> <p>3- Considerar a possibilidade de colocar acesso intra-ósseo (IO) caso a colocação de acesso EV for difícil;</p>	<p><i>Justificativa</i></p> <p>1- A cateterização de veias periféricas é mais rápida, fácil e segura do que a cateterização central (JERRY et al., 2010).</p> <p>2- A fim de a medicação ser distribuída mais rapidamente aos receptores necessários e consequentemente gerar o efeito o mais breve possível (JERRY et al., 2010).</p> <p>3- Os fármacos administrados por via IO chegam ao plasma em dose e tempo comparável ao que se passa quando administrados por acesso venoso central. Porém são necessários sistemas</p>

<p>4- Não é mais recomendável a administração de qualquer fármaco por via traqueal.</p>	<p>mecânicos de colocação de acesso IO a fim de facilitar a execução da técnica (JERRY et al., 2010).</p> <p>4- As concentrações plasmáticas dos fármacos administrados por tubo traqueal são imprevisíveis e as doses ótimas são desconhecidas (JERRY et al., 2010).</p>
LÍDER	
<p><i>Cuidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o paciente; - Direcionar o atendimento de emergência de acordo com o protocolo; - Definir e supervisionar as funções da equipe; - Avaliar a adequação das compressões torácicas, da ventilação, da desfibrilação, do acesso vascular; - Garantir a segurança de todos os membros da equipe; - Garantir o bom funcionamento de todos os equipamentos da sala de reanimação. 	<p><i>Justificativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Em toda tentativa de ressuscitação deve haver alguém que assuma a responsabilidade pela supervisão das ações da equipe. Se mais de uma pessoa tentar tomar decisões e funções acerca do cuidado do paciente é provável que haja confusão e caos (AEHLERT, 2013). - A presença de um líder torna o ambiente de trabalho mais harmonioso e seus profissionais, mais confiantes em seus conhecimentos e destrezas. Ser líder significa dirigir as pessoas, dizendo-lhes o que fazer, quando, onde e como fazê-lo. Significa estabelecer-lhes objetivos e definir os seus papéis, dando-lhes apoio e encorajamento. Significa, portanto, ouvir ativamente as pessoas, designar tarefas e apoiar-lhes nos esforços (HERSEY; BLANCHARD, 2002). - O enfermeiro passa a ser uma peça fundamental no atendimento ao paciente em PCP, dando extrema importância aos seus conhecimentos teórico-práticos, a provisão de equipamentos e materiais, e principalmente quanto ao provimento do papel de líder, com principal função de designar adequadamente as tarefas para cada membro da equipe e coordenar o atendimento como um todo (SILVA, 2006).
CIRCULANTE	
<p><i>Cuidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir suprimentos; - Auxiliar em procedimentos; - Solicitar e encaminhar exames; - Solicitar equipamentos entre outros. 	<p><i>Justificativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante um atendimento em SAV se faz necessário um profissional que circule na sala de reanimação. O circulante tem a função de dar suporte e auxílio a equipe, a coleta e encaminhamento de exames

	laboratoriais de urgência como gasometria arterial, solicitação de equipamentos específicos para os cuidados pós-reanimação como respirador para a instalação da ventilação mecânica, eletrocardiograma com 12 derivações; ou ainda solicitação de leitos na Unidade Intensiva para o encaminhamento do paciente pós-reversão de PCP (AEHLERT, 2013).
--	---

Quadro 1: Instrumento de ações da equipe de saúde para ressuscitação cardiopulmonar em emergência.

CONCLUSÃO

É notável que a eficiência da reversão de uma PCP depende muito da integração perfeita entre todos os participantes da equipe. Para que isso ocorra, é imprescindível a utilização de protocolos ou instrumentos que estruturam o cuidado ao paciente grave. Esta construção se faz através de literatura científica e correlacionamento com a prática.

Porém, identificou-se que a literatura científica é escassa em relação ao número de profissional que devem atuar em RCP. Contudo as diretrizes da ILCOR descrevem os cuidados de forma completa, possibilitando a criação de instrumentos através destes cuidados prescritos e justificados. Assim o instrumento criado contempla o número ideal de seis profissionais para realizar uma RCP de qualidade. Também informa a função de cada um deles. Mas para que ele funcione de forma eficaz deve-se implantar treinamentos práticos e atualizações no setor de emergência.

Por mais que se saiba a importância da padronização deste atendimento, ela ainda não acontece na maioria dos hospitais, principalmente nas emergências do país. Isto foi observado através da solicitação dos profissionais em realizar capacitações teórico-práticas e a implantação de protocolos neste setor.

Assim, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas com o intuito de instrumentalizar a enfermagem em emergência, não somente para os cuidados à pacientes em PCP, mas com outros agravos de saúde.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, A. **ACLS, suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

AUFDERHEIDE, T.P. et al. Hyperventilationinduced hypotension during cardiopulmonary resuscitation. **Circulation**, n. 109, p. 1960-1965, 2004.

BOBROW, B.J. et al. Gasping during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. **Circulation**, n. 118, p. 2550-2554, 2008a.

_____. Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. **JAMA**, v. 299, p. 1158 -1165, 2008b. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=181606>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

FEITOSA-FILHO, G.S. Reanimação cardiopulmonar e suporte cardíaco avançado de vida. In: MANSUR, A.P.; RAMIRES, J.A.F. **Rotinas ilustradas da unidade clínica de emergência do instituto do coração**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 23-29.

FORCINA, M.S. et al. Cardiac arrest survival after implementation of automated external defibrillator technology in the in-hospital setting. **Crit Care Med.**, v. 37, p. 1229-1236, 2009.

GOMES, A.M.C.G. et al. Fatores prognósticos de sobrevivência pós-reanimação cardiopulmonar cerebral em hospital geral. **Arq Bras Cardiol.**, v. 85, n. 4, p. 262-271, 2005.

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

JERRY P. N. et al. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010**. Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Coimbra: ASIC - Associação de Saúde Infantil de Coimbra, 2010.

KATZ S.H.; FALK J.L. Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system. **Ann Emerg Med.**, n. 37, p. 32-37, 2001.

LLOYD-JONES D. et al. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, n. 119, p.e1-e161, 2009.

LUZIA M.F.; LUCENA A.F. Parada cardiopulmonar do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 328-337, 2009.

REA, T.D. et al. Increasing use of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital ventricular fibrillation arrest: survival implications of guideline changes. **Circulation**, n. 114, p. 2760-2765, 2006. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/116/2/e27.long>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SILVA A.R. **Parada cardiopulmonar em unidades de internação. Vivências do enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, F. V. et al. Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 16, n. 156, 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/treinamento-em-reanimacao-cardiopulmonar.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis :Insular, 2004.

WOODS, S; FROELICHER, E.S.S; MOTZER S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2005.

4.2 MANUSCRITO 2: O COTIDIANO DE UMA SALA DE REANIMAÇÃO EM PARADA CARDIOPULMONAR DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO BRASIL

O COTIDIANO DE UMA SALA DE REANIMAÇÃO EM PARADA CARDIOPULMONAR DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO SUL DO BRASIL⁴

ARTIGO ORIGINAL

THE DAILY LIFE OF A ROOM IN LIFE SUPPORT CARDIOPULMONARY PARADE OF A TEACHING HOSPITAL IN SOUTHERN BRAZIL

ORIGINAL ARTICLE

LA VIDA DIARIA DE UNA SALA DE SOPORTE VITAL CARDIOPULMONAR DE UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA EN EL SUR DE BRASIL

ARTÍCULO ORIGINAL

Andrea Machado Markus⁵
Sabrina da Silva de Souza⁶

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, que teve como objetivo construir com a equipe de enfermagem em uma unidade de emergência um instrumento de ações para ressuscitação cardiopulmonar. Participaram da pesquisa 18 profissionais de enfermagem. A coleta dos dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2012 através de três encontros de grupo de convivência e tiveram como objetivos a reflexão dos princípios da Ressuscitação Cardiopulmonar e melhor posicionamento/função de cada profissional

⁴ Recorte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina da Enfermeira Andrea Machado Markus orientado pela Enf^a Dr^a Sabrina Silva de Souza.

⁵ Mestranda pelo Programa do Curso de Mestrado Profissional Associado À Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Especialista em Urgência e Emergência pelo Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem (NFR/UFSC) - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina Campus Universitário - Trindade - Caixa Postal 6199, CEP 88040-970 - Florianópolis Santa Catarina – Brasil. Telefone/FAX: +55 (48) 3721-9100. Endereço para correspondência: Rod. José Victor da Rosa, 722, apto 806A, Barreiros, São José/SC – CEP: 88117-405. E-mail: andreamarkus@gmail.com.

⁶ Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina.

no atendimento. Da análise dos dados surgiram três categorias: despreparo da equipe; o enfermeiro como líder da equipe; propondo funções na equipe de Ressuscitação Cardiopulmonar. O pleno êxito do atendimento ao paciente em parada cardiopulmonar está relacionado ao conhecimento técnico-científico de todos os profissionais envolvidos, da necessidade da uniformização do atendimento, visando a organização e sincronização das ações e da determinação de papéis e funções de cada membro envolvido nesse processo.

Palavras-chave: Parada Cardiopulmonar, Serviço Hospitalar em Emergência, Ressuscitação Cardiopulmonar, Reanimação Cardiopulmonar, Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

This is a qualitative research, the type convergent, which aimed to build with the nursing staff in an emergency department an instrument of action to cardiopulmonary resuscitation. Participants were 18 nurses. Data collection occurred from November to December 2012 on three acquaintanceship group meetings and had as objectives to reflect the principles of Cardiopulmonary Resuscitation and better positioning / role of each professional in attendance. From data analysis emerged three categories: unprepared team, the nurse as team leader; proposing roles in the team of Cardiopulmonary Resuscitation. The full success of patient care in cardiopulmonary arrest is related to the technical and scientific knowledge of all professionals involved, the need for standardization of care concerning the organization and synchronization of actions and determining roles and functions of each person involved in this process.

Keywords: Cardiopulmonary Arrest, Hospital Services in Emergency, Cardiopulmonary Resuscitation, Emergency Nursing.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa, del tipo convergente, cuyo objetivo es construir con el personal de enfermería en un servicio de urgencias un instrumento de acción para la reanimación cardiopulmonar. Los participantes fueron 18 enfermeras. La recolección de datos ocurrió entre noviembre y diciembre de 2012, a través de tres reuniones de grupos de convivencia y tenía como objetivos reflejar los principios de la reanimación cardiopulmonar y el papel mejor posicionamiento / de cada profesional en la asistencia. Del análisis de los datos surgieron tres categorías: equipo sin preparación, la enfermera como líder del equipo, proponiendo funciones en el equipo de reanimación cardiopulmonar. El

éxito total de la atención a el paciente en parada cardiorrespiratoria se relaciona con el conocimiento técnico y científico de todos los profesionales implicados, la necesidad de estandarización de la atención sobre la organización y la sincronización de las acciones, además de determinar funciones de cada persona involucrada en este proceso.

Descritores: parada cardiopulmonar, Servicio hospitalar de emergencia, reanimación cardiopulmonar, enfermagem de emergência.

INTRODUÇÃO

A parada cardiopulmonar (PCP) é a ausência de atividade mecânica do coração, confirmada pela ausência de pulso detectável, irresponsividade e apneia ou respiração agônica, ofegante. É determinada por quatro ritmos cardíacos: assistolia, atividade elétrica sem pulso (AESP), fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) sem pulso (AEHLERT, 2013).

Neste contexto, define-se a reanimação cardiopulmonar (RCP) como o conjunto de manobras realizadas logo após uma PCP com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (HAZINSKI et al., 2010).

A assistência aos pacientes em PCP requer um conjunto de intervenções, que devem ser executadas de forma rápida e precisa. Especificamente, no ambiente intra-hospitalar, essa situação gera uma mobilização especial na equipe médica e de enfermagem, transformando-se, muitas vezes, em um momento de estresse, na medida em que salvar a vida do outro é um desafio coletivo (LUZIA; LUCEMA, 2009).

Visto ser este um procedimento complexo, é importante salientar que para uma efetiva RCP, faz-se necessária uma equipe multidisciplinar competente que esteja ciente de qual é o seu dever no cuidado ao cliente. Essa equipe precisa ter a compreensão da importância dos cuidados ditos instrumentais, sem esquecer os cuidados expressivos, mesmo que, nesse momento, isso não se dê, de fato, regularmente, quando das assistências em unidades especializadas (GRAÇA; VALADARES, 2008).

A RCP se faz através das compressões torácicas, monitorização do eletrocardiograma e desfibrilação, suporte ventilatório, acesso vascular e administração de fármacos e, se não existir organização e definição de papéis (se mais de uma pessoa tentar tomar decisões acerca do cuidado

prestado) é provável que haja confusão e caos (AEHLERT, 2013).

Nessa perspectiva, este estudo teve o objetivo de refletir e propor juntamente com a equipe de enfermagem as ações de cada profissional para a ressuscitação cardiopulmonar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo Convergente Assistencial, que tem como característica principal o compromisso de beneficiar o contexto assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

O estudo foi realizado na Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC. Participaram do estudo cinco enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem do período diurno, através de três encontros de grupo de convivência no período de novembro e dezembro de 2012. Como critérios de seleção foram adotados o fato de pertencer a emergência adulto, atuar na Sala de Reanimação e estar trabalhando no dia do encontro. Os encontros aconteceram no próprio setor onde os profissionais trabalham, ocorreram a tarde e tiveram a duração média de uma hora e trinta minutos cada um.

Foi desenvolvida uma proposta de educação em saúde, criando espaços para que as pessoas pudessem expressar as dificuldades encontradas no atendimento em RCP e seus conhecimentos frente a este atendimento. As discussões e reflexões no grupo tiveram a intenção de valorizar as experiências pessoais dos integrantes a fim de criar o instrumento de ações da equipe de saúde para RCP em emergência, através da prática destes profissionais e da literatura científica.

Os encontros tiveram como objetivos a reflexão dos princípios da RCP e melhor posicionamento/função de cada profissional no atendimento neste atendimento a fim de a equipe de enfermagem expressar suas ideias e opiniões, a olhar a situação e identificar carências ou problemas e discrepâncias, como por exemplo, facilidades ou dificuldades na assistência na Sala de RCP. Nos três grupos foram abordados os mesmos temas com profissionais diferentes com a proposta de obter o maior número de opiniões possíveis e também uniformizar o atendimento.

Os encontros foram gravados com o objetivo de registrar falas ou expressões importantes para a construção do instrumento. A finalização

do instrumento de ações em RCP se deu após a transcrição e análise das falas e opiniões registradas nos três encontros, comparadas com a literatura. A fase de análise de deu através dos quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM, 2004).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Parecer nº 147.952/2012) e previamente à coleta de dados, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de seguir o objetivo deste trabalho, foi proposto a equipe de enfermagem compor a equipe de RCP e suas devidas funções de acordo com as novas diretrizes de 2010. Da análise dos dados qualitativos surgiram três categorias que representam as discussões que envolveram o grupo de convivência: Propondo funções na equipe em PCP; O enfermeiro como líder da equipe e Despreparo da equipe.

Propondo funções na equipe em Parada Cardiopulmonar

Esta categoria foi construída pensando no dia a dia do atendimento em uma sala de reanimação, a partir da prática diária de cada profissional. Silva et al (2011) afirmam que durante a PCP é de suma importância a atuação de uma equipe de enfermagem coordenada e articulada em todas as ações a serem executadas. Estes profissionais devem adquirir habilidades que os possibilitem atuar de maneira rápida e eficiente durante todo o atendimento.

A discussão nos grupos apontou qual profissional deve assumir as funções de compressão torácica, vias aéreas, desfibrilação, acesso vascular/administração de fármacos e circulante.

Eu acredito que deve ficar um técnico de enfermagem revezando com um acadêmico de medicina (T2).

Como sempre tem um acadêmico de medicina acompanhando a RCP, eu acho conveniente ele ficar junto com um técnico de enfermagem revezando as compressões (E1).

O acadêmico de medicina deve ficar na compressão pois normalmente ele não tem experiência em outra posição (T5).

A literatura relata que todos os profissionais da saúde podem ficar responsáveis pela compressão torácica, porém devem ser capazes de realizá-la corretamente e fazerem as compressões em frequência, força, profundidade e localização adequada (AEHLERT, 2013). A compressão torácica de alta qualidade foi um dos pontos mais abordados nas novas diretrizes de RCP, isto significa que ao identificar o paciente em PCP deve-se iniciar imediatamente as compressões (AUFDERHEIDE et al., 2005).

O grupo apontou que dois profissionais devem ser responsáveis por esta função o que converge com a literatura que recomenda que para realizar uma RCP de qualidade o reanimador deve trocar de posições a cada 2 minutos, para prevenir o cansaço e manter a qualidade das compressões (JERRY et al., 2010).

Quanto a obtenção da via aérea, os profissionais participantes do grupo de convivência sugeriram que o profissional médico efetivo deve ser responsável por esse procedimento a fim de diminuir o tempo e garantir uma via aérea de forma eficaz o que converge com a literatura que recomenda que todos os profissionais de saúde devem ser treinados e habilitados a utilizar o dispositivo bolsa-válvula-máscara durante as ventilações. Porém para a obtenção de uma via aérea avançada a intubação traqueal é a melhor e mais eficaz das formas de assegurar a via aérea, mas só deve ser tentada por operacionais médicos treinados, com experiência regular e continuada nesta técnica pois frequentemente está associada à interrupção das compressões por vários segundos (JERRY et al., 2010).

Na ventilação não há muita escolha, o medico efetivo deve assumir (T3).

Intubação e desfibrilação são de responsabilidades médicas...(E4).

Seguindo a diretrizes, ao identificar o paciente em PCP, deve-se iniciar as compressões torácicas e ventilações em uma relação de 30:2 e acionar a equipe. Assim que chegar o desfibrilador, deve-se analisar o ritmo cardíaco e caso seja chocável (ritmos de fibrilação ventricular e

taquicardia ventricular sem pulso) deve-se realizar a desfibrilação o quanto antes (AEHLERT, 2013).

Porém somente o aparelho desfibrilador externo automatizado (DEA) pode ser utilizado por todos os profissionais treinados (AEHLERT, 2013), mas no ambiente hospitalar dificilmente ele é adquirido. Neste ambiente o mais comum são os desfibriladores externos normais, que não realizam a leitura do ritmo cardíaco, cabendo ao profissional médico verificar e diagnosticar o ritmo passível de desfibrilação.

Por este motivo, nas falas referentes ao membro responsável pela desfibrilação optou-se nesta distribuição:

Como o médico residente fica perto do médico efetivo para acompanhar o procedimento de intubação, ele pode se responsabilizar pela desfibrilação (T12).

Desfibrilador é o medico também, assim poderia ficar o residente de medicina (T7).

Assim, o membro responsável pelo monitoramento do ECG e pela desfibrilação deve saber como operar o desfibrilador manual, a diferença entre desfibrilação e cardioversão elétrica sincronizada, assim como as indicações e possíveis complicações desses procedimentos, a colocação adequada das pás do desfibrilador e as precauções de segurança que devem ser consideradas durante a realização da terapia (AEHLERT, 2013).

Outro ponto mencionado foi relacionado ao membro da equipe responsável pelo acesso vascular e administração de medicamentos. Como a atuação do técnico de enfermagem na emergência é intensa em relação a punções e administração de fármacos as opiniões foram unanimes.

Como o técnico de enfermagem possui experiência nos procedimentos de punção e administração de medicação o mais indicado seria ele (E2).

Na medicação é bom um técnico pois além de ele já ter pratica com punção e administração de medicamentos, tem que ser uma pessoa que controle o tempo e não saia da sala (E5).

É responsabilidade da enfermagem a administração da medicação e para isso é necessário o conhecimento científico prévio, habilidades, competência ética legal e planejamento das ações, constituindo assim, indicadores de qualidade da assistência. Existem hoje estratégias aplicadas no ato da administração de medicamentos e na observação ao cuidado com o paciente que são os *nove certos*: usuário certo, dose certo, medicamento certo, hora certa, via certa, anotação certa, orientação ao paciente, atentar para a compatibilidade medicamentosa e o direito do paciente em recusar a medicação, são medidas importantes que podem prevenir erros (ELLIOTT; LIU, 2010). Mas para isso ocorra é indispensável um profissional exclusivo nesta função visando garantir a segurança do paciente em questão.

Os profissionais envolvidos no atendimento a PCP devem conhecer as regras gerais para a escolha do acesso venoso, as agulhas, as cânulas e cateteres disponíveis, os princípios gerais da terapia endovenosa e, especificamente a anatomia, as indicações, os critérios de realização e as complicações de cada uma dessas técnicas (SILVA, 2006). Devem também estar familiarizados com a localização dos fármacos de emergência e fluidos intra-vasculares (IV), a necessidade da administração de um bolus IV de 20 mL de fluido após cada medicamento e da elevação breve da extremidade cujo medicamento foi administrado, as vias de administração, doses, e diluições corretas dos medicamentos, entre outros (AEHLERT, 2013).

O enfermeiro como líder da equipe

Esta categoria reforça a importância do enfermeiro como líder. Aehlert (2013) afirma que em toda tentativa de ressuscitação deve haver alguém que assuma a responsabilidade pela supervisão das ações da equipe. Se mais de uma pessoa tentar tomar decisões e funções acerca do cuidado do paciente pode haver confusão.

Eu acho que a melhor posição da enfermeira seria de líder e circulante. Assim, ela consegue ter uma visão geral do atendimento e organizar a equipe (T2).

O enfermeiro deve organizar a sala. Se ele vê que tem muita gente e que não está ajudando, pede para sair (T8).

Eu acho que o enfermeiro tem essa visão mais ampla do que está faltando auxiliar e quem esta com dificuldades. Acredito que a posição de circulante facilite a liderança (T9).

Parece claro que a eficiência da reversão de uma PCP depende muito da integração perfeita entre todos os participantes da equipe. Assim, além da clara definição de atribuições, essa equipe requer um líder que a coordene, conduzindo a todos de forma a assegurar a integração e a harmonia do trabalho em grupo (SILVA, 2006). Além disso, ele é responsável em supervisionar as manobras de ressuscitação certificando-se de que cada um realize suas tarefas com segurança e de maneira correta.

Segundo Guimarães, Lopes e Lopes (2005), o atendimento da RCP deve transcorrer em um ambiente tranquilo, sem tumulto, de modo que todos possam ouvir o comando do líder com clareza. Conversas desnecessárias, paralelas, discussões e desrespeitos devem ser evitados e coibidos. A comunicação deve ser clara, concisa e objetiva, direcionada a pessoa que executará. Cabe ao líder ter atenção para identificar se houve o entendimento da tarefa a ser executada e cabe ao executor ao terminar a tarefa comunicar o líder.

Também é função do líder organizar o grupo (distribuir as funções), monitorizar o desempenho individual, dar suporte aos membros da equipe, imprimir comportamento excelente á equipe, treinar e orientar, facilitar a compreensão, integrar todas as informações pertinentes e estabelecer prioridades, enfocar cuidados gerais ao paciente e fornecer o feedback. Já os membros da equipe devem estar cientes dos deveres de sua função, preparados para cumprir as responsabilidades, bem treinados nas habilidades de RCP, conhecedores dos algoritmos e comprometidos com o sucesso (AEHLERT, 2013).

Portanto é imprescindível a indicação de um líder que possa coordenar as atividades a serem realizadas durante a PCP. Assim, o enfermeiro passa a ser uma peça fundamental no atendimento ao paciente em PCP, dando extrema importância aos seus conhecimentos teórico-práticos, a provisão de equipamentos e materiais, e principalmente quanto ao provimento do papel de líder, com principal função de designar adequadamente as tarefas para cada membro da equipe e coordenar o atendimento como um todo (SILVA, 2006).

Despreparo da equipe

Esta categoria foi construída através dos relatos que identificaram as fragilidades no atendimento ao paciente em PCP como a falta do preparo e organização da equipe e também da educação continuada.

O profissional deve ser treinado em situações de emergências, para poder agir com toda competência necessária conforme a gravidade de cada caso, levando em conta que o paciente tem poucos minutos para se restabelecer (SILVA; PEREIRA; MESQUITA, 2004).

Tem pessoas que tem medo de atender uma parada porque não são capacitadas. Na emergência não se tem cursos que capacitem pra isso. As pessoas entram e vão aprendendo com os colegas (T3).

Deve-se limitar o número de pessoas pois normalmente a sala fica lotada, dificultando o atendimento e até é difícil escutar o que as pessoas falam (T1).

A parada não é uma coisa complicada. Desde que seja organizada e cada um tenha a sua função. Ajudaria muito um treinamento pratico. Se cada um sabe a sua parte e não entra em conflito com o outro o atendimento fica muito bom (E5).

Diante das falas observa-se que um dos problemas mais enfrentados é a falta de organização das funções dos profissionais e o controle do número de pessoas no atendimento. Além disso, a falta de cursos e treinamentos também é justificada para tal desorganização.

Silva (2006) descreve que a PCP é um acontecimento súbito, normalmente inesperado pela equipe de saúde, podendo ocasionar pânico estresse, tumulto e confusão, principalmente pelo fato de que estes profissionais ainda não são totalmente habilitados para esse tipo de atendimento.

De acordo com Bertoglio et al (2008), situações de atendimento a PCP são, muitas vezes, dramáticas, e requerem dos profissionais a mobilização de várias habilidades, o que está diretamente relacionada às chances de sucesso no atendimento. O processo de ensino-aprendizagem da técnica de ressuscitação cardiopulmonar tem alto grau de complexidade. Assim, ao se propor capacitações para a equipe de

enfermagem, deve-se considerar que o processo de aprendizagem é complexo.

Os treinamentos em RCP devem ser fundamentados nos protocolos recomendados pela *American Heart Association* (AHA) que visam garantir a uniformização dos procedimentos e técnicas preconizadas para o atendimento de pacientes vítimas de PCP (GRANITOFF, 2003).

O não seguimento das recomendações e dos protocolos faz com que o atendimento não seja realizado de forma adequada, sistematizada e organizada, resultando no aumento de pessoas durante o atendimento, ocasionando tumulto, a maior possibilidade de iatrogenias e provável insucesso no atendimento. O treinamento das manobras de RCP deve estar voltado para a aquisição de conhecimento teórico, habilidades práticas e atitudes dos profissionais, trabalhados concomitantemente e dentro do contexto da prática dos mesmos. A padronização das condutas na RCP ajuda na adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia (SILVA, 2006).

Para Laselva e Moura (2005) e Jong (et al., 2007) a RCP, quando realizada de modo incorreta, associa-se a uma taxa de sobrevivência de 4% comparada a 16% quando realizadas corretamente. Sendo assim, torna-se fundamental o aperfeiçoamento contínuo sobre o assunto, possibilitando a capacitação para os profissionais de enfermagem prestarem a conduta adequada dos suportes básico e avançado de vida ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pleno êxito do atendimento ao paciente em PCP depende do conhecimento técnico-científico de todos os profissionais envolvidos, da padronização do atendimento, visando a organização e sincronização das ações, da determinação de papéis e funções de cada membro envolvido nesse processo e também, da disponibilidade de recursos financeiros, de materiais e equipamentos.

Identificou-se que o conhecimento técnico-científico não é somente relacionado as diretrizes da AHA mas também de treinamento da equipe e aplicação dos mesmos. Porém na prática não é o que normalmente acontece. Em síntese pode-se constatar que o atendimento à PCP ainda apresenta lacunas quanto ao conhecimento técnico-científico, principalmente relacionado ao aspecto prático, com a necessidade de treinamentos e atualizações, uma vez que esse conhecimento só é adquirido a partir do momento em que se coloca em prática o aprendizado teórico.

Não existem instrumentos que uniformizem o atendimento e auxiliem nas tomadas de decisões, gerando dificuldade de trabalhar em equipe de forma dinâmica e organizada assumindo cada um o papel ao qual foi designado. Ter e reconhecer o enfermeiro como líder que direcione o atendimento de forma correta e de qualidade, bem como ter instrumentos que padronizam o atendimento ao paciente grave auxiliam no atendimento seguro e de excelência.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. **ACLS, suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

AUFDERHEIDE T.P. et al. Incomplete chest wall decompression: a clinical evaluation of CPR performance by EMS personnel and assessment of alternative manual chest compression-decompression techniques. **Resuscitation**, v. 64, p. 353-362, 2005.

BERTOGLIO, V. M. et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p. 454-460, set. 2008.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administratio: na overview. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 5, 2010. Disponível em:<<http://rn-transition-programs.wikispaces.com/file/view/9RightsMedAdm2010.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

GRAÇA T.D.; VALADARES G.V. O (re)agir de enfermagem na parada cardiopulmonar. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 411-416, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12771532003>>. Acesso em: 10 dez 2012.

GRANITOFF, N. **Desfibrilação precoce praticada por enfermeiras: análise de fatores influenciadores.** 2003, 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARAES, H. P.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. **Parada cardiorrespiratória.** São Paulo: Atheneu, 2005.

HAZINSKI M.F. et al. Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. **Circulation**, v. 122, n. 16, suppl 2, p. S250-275, 2010.

JERRY P. N. et al. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.** Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Coimbra: Associação de Saúde Infantil de Coimbra, 2010.

JONG, M. et al. **Cuidado ao paciente: sistema cardiovascular.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LASELVA, R.G; MOURA JUNIO D.F. Parada Cardiorrespiratória e Reanimação. In: KNOBEL, E.; LASELVA, R.G.; MOURA JUNIO, D.F. **Terapia intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2005.

LUZIA M.F.; LUCENA A.F. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 328-337, 2009.

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

SILVA L.S; PEREIRA S.R.M; MESQUITA A.M.F. **Procedimentos de**

enfermagem: semiotécnica para o cuidado. São Paulo: Medsi, 2004.

SILVA, F. V. et al. Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 16, n. 156, 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/treinamento-em-reanimacao-cardiopulmonar.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial:** um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pleno êxito do atendimento ao paciente em PCP depende do conhecimento técnico-científico de todos os profissionais envolvidos, da necessidade de protocolos de atendimento, visando a organização e sincronização das ações, da determinação de papéis e funções de cada membro envolvido nesse processo e também, da disponibilidade de recursos financeiros, de materiais e equipamentos.

O conhecimento técnico-científico não é somente relacionado as diretrizes da AHA mas também de treinamento da equipe e aplicação dos mesmos. Porém na prática não é o que normalmente acontece. Em síntese pode-se constatar que o atendimento à PCP ainda apresenta lacunas quanto ao conhecimento técnico-científico, principalmente relacionado ao aspecto prático, com a necessidade de treinamentos e atualizações, uma vez que esse conhecimento só é adquirido a partir do momento em que se coloca em prática o aprendizado teórico.

Nos relatos das falas dos encontros isso foi confirmado, além da preocupação dos profissionais de estarem sempre atualizados em relação ao conhecimento científico, não existem protocolos que uniformizem o atendimento e auxiliem nas tomadas de decisões. Nota-se ainda, a dificuldade de se trabalhar em equipe de forma dinâmica e organizada assumindo cada um o papel ao qual foi designado e possuir um líder que direcione o atendimento de forma correta e de qualidade.

O programa de residência integrada multiprofissional proporcionou crescimento profissional e científico e vivência inestimável. Sabe-se que trabalhar interdisciplinarmente é algo que requer tempo, paciência, valorização e respeito ao outro profissional principalmente em uma unidade de emergência em que, na maioria das vezes, requer ações rápidas e eficazes.

Normalmente os profissionais que compõe a equipe multiprofissional no atendimento em RCP são o médicos (efetivo e residente), enfermeiro (e residente de enfermagem), o técnico de enfermagem e o fisioterapeuta. Porém este último não faz parte da emergência do hospital estudado, ele se faz necessário no suporte ventilatório. Isto mostra que o atendimento em PCP continua centrado na enfermagem e na medicina.

É notável que a eficiência da reversão de uma PCP depende muito da integração perfeita entre todos os participantes da equipe. Para que isso ocorra, é imprescindível a utilização de instrumentos que estrutrem o cuidado ao paciente grave. Esta construção se faz através

de literatura científica e correlacionamento com a prática.

Porém, identificou-se que este tema não tem merecido a devida atenção por parte da equipe de saúde. Apesar da grande importância do tema, foram encontrados poucos estudos publicados na literatura nacional e interacional que visam corrigir falhas ocorridas durante o procedimento de RCP, assim como sobre a estruturação da equipe e treinamentos para os profissionais de saúde. Contudo as diretrizes da ILCOR descrevem os cuidados de forma completa, possibilitando a criação do instrumento através destes cuidados prescritos e justificados.

Por mais que se saiba a necessidade da padronização do cuidado através destes instrumentos, eles ainda são insuficientes nos hospitais, principalmente nas emergências deste país. Isto foi observado através da solicitação dos profissionais em realizar capacitações teórico-práticas e a implantação de protocolos neste setor.

Espera-se que a construção desse instrumento possa auxiliar a prática assistencial, fortalecendo o atendimento multiprofissional ao paciente em PCP com a melhoria da atuação dos profissionais na RCP, promovendo a organização institucional, garantindo a qualidade e a segurança da assistência neste procedimento. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de novas pesquisas com o intuito de instrumentalizar a enfermagem em emergência, não somente para os cuidados à pacientes em PCP, mas com outros agravos de saúde.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, A. **ACLS, suporte avançado de vida em cardiologia: emergência em cardiologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ALMEIDA, A. O. et al. Theoretical Knowledge of Nurses Working in Non-Hospital Urgent and Emergency Care Units Concerning Cardiopulmonary Arrest and Resuscitation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 261-268, 2011.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317_343.pdf>. Acesso em: 10 jan 2011.

AUFDERHEIDE TP. et al. Hyperventilationinduced hypotension during cardiopulmonary resuscitation. **Circulation**, v. 109, p. 1960-1965, 2004.

BAGGIO M. A.; CALLEGARO G. D.; ERDMANN A. L. Relações de “Não Cuidado” de Enfermagem em uma Emergência: Que cuidado é esse? **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 116-123, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/17.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2012.

BERG, R.A. et al. Adult Basic life support. 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**, v.122, suppl 3, p. S685-S705, 2010. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/122/18_suppl_3/S685.full.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BERTOGLIO, V. M. et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p.

454-460, set. 2008.

BOBROW B.J. et al. Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. **JAMA**, n. 299, p. 1158 -1165, 2008. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=181606>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Gasping during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. **Circulation**, v. 118, p. 2550-2554, 2008a.

_____. Minimally interrupted cardiac resuscitation by emergency medical services for out-of-hospital cardiac arrest. **JAMA**, v. 299, p. 1158 -1165, 2008b. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=181606>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Mortalidade por grupos de causa**. Período de 2000 a 2004. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/c04.def>>. Acesso em: 15 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS**. Período de janeiro de 2000 a fevereiro de 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/mruf.def>>. Acesso em: 15 mai. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS**. Ano de 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c08.def>>. Acesso em: 02 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96. Diretrizes e**

Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em:

<<http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>> Acesso em: 15 mai. 2010.

CIRCULATION. JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Dallas:** American Heart Association, v.112, n.24, sup. dez. 2005. Disponível em:

<http://circ.ahajournals.org/content/vol112/24_suppl/>. Acesso em: 03 mar. 2013.

CHRISTENSON, J. et al. Chest compression fraction determines survival in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation.

Circulation, v. 120, p. 1241-1247, 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795631/>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DEAKIN, C.D. et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support.

Resuscitation, v. 81, 2010.

DIAS, L. P.; TRENTINI, M.; SILVA, D.M.G.V. Grupos de Convivência: uma alternativa instrumental para a prática de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4 ,n.1, p.83-92, jan/jun. 1995.

ELLIOTT, M.; LIU, Y. The nine rights of medication administratio: na overview. **British Journal of Nursing**, v. 19, n. 5, 2010. Disponível em:

<<http://rn-transition-programs.wikispaces.com/file/view/9RightsMedAdm2010.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

ERC. European Resuscitation Council. **Guidelines for Resuscitation** 2010. Disponível em:

<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDYQFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.erc.edu%2F>

ndex.php%2FdocLibrary%2Fru%2FviewDoc%2F1195%2F3%2F&ei=X95_Ubn5CZC60AG8vICoDQ&usg=AFQjCNHNoNVscXS-0vNd-v_6BDswshalWw&sig2=Vnky7Lky5gxvcOfaBKvK4Q&bvm=bv.45645796,d.dmQ&cad=rja>. Acesso em: 12 jan. 2012.

FEITOSA FILHO, G.S. Reanimação cardiopulmonar e suporte cardíaco avançado de vida. In: MANSUR, A.P.; RAMIRES, J.A.F. **Rotinas ilustradas da unidade clínica de emergência do instituto do coração**. São Paulo: Atheneu, 2006. P. 23-29.

FORCINA M.S. et al. Cardiac arrest survival after implementation of automated external defibrillator technology in the in-hospital setting. **Crit Care Med.**, v. 37, p. 1229-1236, 2009.

GOLDIM, R.; FRANCISCONI, C. F. **Bioética e Informação**. 2004. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/bioinfo.htm>. Acesso em: 25 mar. 2010.

GOMES, A.M.C.G. et al. Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. **Arq Bras Cardiol.**, v. 85, n. 4, p. 262-271, 2005.

GRAÇA T.D.; VALADARES G.V. O (re)agir de enfermagem na parada cardiopulmonar. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 411-416, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12771532003>>. Acesso em: 10 dez 2012.

GRANITOFF, N. **Desfibrilação Precoce Praticada por Enfermeiras: análise de fatores influenciadores**. 2003, 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, H. P. et al. Ressuscitação cardiopulmonar: uma abordagem prática. **Rev Soc Bra Clin Med.**, v. 6, n. 3, p. 94-104, 2008. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2008/v6n3/a94-104.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2011.

HAMILTON, R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation training: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 51, p. 288-297, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16033596>>. Acesso em: 03 fev. 2012.

HAZINSKI, M.F. et al. Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. **Circulation**, v. 122, 16 Suppl 2, p. S250-275, 2010.

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

HILLMAN, K. et al. Redefining in-hospital resuscitation: the concept of the medical emergency team. **Resuscitation**, v. 48, n. 2, p. 105-110, 2005. Disponível em: <http://www.safetyleaders.org/IHIEvidence/Redefining_in-hospital_resuscitation_the_concept_of_the_medical_emergency_team_IHI100K_Resuscitation2001.pdf>. Acessado em: 13 fev. 2013.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO- HU/UFSC. 2012. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br>> Acesso em: 10 jan. 2012.

IWAMI, T. et al. Effectiveness of bystander-initiated cardiaconly resuscitation for patients with out-of-hospital cardiac arrest. **Circulation**, v. 116, p. 2900-2907, 2007.

JERRY P. N. et al. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010**. Versão Portuguesa das Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council. Coimbra: Associação de Saúde Infantil de Coimbra, 2010.

JONG, M. et al. **Cuidado ao paciente**: sistema cardiovascular. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

KATZ S.H.; FALK J.L. Misplaced endotracheal tubes by paramedics in an urban emergency medical services system. **Ann Emerg Med.**, v. 37, n. 32-37, 2001.

LANE J.C.; GUIMARÃES H.P. Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 1, p. 63-67, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n1/a10v20n1.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

LASELVA, R.G; MOURA JUNIO D.F. Parada Cardiorrespiratória e Reanimação. In: KNOBEL, E.; LASELVA, R.G.; MOURA JUNIO, D.F. **Terapia intensiva**: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2005.

LINO, R.I. **Assistência de enfermagem à pacientes adultos no suporte básico em parada cardiorrespiratória**. Monografia (Trabalho de conclusão de curso) Batatais, 2006.

LIPPERT, F. K. L. **Sektion 10: Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende**. Beitrag im Druck, Notfall. Rettungsmedizin 2010. Disponível em: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=de&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.teamimpuls.de%2Fimages%2Fpoppe%2Ferc_leitlinien_2010_ethik_neu.pdf&anno=2>. Acesso em: 19 abr. 2011.

LLOYD-JONES D. et al. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. **Circulation**, v. 119, p. e1-e161, 2009.

LUZIA, M.F.; LUCENA, A.F. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 328-337, 2009.

MAKINEN, M.; et al. Assessment of CPR-D skills of nurses in Goteborg, Sweden and Espoo, Finland: teaching leadership makes a difference. **Resuscitation**, v. 72, n. 2, p. 264-269, 2007.

MANDERS, S.; GEIJSEL, F.E. Alternating providers during continuous chest compressions for cardiac arrest: every minute or every two minutes? **Resuscitation**, v. 80, p. 1015-1018, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19576676>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

MARKUS, A. M. **E-Survey**: Segurança do paciente no atendimento em reanimação cardíopulmonar. Trabalho de conclusão (Graduação em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

NOLAN, Jerry. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 1. Introduction. **Resuscitation**, v.67, sup. I, p. s3-s6, 2005. Disponível em: <<http://www.resuscitationjournal.com/issues/contents>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

OLASVEENGEN, T.M. et al. Intravenous drug administration during out-of-hospital cardiac arrest: a randomized trial. **JAMA**, v. 302, p. 2222-2229, 2009.

OLASVEENGEN, T.M.; WIK, L.; STEEN, P.A. Standard basic life support vs. continuous chest compressions only in out-of-hospital cardiac arrest. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 52, p. 914-919, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702753>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

PAZIN FILHO, A. et al. Parada cardiorrespiratória. **Urgências E Emergências Cardiológicas**, v. 36, n. 2, p. 163-178, 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/3_parada_cardiorrespiratoria.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

PEBERDY, M.A. et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. **Resuscitation**, v. 58, p. 297-308, 2003. Disponível em: <<http://www.ucdenver.edu/academics/colleges/medicalschoo/departments/medicine/intmed/imrp/CURRICULUM/Documents/Peberdy%20Resuscitation%202003.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2011.

PEREIRA, H.A.; NETO, P.O. Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral. In: NACUL, F.E. **Medicina intensiva abordagem prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. P. 91-96.

REA, T.D. et al. Increasing use of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital ventricular fibrillation arrest: survival implications of guideline changes. **Circulation**, v. 114, p. 2760-2765, 2006. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/116/2/e27.long>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SHAVIT, I. et al. Comparison of two mechanical intraosseous infusion devices: a pilot, randomized crossover trial. **Resuscitation**, v. 80, p. 1029-1033, 2009.

SILVA, A.R. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação.**

Vivências do enfermeiro. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, D.M.G.V. et al. Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 5, p. 562-567, set./out. 2002.

SILVA, F. V. et al. Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 16, n. 156, 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/treinamento-em-reanimacao-cardiopulmonar.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

SILVA, L.S; PEREIRA, S.R.M; MESQUITA, A.M.F. **Procedimentos de enfermagem:** semiotécnica para o cuidado. São Paulo: Medsi, 2004.

SMITH, K.K.; GILCREAST, D.; PIERCE, K. Evaluation of staff 's retention of ACLS and BLS skills. **Resuscitation**, v. 78, n. 1, p. 59-65, 2008.

SUGERMAN, N.T. et al. Rescuer fatigue during actual in-hospital cardiopulmonary resuscitation with audiovisual feedback: a prospective multicenter study. **Resuscitation**, v. 80, p. 981-984, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746377/>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

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. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a009.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Insular, 2004.

ZHENG, Z.J.; CROFT, J.B.; GILES, W.H. Sudden cardiac death in the United States, 1999 to 2008. **Circulation**, v. 104, n. 18, p. 2158-2163, 2009.

WOODS, S; FROELICHER, E.S.S; MOTZER S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4. ed. Barueri: Manole, 2005.

ANEXOS

ANEXO A: CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC MEDIANTE PARECER Nº 147.952

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA O ATENDIMENTO AO PACIENTE EM PARADA CARDIOPULMONAR

Pesquisador: SABRINA DA SILVA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05143012.6.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (Hospital Universitário HU-

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 147.952

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), de natureza qualitativa, cujo método tem como objetivo articular a teoria com a prática, permitindo movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência. O estudo será realizado na Emergência Adulto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Florianópolis, SC. A população do estudo será intencional não probabilística, formada por 40 profissionais da área de enfermagem que atuam na Sala de Reanimação (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e que trabalham na Emergência de um hospital público de Florianópolis. A coleta de dados será realizada em três etapas: por meio de entrevista, levantamento bibliográfico e discussões em grupo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver e analisar um protocolo de enfermagem no atendimento seguro ao paciente em parada cardiopulmonar em uma Unidade de Emergência Adulto. **Objetivo Secundário:** Sensibilizar os profissionais para a incorporação de práticas seguras no cuidados de enfermagem ao paciente grave; Despertar a importância do preparo da equipe frente a uma PCP. Melhorar o processo decisório da equipe de enfermagem no atendimento de uma situação de PCP. Padronizar e sistematizar as condutas da equipe durante a parada cardiopulmonar. Reduzir o tempo de reconhecimento e o início de manobras de ressuscitação e melhorar a sobrevida pós-parada cardiopulmonar.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima			
Bairro: Trindade		CEP: 88.040-900	
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS		
Telefone: (48)3721-9206	Fax: (48)3721-9696	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece riscos físicos e psicológicos mínimos aos participantes, excetuando-se a possibilidade de quebra de sigilo, sempre presente em qualquer pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora principal e pela diretora do mestrado profissionalizante em enfermagem da UFSC. Os pesquisadores apresentam declaração do diretor do HU informando que tomou conhecimento da pesquisa, que a autoriza e que cumprirá as exigências da resolução 196/96 e complementares. O TCLE é sucinto, mas suficiente dado o perfil e escolaridade dos participantes da pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 19 de Novembro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Regulação do Conselho
Nacional de Saúde – Resolução 196/96**

Andrea Machado Markus através do programa Mestrado Profissional associado a Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC/ Hospital Universitário *Polydoro Ernani de São Thiago*, sob orientação da Enf.ª D^ª Sahrina Silva de Souza visa desenvolver a pesquisa intitulada: **Protocolo Clínico De Enfermagem Para O Atendimento Do Paciente Em Parada Cardiopulmonar.**

O estudo visa desenvolver e analisar um protocolo clínico de cuidados de enfermagem no atendimento seguro ao paciente em parada cardiopulmonar em uma Unidade de Emergência Adulto.

Sua identificação será rigorosamente preservada, garantindo-se, portanto, total anonimato em relação a sua identidade. Não é necessário nenhum tipo de procedimento adicional. Também não existe nenhum risco, físico, emocional, ético ou econômico, inerente à sua participação na pesquisa proposta.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo pode entrar em contato pelo telefone (48)99484223 e/ou pelo e-mail andreamarkus@gmail.com. Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo.

Assinaturas:

Pesquisadora Principal: _____

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: _____ RG: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2012.

ANEXO C: INSTRUÇÃO NORMATIVA PEN 10/2011

Instrução Normativa 10/PEN/2011

Florianópolis, 15 de junho de 2011.

Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
 - Considerações Finais/Conclusões
 - Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.

- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

- § 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
- § 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
- § 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
- § 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011