



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

A SITUAÇÃO DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA: EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Céline Sophie Marques Moreira

Abril, 2015

Escola Superior de Saúde



Céline Sophie Marques Moreira

A SITUAÇÃO DE PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA:
EXPERIÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA

Trabalho efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira (Orientadora)

Professora Mestre Clementina dos Prazeres Fernandes Sousa (Co-orientadora)

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

ABRIL, 2015

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos que, de algum modo, contribuíram para a realização deste estudo.

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Mestre Clementina Sousa, orientadora e co-orientadora, respetivamente, desta dissertação, pela disponibilidade, pela partilha de saberes, pela pertinência das suas críticas e sugestões e pelo incentivo que sempre me deram.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo pela disponibilidade e pela forma de como me receberam.

Agradeço à minha Família (Pai, Mãe e Pipo).

Agradeço ao meu Marido, Nelson, pela força e pela paciência.

Agradeço a Minha Grande Amiga Enf^a Sílvia Peixoto pela disponibilidade.

A TODOS um MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um evento que pode ocorrer em meio intra-hospitalar, normalmente de modo inesperado. Exige uma resposta imediata e eficiente o que gera nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros que na maior parte das vezes se encontram na primeira linha, *stress* e até dilemas éticos.

Neste sentido, surge este estudo que visa compreender as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR. Este assenta numa abordagem qualitativa, com carácter descritivo simples e exploratório, em que a estratégia de recolha de dados incidiu na entrevista semiestruturada, dirigida a oito enfermeiros. Os dados foram analisados com o recurso à técnica de análise de conteúdo.

Dos dados sobressaem fatores que dificultam a atuação do enfermeiro perante a situação de PCR nomeadamente, a inexperiência do enfermeiro, o défice de conhecimentos relativos aos equipamentos e aos procedimentos, fatores relacionados com os recursos (humanos, materiais e condições físicas) e a tomada de decisão em reanimar ou não reanimar. O trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha de experiências para reflectir sobre a situação e ajudar no alívio do *stress*, foram também os fatores facilitadores que emergiram no estudo. Foi visível também que a situação desencadeia diversos sentimentos nos enfermeiros, sentimentos positivos como a felicidade e a satisfação e sentimentos negativos como a angústia, a ansiedade, a frustração, a impotência, o medo e o *stress*. Esta dualidade de sentimentos surge da possibilidade de se conseguir salvar a vida da pessoa.

Estes resultados sugerem que é importante implementar estratégias/dinâmicas favorecedoras de uma formação contínua e de partilha de experiências nas equipas que proporcionam uma melhor intervenção nestas situações.

Palavras-Chave: PCR e Enfermeiro

ABSTRAT

The Cardiopulmonary Arrest (CPA) is an event that can occur in a hospital environment, typically in an unexpected way. Requires an immediate response and efficient that generates in health professionals, especially nurses, most of whom are in the first line, stress and even ethical dilemmas.

In this regard, this study aims to understand the experiences of nurses in a Nursing unit in a situation of CPA. This is based on a qualitative approach, with character simple descriptive and exploratory, in that the strategy of data collection focused on semi-structured interviews, addressed to eight nurses. The data were analyzed with the use of content analysis technique.

The data stand out factors that hinder the action of the nurse in this situation of CPA in particular were the inexperience of the nurse, the lack of knowledge concerning the equipment and procedures, factors related to the resources (human, material and physical conditions) and the decision-making in resuscitate or do not resuscitate order. The teamwork, continuous training and the sharing of experiences to reflect on the situation and help to relieve stress, were also the facilitating factors that emerged in the study. It was visible that the CPA situation triggers various feelings in nurses, positive feelings, such as happiness and satisfaction and negative feelings such as fear, anxiety, frustration, helplessness, fear and stress. This duality of feelings comes from the possibility of being able to save person's life.

These results suggest that it is important to implement strategies/dynamic favoring a continuous training and sharing of experiences in the teams that provide a better intervention in these situations.

Keywords: CPA and Nurse

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA	23
1.1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA	27
1.2. A PCR EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR	33
1.3. CUIDADOS PÓS REANIMAÇÃO	36
2. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	38
3. DILEMAS ÉTICOS NA SITUAÇÃO DE PCR	43
CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO	49
2. TIPO DE ESTUDO	50
3. CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	51
3.1. O CONTEXTO.....	51
3.2. OS PARTICIPANTES	52
4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	53
5. ANÁLISE DE DADOS	54
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	59
1. FATORES DIFICULTADORES PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR	62
2. FATORES FACILITADORES PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR	65
3. SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR	68
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS DADOS	71
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	81

ANEXOS

ANEXO A – CONSENTIMENTO DO CONCELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES

APÊNDICE B – GUIÃO DA ENTREVISTA

APÊNDICE C – QUADRO SÍNTESE DOS DADOS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Cadeia da Sobrevivência.

Figura 2 – Algoritmo SAV – PCR.

Figura 3 – Algoritmo de abordagem inicial da PCR intra-hospitalar.

Figura 4 – Fatores dificultadores perante uma situação de PCR – Categorias e Subcategorias.

Figura 5 – Fatores facilitadores perante uma situação de PCR – Categorias e Subcategorias.

Figura 6 – Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante uma situação de PCR – Categorias.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Causas cardíacas e não cardíacas de PCR.

Quadro 2 - Principais alterações sobre o atendimento à paragem cardíaca de acordo com as directrizes 2010-2015.

Quadro 3 - Critérios de ativação EEIH.

Quadro 4 - Caraterização dos participantes.

Quadro 5 - A situação de PCR: experiências dos enfermeiros - áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo.

LISTA DE SIGLAS

AEsP- Atividade eléctrica sem pulso

AHA – American Heart Association

DAE – Desfibrilador Automático Externo

DNR – Do-Not-Resuscitate / Decisão de não reanimar

EEIH – Equipa de Emergência Intra-Hospitalar

FC – Frequência Cardíaca

FR – Frequência Respiratória

FV – Fibrilação Ventricular

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordem dos Médicos

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCE – Retorno da circulação espontânea

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

TNCC – Trauma Nursing Core Course

TV - Taquicardia Ventricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

A saúde dos nossos dias em nada se assemelha ao que era vivido há séculos atrás. Vivemos num tempo em que os homens e a tecnologia se esforçam por prolongar a vida e retardar a morte. Com efeito, temos assistido a um grande progresso de carácter científico e tecnológico associados a melhoria das condições de vida que tem contribuído para o aumento da esperança média de vida mas por outro lado contribuiu para o aumento do número de pessoas com doença grave, crónica e em risco de vida.

Com este aumento da longevidade, das doenças crónicas que conduz para o aumento de hospitalizações, as situações de paragem cardiorrespiratórias (PCR) podem ocorrer com mais frequência. A PCR define-se como “(...) paragem não traumática, não violenta, inesperada e súbita, que ocorre no espaço de 6 horas, num estado de saúde anterior aparentemente normal (...)”. (Sheehy, 2001, p.496). Estas ocorrências implicam uma intervenção rápida do enfermeiro com o início de manobras de reanimação antes da chegada da equipa de emergência intra-hospitalar (EEIH).

Pacheco e colaboradores (2004) referem que, a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de uma pessoa doente é um dever dos profissionais de saúde, sempre que haja alguma esperança de recuperação da saúde ou estabilização da doença. Com efeito, médicos e enfermeiros têm por obrigação profissional e moral dar o seu contributo e utilizar todos os conhecimentos técnicos possíveis para salvar uma vida.

Estas situações podem suscitar dilemas éticos que afetam a prática dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros quando se confrontam com a situação em que a decisão de não reanimar se coloca.

Lacombe (2000) refere que, a vivência ou a experiência de cada pessoa pode afetar ou marcar de uma forma direta, positiva ou negativamente o desempenho nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, uma vez que estes lidam com situações inesperadas, desesperantes, traumatizantes, com emoções e até morte iminente, e na medida em que cada pessoa reage de modo diferente a cada acontecimento.

De facto, a situação de PCR, é um tema muito debatido pelos enfermeiros das unidades de internamento na medida em que nestes contextos, o doente está na maioria estável pelo que quando surge uma situação de PCR pode desencadear dilemas, dúvidas e sentimentos, por estes motivos consideramos a escolha deste tema

pertinente, pois vai permitir compreender as vivências dos enfermeiros perante uma situação de PCR.

Foi neste contexto que surgiu a seguinte questão de partida: quais as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de paragem cardiorrespiratória? De forma a enquadrar a nossa questão de partida traçamos um objetivo geral sendo que os objetivos buscam contribuir “(...) para a solução de um problema em especial (...)”(Fortin, 2006, p.35). Assim surge como objetivo geral deste estudo, compreender as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR. Deste objetivo geral, emergiram os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Descrever os fatores dificultadores da intervenção dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR;
- ✓ Descrever os fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante a situação de PCR;
- ✓ Perceber os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de uma unidade de internamento numa situação de PCR.

Para dar resposta ao objetivo pretendido realizamos um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. Tendo em conta a natureza da investigação utilizamos como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento teórico onde se contextualizam as questões que se prendem com a pessoa em situação crítica devido ao risco de entrar em PCR, e o cuidar da pessoa em situação crítica. Segue-se o Capítulo II - O Percurso Metodológico onde fazemos uma abordagem da problemática, dos objetivos e tipo de estudo, do contexto e dos participantes assim como do procedimento de recolha de dados e a análise dos dados e as considerações éticas. O Capítulo III, diz respeito à apresentação e análise dos dados e o Capítulo IV refere-se à discussão dos resultados obtidos. No quinto e último capítulo são apresentadas as conclusões e as perspectivas futuras.

Pretendemos com os resultados deste estudo contribuir de algum modo para a uma melhor intervenção de Enfermagem face à pessoa em situação de PCR em contexto de internamento hospitalar, assim como, um ponto de partida para novas pesquisas no âmbito desta temática.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA

Os cuidados de saúde à pessoa em situação crítica, cuja vida está em risco por falência ou ameaça de falência de funções vitais, exigem da equipa multidisciplinar uma rápida e adequada intervenção de forma a garantir a sua reversão, estabilização e tratamento, prevenindo complicações, limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total.

Várias definições de PCR são encontradas na literatura, mas todos os autores concordam que se trata de uma situação limite entre a vida e a possibilidade de não sobreviver. Para Cristina e colaboradores (2009, p.99) a PCR é

“ (...) uma cessação da circulação e da respiração reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, em um paciente inconsciente. A interrupção súbita das funções cardiopulmonares constitui um tipo de problema que sempre foi um desafio para a medicina. Representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, caso as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração não forem realizadas”

A PCR constitui, assim, uma situação de emergência máxima para a pessoa, exigindo dos profissionais de saúde o início imediato de procedimentos de reanimação cardiorrespiratória (RCR) a fim de restaurar as funções cardíaca e respiratória de modo a evitar danos cerebrais e preservar a vida, limitando o sofrimento e as potenciais sequelas.

Dados publicados nas *guidelines* 2010, do *European Resuscitation Council* (2011) apontam para uma incidência de PCR intra-hospitalar na ordem de 1 a 5 por 1000 internamentos, estimando-se que a sobrevivência à data da alta hospitalar seja de cerca de 18%, incluindo todos os ritmos. Segundo a mesma fonte, em 25% dos casos, o ritmo inicial é Fibrilhação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular sem pulso (TVsp), dos quais 37% sobrevive à data da alta hospitalar. Quando o ritmo inicial é Atividade Elétrica sem pulso (AEsP) ou Assistolia, apenas 11,5% sobrevivem à data da alta.

Estas constatações conduzem-nos à reflexão sobre as taxas de sobrevivência, às diferenças na sobrevivência entre ritmos desfibrilháveis (FV e TVsp) e não desfibrilháveis (AEsP e Assistolia), bem como as possíveis implicações de PCR intra-hospitalar para a vida da pessoa.

Como refere Abreu e colaboradores (2011), apesar do incremento na formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e na melhoria dos procedimentos no Suporte Avançado de Vida (SAV), a mortalidade e sequelas neurológicas após a recuperação da

circulação espontânea (RCE) continuam a ser elevadas, as quais podem comprometer gravemente a vida, a longo prazo. A mortalidade e sequelas neurológicas, segundo os mesmos autores, devem-se principalmente a dois mecanismos fisiopatológicos: encefalopatia anóxica, resultante do compromisso da circulação cerebral, e ao síndrome de reperfusão. Esta síndrome caracteriza-se por uma resposta inflamatória sistémica desencadeada durante o período de reperfusão, que se pode prolongar por 48-72h, como consequência da ativação de várias cascatas bioquímicas que levam à geração de radicais livres de oxigénio e outros mediadores lesivos para o tecido cerebral.

Segundo Woods (2008) existem fatores de risco que podem ser controlados ou modificados e outros que não, mas ambos afetam a sobrevivência da pessoa numa paragem cardiorrespiratória.

A doença arterial coronária, a diabetes, a hipercolesterolemia, a hipertensão, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo e o *stress*, são fatores de risco para paragem cardiorrespiratória controláveis. A história familiar de paragem cardíaca súbita, os distúrbios cardíacos congénitos e a idade avançada constituem fatores de risco para paragem cardiorrespiratória não controláveis.

As principais causas da PCR que ocorrem centram-se na obstrução da via aérea por sangue, aspiração de conteúdo gástrico, corpos estranhos, secreções, depressão do estado de consciência, edema, espasmo. Na falência respiratória devida a insuficiência respiratória podem estar na origem a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), apneia, infeção, asma ou embolia. E na patologia cardíaca isquémica, como o enfarte agudo do miocárdio, a cardiopatia, a acidose, os desequilíbrios electrolíticos, e a electrocução (Madeira e colaboradores, 2011).

A PCR também pode ocorrer por outras causas, no quadro 1 agrupamos as causas de PCR cardíacas e não cardíacas.

Quadro 1 – Causas cardíacas e não cardíacas de PCR.

Causas cardíacas	Causas não cardíacas
Doença arterial coronária	Embolia pulmonar
Arritmias cardíacas	Engasgo e asfixia
Enfarte agudo do miocárdio	Ingestão de drogas, abuso de substâncias e álcool
Doença valvular cardíaca	Hipoxia
Miocardite ou miocardiopatia	Acidente vascular cerebral
Intervalo QT prolongado	Hipercaliémia ou hipocaliémia
Doença cardíaca congénita	Hiperglicemia ou hipoglicemia
Síndrome de wolf-parkinson-white ¹	Hipotermia
Tumor intracardíaco	Reacções alérgicas
Tamponamento cardíaco	Choque eléctrico

Fonte: Adaptado de Aehlert (2007)

Madeira e colaboradores (2011) mencionam que, no caso dos doentes hospitalizados, a PCR não é imprevista nem súbita e em cerca de 80% dos casos verifica-se uma deterioração progressiva prévia, sendo que os sinais de alerta mais frequentes são:

“(...) sinais de dificuldade respiratória, a elevação da frequência cardíaca e a diminuição do débito cardíaco. São igualmente frequentes manifestações de hipotensão, prostração, letargia, estado confusional ou deterioração do estado de consciência. Nas horas que precedem a PCR são comuns alterações metabólicas, particularmente acidose” (p.70).

Os enfermeiros, de uma forma geral, são os primeiros a presenciar a PCR em contexto de internamento. Assim a vigilância bem como uma deteção precoce dos sinais de alerta e rápida atuação torna-se fundamental (Smith *cit. in* Nolan, 2010). Como vimos analisando, os objetivos dos profissionais de saúde perante uma PCR são a recuperação e preservação da vida da pessoa com a mesma qualidade à anterior ao evento de paragem. Porém, todos os profissionais intervenientes, desde quem presencia, que deve iniciar SBV e/ou continua com SAV experimentam sensações de impotência e frustração perante a impossibilidade de salvar aquela pessoa.

¹ Tipo de síndrome de pré-excitação, caracterizada por um empastamento da fase ascendente do complexo QRS

Estudos revelam que uma intervenção antecipada e adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade de doentes hospitalizados que sofrem um processo de deterioração fisiológica aguda nas horas que antecedem a PCR, sendo essencial a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação (Nolan, 2010). O sucesso das intervenções em emergência está associado a fatores como o rácio enfermeiro/doente, os conhecimentos e treino dos profissionais, os tempos e a organização da resposta, os níveis de monitorização dos doentes e sobretudo a capacidade de antecipação (Martins e colaboradores, 2012).

Portanto a PCR é uma das situações enfrentadas pelos enfermeiros em todas as áreas de atuação, sendo uma emergência decisiva na vida da pessoa. Esta situação, embora previsível em muitos doentes internados, é inesperada em diversos momentos, constituindo uma grave ameaça de vida, principalmente nos que sofrem um colapso não presenciado e nos doentes hospitalizados em estado crítico (Bellan, 2006).

Zanini e colaboradores (2006) realçam a importância da equipa de enfermagem em se manter atualizada e treinada, nomeadamente quanto às manobras executadas, como o SBV. Para que sejam realizados corretamente o procedimento necessário no atendimento à pessoa em PCR é necessário que os enfermeiros tenham conhecimentos técnicos e científicos atualizados e utilizem os equipamentos necessários.

Para Lacombe (2000) o facto dos profissionais de saúde intervirem e lidarem com situações inesperadas, desesperantes, traumatizantes, com emoções no limite, frustrações e morte iminente pode afetar o desempenho nos cuidados prestados quer positiva, quer negativamente. Deste modo, o desenvolvimento de competências não deverá apenas assentar nos aspetos técnico e científicos, mas também no trabalho em equipa, na gestão de emoções e na relação terapêutica.

O treino e disponibilidade de recursos humanos e materiais adequados justifica-se ainda pelas particularidades associadas ao cuidado em situação emergente, como a pressão do tempo e a necessidade de se tomarem decisões apoiadas sobretudo na capacidade de avaliação e conhecimentos dos profissionais e pouco suportadas por meios auxiliares de diagnósticos (Martins, 2009).

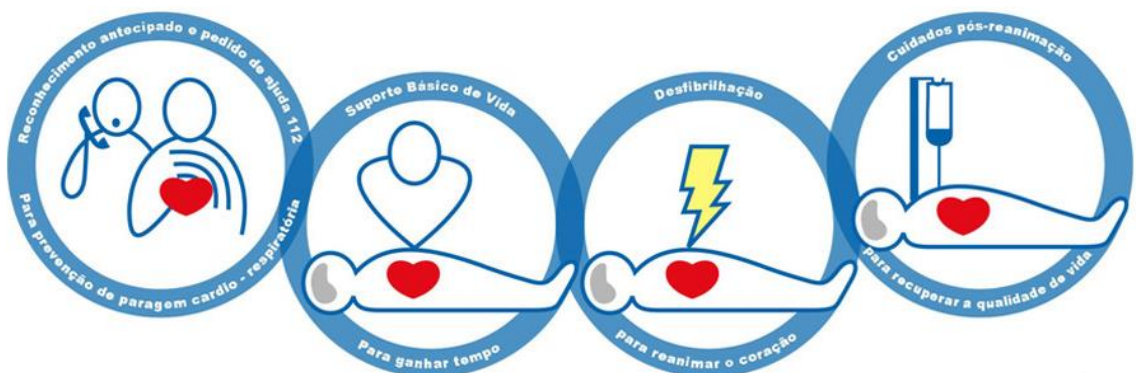
Sabe-se hoje que, para o sucesso do atendimento de uma pessoa em PCR é necessário uma série de procedimentos, todos eles importantes que de um modo encadeado, asseguram uma maior taxa de sobrevivência. Estes procedimentos são designados de Cadeia de Sobrevivência, aspeto que abordaremos de seguida.

1.1. CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Com o crescente aumento da esperança média de vida e longevidade e como tal de doenças crónicas, aumenta a probabilidade da incidência de PCR. Esta pode acontecer como anteriormente foi referido, devido a patologias que envolvem o compromisso da função respiratória, da função cardíaca e não cardíaca. De forma a prevenir a PCR, em contexto hospitalar, a identificação precoce é fundamental. De acordo com Stockwell e colaboradores (*cit. in ECR, 2010*) “o primeiro elo da cadeia de sobrevivência é o reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR (...)” (p. 25).

Entende-se por Cadeia de Sobrevivência um conjunto de procedimentos que se sucedem de forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte. Todos os elos são importantes, para que o funcionamento de cada elo seja vital e o resultado final seja salvar vidas (INEM, 2014). As ações que relacionam a pessoa em PCR com a sobrevivida, são simbolizadas, em quatro elos que constituem assim a Cadeia de Sobrevivência, conforme se apresenta na Figura 1.

Figura 1 – Cadeia de Sobrevivência



Fonte: European Resuscitation Council (2010).

Todos os elos têm um significado, correspondendo a procedimentos organizados e sistematizados. O primeiro consiste no reconhecimento imediato da PCR e no accionamento do número de emergência (112) ou equipa de emergência intra-hospitalar (EEIH). É importante referir que nem todos os hospitais têm EEIH, pelo que nestes casos, chama-se o médico que estiver de urgência. O segundo elo corresponde ao

início rápido do SBV, permitindo ganhar tempo até que os meios mais diferenciados estejam disponíveis. O terceiro elo diz respeito à desfibrilação cardíaca precoce que pode consistir na desfibrilação automática externa (DAE) permitindo reanimar o coração e aumentar a sobrevida. O quarto elo, ou seja, o SAV cujo objetivo é a estabilização hemodinâmica através dos cuidados pós reanimação e a recuperação da qualidade de vida.

O atendimento à pessoa vítima de PCR vem sendo alvo de pesquisas, pois, a reversão da PCR ainda constitui um grande desafio para os profissionais de saúde. Em 1992 foi criada a Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (*International Liaison Comite on Resuscitation - ILCOR*) na tentativa de garantir um fórum de discussão entre os comitês de ressuscitação do mundo para criar directrizes para o atendimento cardiovascular de emergência entre outros objetivos (Timerman e colaboradores, 2006).

Atualmente o ILCOR (2012) é constituído pela *American Heart Association*, *European Resuscitation Council (ERC)*, *Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC)*, *Australian Resuscitation Council*, *New Zealand Resuscitation Council*, *Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA)*, *InterAmerican Heart Foundation (IAHF)* e *Resuscitation Council of Asia*.

A cada cinco anos, o ILCOR divulga diretrizes para o atendimento cardiovascular de emergência que estas se encontram as orientações sobre as intervenções em situação de PCR. Essas diretrizes são construídas sobre uma profunda análise das evidências de trabalhos publicados na área, na tentativa de melhorar os índices de sobrevida das pessoas acometidas por esse evento (Timerman [et. al.], 2006).

Em 2010, houve a comemoração do 50º aniversário da primeira publicação médica documentando sobrevida de pessoas após realização de manobras de RCP e esse foi o ano escolhido para a divulgação das novas diretrizes (Guimarães, 2011). As últimas recomendações foram publicadas, em Outubro de 2010 e as principais alterações encontram-se no Quadro 2 publicada pela *American Heart Association*.

Quadro 2 - Principais alterações sobre o atendimento à paragem cardíaca de acordo com as directrizes 2010-2015.

ALTERAÇÃO	JUSTIFICAÇÃO
Remoção do procedimento “Ver, Ouvir e sentir se há respiração”	Não se deve perder tempo para iniciar as compressões torácicas e com a nova sequência “Compressão torácica primeiro”, as manobras de RCP devem ser executadas tão logo possível.
Alteração na sequência das manobras RCP: C-A-B, em vez de A-B-C	As compressões torácicas fornecem fluxo sanguíneo vital ao coração e ao cérebro. Está comprovado que a sobrevivência é maior quando as manobras de RCP são realizadas.
Frequência mínima de 100 compressões por minuto	O número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante as manobras de RCP é um factor determinante importante do RCE e da sobrevivência com boa função neurológica. A aplicação de um maior número de compressões está associada a uma maior sobrevivência.
O uso do DEA para bebés	Não se conhece a carga de energia mínima para que se possa realizar uma desfibrilhação eficaz em bebés e crianças. DEA com cargas de energia relativamente alta tem sido usado com êxito em bebés com PCR, sem efeitos adversos claros.
Significado do algoritmo de atendimento	O algoritmo foi simplificado para enfatizar a importância da realização de manobras de PCR de alta qualidade.
Recomendação de capnografia 2010	A capnografia contínua é o método mais confiável para se confirmar e monitorizar o correto posicionamento de um tubo endotraqueal.
Exclusão da atropina do protocolo	É improvável que o uso de rotina da atropina durante a AEsP ou a assistolia produza benefícios terapêuticos
Cuidados organizados após PCR	Programas multidisciplinares que enfoquem a optimização da função hemodinâmica, neurológica e metabólica, incluindo a hipotermia terapêutica visam melhorar a sobrevivência à alta hospitalar entre as pessoas que RCE após a PCR intra ou extra-hospitalar.

Fonte: American Heart Association, 2010. Legenda: A-B-C: Via aérea, respiração (*Breathing*) e Circulação; AEsP: Atividade eléctrica sem pulso; C-A-B: Circulação, Via aérea e Respiração (*Breathing*); DEA: Desfibrilhador externo automático; RCE: retorno da circulação espontânea; RCP: ressuscitação cardiopulmonar.

Segundo Madeira e colaboradores (2011) a nível mundial foi introduzido no funcionamento dos hospitais o conceito de Equipa de Emergência Intra-hospitalar (EEIH) ou Equipa Médica de Emergência ou Equipa para Doentes em Risco, de forma a melhorar o prognóstico e prevenir a PCR. Nestas equipas estão incluídos médicos e enfermeiros com experiência em cuidados intensivos. São habitualmente definidos critérios de ativação da qual se apresenta em seguida no quadro 3.

Quadro 3 – Critérios de ativação da EEIH.

PARÂMETROS	ALTERAÇÕES
Via aérea	Em dificuldade
Respiração	Todas as paragens respiratórias FR < 5 cpm FR > 36 cpm
Circulação	Todas as PCR FC < 40 bpm FC > 140 bpm e PA sistólica < 90 mmHg
Neurológico	Alteração súbita da consciência com diminuição do Escala de Coma de Glasgow (GCS) > 3 pontos Convulsões repetidas/prolongadas
Outros	Qualquer doente que, sem preencher estes critérios, apresente situação preocupante

Fonte: Madeira e colaboradores critérios do *Liverpool Hospital* em Sidney.

A ativação da EEIH inclui a possibilidade de internamento precoce em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e correcção de disritmias malignas, podendo contribuir também para a decisão de considerar o doente como não candidato a reanimação, isto é estabelecer a Decisão de Não Reanimar (DNR). O reconhecimento precoce da PCR e actuação imediata é fundamental pois para cada minuto de atraso diminui as possibilidades de sobrevivência de 7 a 10%, a não ser que se inicie o SBV (Commins (1989, *cit. in* INEM 2011).

Para o funcionamento adequado dos elos da cadeia de sobrevivência é fundamental que, quem presencia uma determinada ocorrência seja capaz de reconhecer a gravidade da situação e saiba ativar o sistema, ligando adequadamente 112 ou em contexto intra-hospitalar accionar a EEIH ou serviço de urgência e iniciar SBV. Como já foi referido, o SBV permite ganhar tempo, mantendo alguma circulação e alguma ventilação na vítima, até à chegada de socorro mais diferenciado para instituir os procedimentos de SAV. Apesar do algoritmo de SAV (Figura 2) se aplicar a todas as situações de PCR, há intervenções adicionais que se justificam nas PCR em circunstâncias especiais. As intervenções que contribuem seguramente para salvar vidas das vítimas de PCR são: SBV imediato e eficaz, manutenção de compressões torácicas ininterruptas e de elevada qualidade e a desfibrilhação precoce nas FV/TV.

O algoritmo de SAV distingue ritmos desfibrilháveis de ritmos não desfibrilháveis. Os ciclos são genericamente iguais, com um período de SBV de 2 minutos, antes de avaliar o ritmo e, quando indicado, avaliar o pulso. Quando indicada, a Adrenalina é administrada na dose de 1mg a intervalos de 3-5min, até se conseguir o retorno da circulação espontânea (RCE).

A FV/TVsp é o primeiro ritmo monitorizado em cerca de 25% dos casos de PCR quer no hospital, quer em contexto pré-hospitalar. Confirmada a PCR, feito o pedido de ajuda e do desfibrilhador, iniciar SBV com compressões torácicas e ventilações, numa relação de 30:2. Quando o desfibrilhador chega deve-se manter as compressões torácicas enquanto se aplicam as pás ou os eléctrodos. Quando a carga está completa, deve-se parar as compressões, confirmar rapidamente se todas as pessoas estão afastadas da vítima e aplicar um choque (360-J monofásicos ou 150–200 J bifásicos).

- Reduzir ao mínimo a pausa entre o fim das compressões. A aplicação do choque mesmo 5-10 segundos de atraso reduz a probabilidade do mesmo ser eficaz.

- Retomar de imediato SBV (30:2) começando pelas compressões torácicas eficazes, sem avaliar o ritmo nem pesquisar o pulso. Mesmo que a desfibrilhação tenha restabelecimento um ritmo com circulação eficaz decorre algum tempo até que a perfusão seja adequada e é muito raro que o pulso seja palpável de imediato a seguir à desfibrilhação.

- Manter SBV 2 minutos e depois fazer pausa breve para avaliar o ritmo; se a FV/TV persistir aplicar um novo choque. Retomar de imediato SBV (30:2) começando pelas compressões torácicas, sem avaliar o ritmo nem pesquisar o pulso.

- Manter SBV 2 minutos e fazer pausa breve para avaliar o ritmo; se a FV/TV persiste aplicar um 3º choque (360-J monofásicos ou 150–360 J bifásicos). Retomar de imediato SBV (30:2) começando pelas compressões torácicas, sem avaliar o ritmo nem pesquisar o pulso

- Se já tiver sido colocado acesso endovenoso ou intra-ósseo, administrar adrenalina 1mg e amiodarona 300mg, logo que as compressões tenham sido retomadas. Se não se conseguiu RCE com o 3º choque a adrenalina contribui para a perfusão do miocárdio e aumenta a probabilidade de sucesso do choque seguinte.

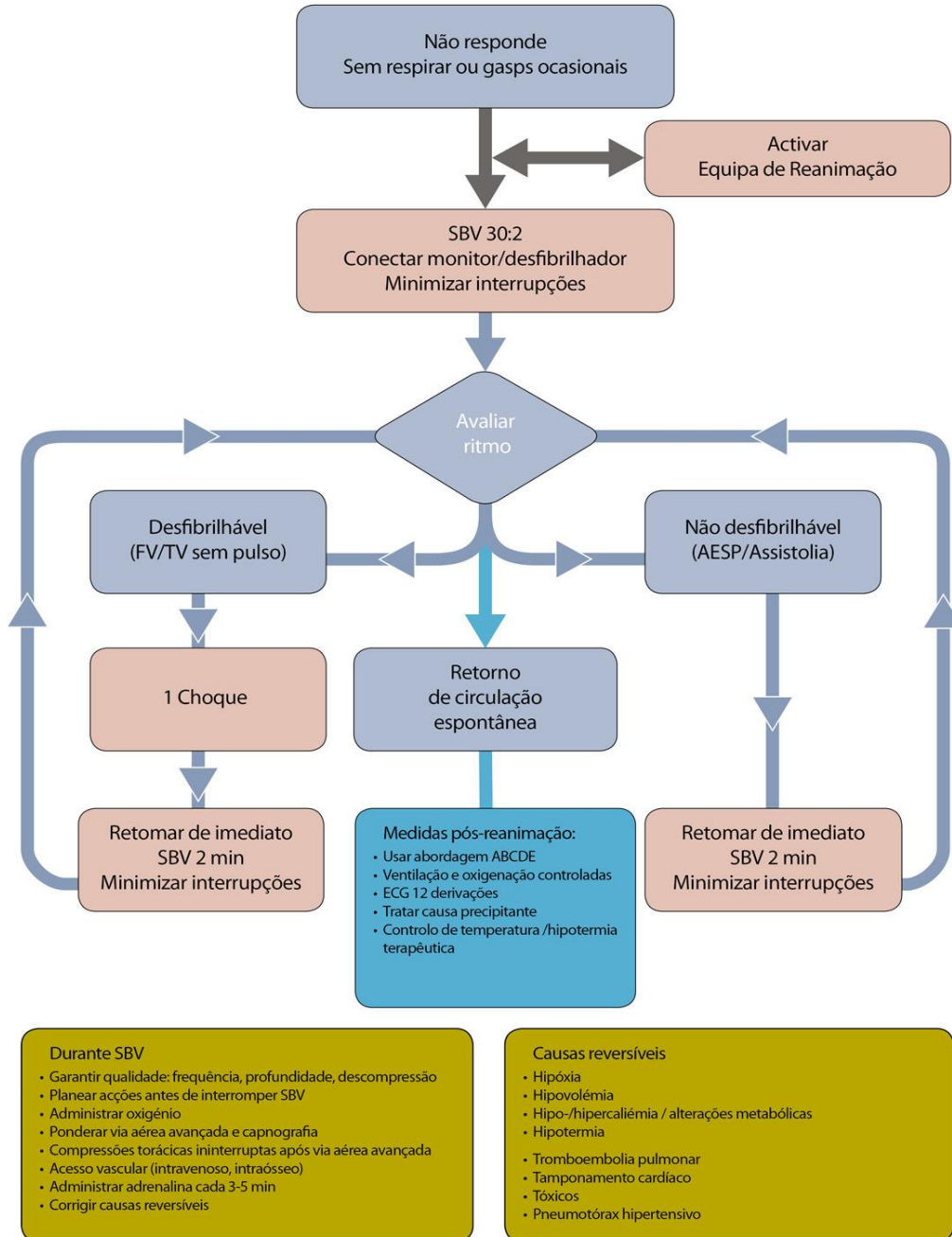
- Caso se tenha conseguido o RCE é possível que o bolús de adrenalina provoque taquicardia e hipertensão e precipite a recorrência da FV. Contudo, imediatamente a seguir ao RCE as concentrações plasmáticas de adrenalina são elevadas, não existindo estudos que documentem a possibilidade de dano adicional.

- Ao fim do ciclo de 2 minutos de SBV se o ritmo passou a assistolia ou na Atividade eléctrica sem pulso (AEsP) ver algoritmo dos ritmos “não desfibrilháveis”. Se o ritmo é não desfibrilhável pesquisar pulso. A pesquisa de pulso deve ser breve e só deve ser tentada se existir um ritmo organizado.

Até haver RCE administrar adrenalina na dose de 1mg cada 3-5min, independentemente do ritmo, na prática será uma administração a cada dois ciclos de 2min de SBV. Se a vítima exhibe sinais de vida (movimentos voluntários, tosse, respiração normal) confirmar o ritmo, se existir ritmo organizado pesquisar pulso. Se há

pulso continuar com os cuidados pós-reanimação. Se não identificado, manter SBV, sendo substituído quem faz compressões torácicas cada 2min, sem interromper as compressões.

Figura 2 - Algoritmo de SAV – PCR.



Fonte: ERC, 2010.

Como refere a literatura, a maioria das PCR no adulto em ambiente intra-hospitalar ocorrem devido a uma perturbação do ritmo cardíaco designadamente a TVsp e a FV. Esta perturbação do ritmo cardíaco caracteriza-se por uma atividade elétrica

caótica de todo o coração, em que não há contracção do músculo cardíaco e, como tal, não há débito cardíaco. O único tratamento eficaz para estas arritmias é a desfibrilhação que consiste na aplicação de um choque elétrico. No entanto, como já foi referido nem sempre a desfibrilhação é eficaz, por si só, para recuperar a vítima. São necessárias desenvolver intervenções durante as manobras de SBV como a administração de fluidos, de fármacos e de entubação endotraqueal.

Em resumo, a PCR é uma situação de emergência máxima que exige dos profissionais de saúde uma resposta imediata e organizada. A prestação de cuidados neste contexto exige uma formação estruturada e atualizada, para que se desenvolvam competências específicas que possibilitam o agir rápido e eficiente nesta situação. Há probabilidade de ocorrerem situações de PCR no meio hospitalar, pelo que as hipóteses do doente sobreviver dependem da competência do enfermeiro em iniciar os primeiros passos da cadeia de sobrevivência de forma adequada e em tempo oportuno.

1.2. A PCR EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

O primeiro elo da cadeia de sobrevivência como referido anteriormente em meio hospitalar é o reconhecimento precoce do doente em risco e a prevenção da PCR. A prevenção da PCR intra-hospitalar exige formação dos profissionais, monitorização e vigilância contínua dos doentes, um sistema de alarme para pedir ajuda e capacidade para responder com ajuda eficaz (Nolan, 2010). Este autor citando um estudo australiano realça a importância da formação dos profissionais como componente essencial da implementação dos sistemas de prevenção da PCR, (Campello e colaboradores, 2009, *cit. in* Nolan 2010). Neste estudo verificou-se a melhoria da taxa hospitalar de reversão de PCR que ocorreu, na fase de formação e implementação do sistema da equipa de emergência médica, revelando que mantendo formação nos profissionais de saúde das instituições hospitalares atualizados e treinados existe uma maior probabilidade de se reverter uma PCR.

Em meio hospitalar a resposta à pessoa em situação crítica que está em risco de vida ou que pode vir a estar em risco de vida é dada, geralmente, por quem presencia, geralmente os enfermeiros, que iniciam medidas de SBV e accionam a EEIH. Esta equipa é constituída por médico e enfermeiro, geralmente dos cuidados intensivos. Para Nolan (2010), os hospitais devem implementar sistemas de resposta que incluam: profissionais treinados no reconhecimento dos sinais de deterioração do estado do doente e na resposta rápida; uma monitorização regular e apropriada dos sinais vitais;

orientações claras (ex: linha de chamada de emergência ou índices de alerta precoce) para ajudar os profissionais a detectar precocemente o agravamento da situação do doente e um modelo claro e uniforme de pedido de ajuda.

Também refere que, as EEIH devem ser formadas ao mais alto nível, com procedimentos de SBV e SAV, serem sujeitas a frequentes avaliações de perícia e treino, garantindo desta forma um atendimento de qualidade à pessoa em estado crítico. De acordo com Nunes, esta formação deve ser fornecida em contexto de trabalho, de uma forma teórico-prática, colocando os profissionais em situações próximas do real, uma vez que “o adulto necessita de motivação para aprender, mas também aprende melhor fazendo” (2007, p.10). Este tipo de formação melhora a eficácia da ação e decisão em termos de rapidez e de resultados.

Nolan (2010) faz referência a várias estratégias que as instituições hospitalares e os seus profissionais deveriam adoptar de forma a prevenir uma PCR em contexto hospitalar:

- Tratar os doentes em risco de vida ou em risco de deterioração numa área apropriada com nível de cuidados diferenciados;

- O doente em estado crítico necessita de observações regulares: cada doente deve ter um plano de monitorização dos sinais vitais tais como a frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, nível da consciência, temperatura corporal e oximetria de pulso;

- Utilizar sistemas de reconhecimento / alerta para identificar doentes em risco de deterioração clínica ou até PCR;

- O hospital deve ter um sistema de resposta à emergência claramente identificado. Tem de estar disponível 24h/dia. A equipa deve ser composta por operacionais com formação em cuidados com o doente em estado crítico;

- Treinar todo o pessoal clínico em reconhecimento, monitorização e abordagem do doente em estado crítico;

- Os hospitais devem incentivar todos os profissionais a pedir ajuda, sempre que reconheçam um doente em risco de deterioração ou até de PCR;

- Identificar os doentes em quem a morte é esperada e por isso não há indicação para reanimar em caso de PCR, bem como os doentes que não desejam ser reanimados. Os hospitais devem ter uma política de D.N.R. (Do-Not-Resuscitation) clara, articulada com as recomendações nacionais e compreendida por todos os clínicos” (p.25-26).

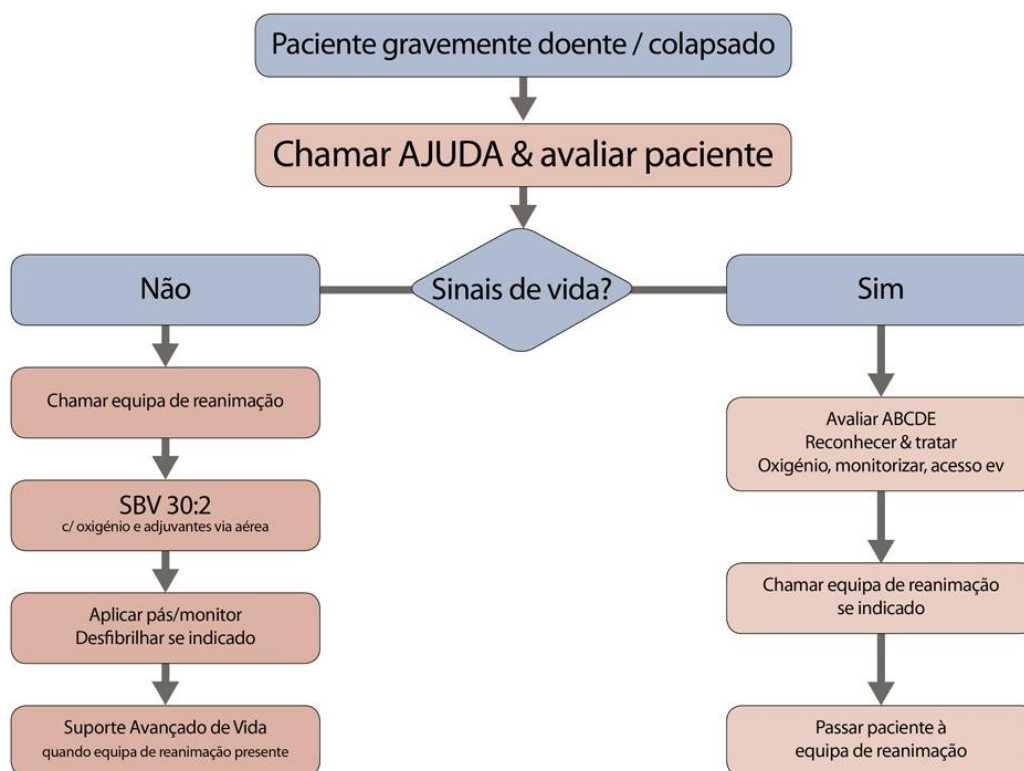
A EEIH está mais vocacionada para a prevenção da PCR e a sua recuperação. Esta equipa só pode ser eficaz se for chamada a tempo, ou seja, antes da PCR ser inevitável ou eminente. A avaliação dos doentes em risco competirá sempre aos profissionais de saúde dos diferentes serviços, de acordo com uma estratégia de formação para esse efeito. O reconhecimento das pessoas em risco pode permitir que

as situações de PCR sejam prevenidas, ou podem impedir tentativas inúteis de reanimação.

Na PCR intra-hospitalar espera-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que em todas as paragens intra-hospitalares sejam assegurados o SBV com os adjuvantes da via aérea que estejam indicados, a desfibrilhação e o SAV, o mais rápido possível.

Todas as áreas clínicas devem ter acesso imediato ao equipamento e medicamentos necessários para a rápida reanimação, que devem estar organizados e normalizados no carro de emergência sendo esta organização normalizada em toda a instituição. A Figura 3, representa como deve ser abordada a pessoa em PCR em contexto intra-hospitalar, que de forma resumida explicamos seguidamente.

Figura 3 - Algoritmo de abordagem inicial da PCR intra-hospitalar.



Fonte: ERC, 2010.

O primeiro elemento inicia a reanimação assegurando que as compressões sejam de elevada qualidade minimizando as interrupções. Enquanto outros ativam a EEIH e trazem o carro de emergência com o equipamento de emergência (monitor desfibrilhador, material de via aérea e fármacos de emergência). Mas caso exista só um elemento, este deve deixar o doente e pedir ajuda, voltando para junto dele novamente.

Manter a permeabilidade da via aérea e ventilar com o equipamento disponível mais apropriado. Geralmente a máscara facial, que deve ser complementada com adjuvante da via aérea e O₂ suplementar.

Logo que tenha sido assegurada a via aérea, que pode ser necessário, o recurso à entubação endotraqueal devem-se manter as compressões torácicas sem interrupção com uma frequência de 100 bat/min. A entubação endotraqueal deve ser realizada por profissionais com SAV, treinados e experientes nesta técnica. (INEM, 2011)

Para analisar o ritmo, aplicar as pás do desfibrilhador e se estas forem auto adesivas não interromper as compressões torácicas. Manter a reanimação até à chegada da EEIH ou até o doente apresentar sinais de vida. Realizar acessos venosos, se não existirem e preparar os fármacos de emergência (ex: adrenalina). Designar a pessoa responsável por passar a informação clínica ao “líder da equipa”. Disponibilizar toda a informação sobre o doente.

Nunca é demais sublinhar a importância das compressões torácicas contínuas. Mesmo as pequenas interrupções têm consequências desastrosas nos resultados e todos os esforços devem ser concentrados em manter compressões eficazes, reduzindo ao máximo as interrupções não mais de 10 segundos sendo idealmente 5 segundos (Madeira e colaboradores, 2011)

1.3. CUIDADOS PÓS REANIMAÇÃO

Este elo da cadeia é uma mais-valia, uma vez que nem sempre a desfibrilhação por si só é eficaz para recuperar a pessoa, ou, por vezes, pode mesmo não estar indicada. O SAV permite conseguir uma ventilação e circulação mais eficaz (através da abordagem avançada da via aérea e da administração de fármacos) e dos cuidados médicos iniciados quando a pessoa recupera a circulação espontânea.

A recuperação da circulação espontânea é só o início da recuperação de uma paragem cardíaca. É neste período de pós-ressuscitação que as intervenções são direccionadas para se alcançar um estado de funcionamento normal do cérebro sem défices neurológicos, um ritmo cardíaco estável e uma função hemodinâmica normal. O RCE é o primeiro passo em direção ao objetivo que é a recuperação completa da pessoa da PCR. É um momento crucial da reanimação pois é o início da fase em que é necessário otimizar as condições que permitam que a pessoa tenha maior possibilidade de recuperação neurológica, de estabilização cardiovascular através do controle do

ritmo e do estado hemodinâmico, não esquecendo outras atitudes terapêuticas, apropriadas a cada doente. (ERC, 2010)

Segundo o Manual SAV do INEM (2011), na avaliação primária, a permeabilização da via aérea e a manutenção da respiração (A e B), têm como objetivos assegurar uma ventilação eficaz. É necessário verificar se os movimentos respiratórios são simétricos e auscultar para confirmar se o murmúrio é simétrico bilateralmente porque um tubo traqueal demasiadamente introduzido pode entrar no brônquio principal direito excluindo o pulmão esquerdo (entubação seletiva).

A Circulação (C) tem como objetivos manter ritmo cardíaco estável e manter débito cardíaco eficaz. Os doentes que estiveram em PCR e que recuperaram rapidamente (ex: FV testemunhada que reverte a ritmo sinusal com desfibrilhação precoce), podem recuperar rapidamente o estado de consciência prévio. Por vezes, podem nem necessitar de ser entubados ou ventilados, só necessitando de um aporte de O₂ suplementar, por máscara facial.

A disfunção cardíaca pós-PCR causa instabilidade hemodinâmica, que se manifesta por hipotensão, baixo débito e disritmias sendo possível que o ritmo e o débito cardíaco após reanimação estejam instáveis. Assim, é primordial assegurar a manutenção destes objetivos de modo a permitir a perfusão adequada dos órgãos vitais.

É absolutamente crucial manter a monitorização cardíaca, vigiar os sinais e sintomas de falência cardíaca/baixo débito, avaliando o pulso, tensão arterial e os sinais de perfusão periférica como, temperatura, cor e preenchimento capilar.

Também não nos podemos esquecer de pesquisar as manifestações de falência cardíaca direita: ingurgitamento jugular, edemas nas zonas de declive, hepatomegalia dolorosa, etc., e sinais e sintomas de falência cardíaca esquerda (ex. edema pulmonar).

A Disfunção Neurológica e Exposição (D e E) têm como objetivos: avaliar o estado neurológico pós-PCR e otimizar a sua recuperação, verificando se há situações precipitantes ou agravantes da PCR que exija uma intervenção imediata, como o controlo das convulsões, da glicemia e da temperatura, para assim se conseguir o controlo homeostático do doente, de forma a otimizar a sua recuperação.

De acordo com Madeira e colaboradores (2011), as convulsões aumentam a actividade metabólica do cérebro e podem provocar lesão cerebral. Devem ser tratadas de imediato com fármacos (benzodiazepinas, fenitoína, valproato de sódio, propofol ou barbitúricos). Qualquer destes anticonvulsivantes pode causar hipotensão a qual deve ser antecipada e corrigida.

O controlo da glicemia também é um fator importante uma vez que com os dados disponíveis segundo a ERC (2010) recomenda-se que os doentes que tenham RCE

mantenham a glicemia nos 180 mg/dl, devendo-se evitar a hipoglicemia. A hipoglicémia grave associa-se a aumento da mortalidade nos doentes em estado crítico e os doentes em coma estão em particular risco de hipoglicémia não detectada.

Um dos métodos de diminuição de défices cerebrais relacionados com lesão de reperfusão é a hipotermia terapêutica ligeira (32-34°C).

Segundo Nolan (2010) a diminuição da temperatura altera todos os sistemas fisiológicos, provocando alterações na microcirculação e conseqüente diminuição da oxigenação tecidual, levando a *stress* oxidativo. Apesar dos efeitos nocivos da hipotermia, esta é usada na prática clínica para proteger contra lesões pós-isquémicas. A hipotermia ligeira melhora a sobrevivência durante o choque hemorrágico e protege o cérebro da hipoxia em episódios de isquemia cerebral e coronária.

Na conferência de 2005 do ILCOR, o papel da hipotermia moderada como técnica de melhoramento do estado neurológico dos doentes não ficou totalmente esclarecido para outros ritmos de paragem que não a FV. Poucos eram os estudos publicados sobre esta matéria, nessa altura.

Após os cuidados pós reanimação o doente deve efetuar uma série de exames como colheita de análises, gasimetria arterial, Raio-x, eletrocardiograma entre outros exames complementares de diagnóstico para se identificar a causa da PCR. Estes doentes devem permanecer numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a qual são monitorizados os sinais vitais e onde há maior vigilância. A UCI define-se como “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Direção Geral da Saúde, 2003). Portanto a UCI, é um serviço dotado de recursos tecnológicos, físicos e humanos, capazes de assegurar o tratamento eficaz ao doente crítico, prestando cuidados de elevada complexidade e altamente especializados, de forma contínua, em que a situação da evolução do doente é constantemente actualizada, permitindo prevenir, detetar e tratar atempadamente complicações.

2. CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Refletir sobre a Enfermagem é falar essencialmente de pessoas e das suas respostas aos fenómenos de saúde/doença. Diversos autores caracterizam os cuidados de enfermagem prestados a doentes em PCR com sendo despersonalizados, com uma vertente focalizada na técnica, negligenciando o ser humano como pessoa única e irrepetível nas suas necessidades, condições e fragilidades. Henderson (*cit.in* Pacheco, 2004, p. 54) salienta que Enfermagem visa “(...) atingir o indivíduo, são ou doente, o que ele próprio atingiria se tivesse força, a vontade e os conhecimentos necessários, ou então ajuda-o a ter uma morte serena.”

O Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros (REPE), define Enfermagem como a profissão, na área da saúde que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Decreto-Lei nº 161/96). Define enfermeiro como:

”O profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (p. 2960).

O enfermeiro especialista é aquele que reúne características e competências que o fazem diferenciar no seio de uma equipa, nomeadamente a capacidade de observação, de avaliação, e previsão de complicações, mas ao mesmo tempo, liderar e coordenar intervenções que têm de ser precisas e concisas para a resolução de problemas. O REPE refere que o enfermeiro especialista é aquele,

“(...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-Lei nº161/96, p.2960).

Ao enfermeiro especialista além de cuidados gerais é-lhe exigido uma aproximação no cuidado à pessoa em situação crítica. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista, em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, estes cuidados de enfermagem são dirigidos à pessoa em situação

crítica uma vez que, a vida está ameaçada por falência de uma ou mais funções vitais e que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Também salienta que, a complexidade da situação e as respostas face à pessoa em situação crítica, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para responder a tempo útil e de forma holística. Neste regulamento são definidas as três principais competências do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica, entre elas a de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, sendo esta a que subsidia mais os objetivos deste estudo.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008) definem a pessoa em situação crítica cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. De acordo com a OE, a competência é saber mobilizar os nossos recursos, conhecimentos, e as nossas capacidades perante uma situação.

No artigo 5º do REPE, são definidos os cuidados de enfermagem como um diversificado conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, que devem ter por fundamento a relação de ajuda e a interação enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade (Decreto-Lei nº 161/96).

Assim, cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados que se prestam de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, dando resposta às suas necessidades e permite manter as funções básicas de vida, prevenindo. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, com o objetivo de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, prevenindo e detectando precocemente complicações (OE, 2011).

A complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde /doença, refletem-se na necessidade de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e consolidados por parte dos enfermeiros. Na Teoria da Transição em Enfermagem de Meleis, o enfermeiro tem como função ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida, sendo a transição definida como:

“(...) a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interação entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na sociedade” (Meleis e Trangenstein, 1994, p.256).

A mesma autora refere que, as pessoas que experimentam transições tendem a ficar mais vulneráveis às ameaças, afetando a sua saúde e bem-estar. Estas mudanças nas condições de saúde, nas relações, nas expectativas ou habilidades, requerem que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem comportamentos, logo, alterem a definição de self, num novo contexto social. Neste sentido, o desafio para os enfermeiros e todos os outros elementos envolvidos, perante a necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.

Para Meleis e colaboradores (2000) os processos de transição, são influenciados por diversas condições facilitadoras ou inibidoras desse mesmo processo, tais como as condições pessoais, o significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, as atitudes e crenças, o *status* socioeconómico, a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição, as condições sociais e as da comunidade, o apoio de outros familiares ou pessoas significativas, a informação relevante colhida a partir de fontes credíveis como livros e guias orientadores. Como fatores inibidores, mencionam o suporte insuficiente e a informação inadequada.

O enfermeiro vivencia várias situações no seu quotidiano profissional e com isso, aumenta a sua aprendizagem e as suas competências. A PCR é uma situação de risco elevado e de difícil reversão. Cabe ao enfermeiro realizar os procedimentos de forma rápida e precisa, para ajudar a aumentar a taxa de sobrevividas e evitar ao máximo sequelas futuras.

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/doença é o foco da intervenção do enfermeiro. No entanto, as alterações que podem ocorrer numa pessoa são de variadas formas. A pessoa, que vivencia processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, maximizando os resultados como a recuperação total da pessoa ou minimizando as complicações. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista face à pessoa em situação crítica, competências específicas para lidar com as situações emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, abarcando a própria pessoa e a família, que acaba por vivenciar alterações no seu quotidiano e também da sua própria saúde (OE, 2010).

Manusear a tecnologia e tudo aquilo que mantém o suporte vital do doente é necessário e obrigatório ao enfermeiro que cuida com a pessoa em situação crítica, mas

integrar a família/ ente querido nos cuidados exige muitas vezes mais perícia, paciência, empatia e revela-se mais complexo.

Sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução, de todos os níveis económicos têm emoções e estão atentos às emoções dos outros. As pessoas gerem as suas vidas através da procura da emoção, da felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis (Damásio, 2000).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os sentimentos são dirigidos para o interior e pertencem a cada um, as emoções são dirigidas para o exterior e são públicas. Deste modo, os sentimentos têm um impacto completo e duradouro na mente exigindo, portanto, uma consciência.

Este autor refere ainda que é impossível observar sentimentos que não são os seus, no entanto, pode-se observar alguns aspetos das emoções que estão na base desses sentimentos. Sentimentos como tristeza, ansiedade, angústia, impotência, revolta e desconforto são frequentemente referidos na literatura como vivenciados pelos enfermeiros.

De acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE, 2011) versão 2, a emoção define-se como um “ Processo psicológico: Sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressos; podem aumentar com o stress ou doença” (p. 52). No termo sentimento faz referência ao sentimento de impotência que tem como definição “ Emoção negativa: Sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir (...)” (p.74)

Num estudo realizado no Brasil, com enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar (Romanzini e colaboradores, 2010), concluiu-se que os enfermeiros experimentam sentimentos muitas vezes de ansiedade, tristeza, revolta, impotência, angústia, desconforto e insegurança. Este estudo referindo-se às instituições, defende que estes profissionais merecem uma atenção especial nomeadamente proporcionando momentos de partilha e reflexão sobre as situações vivenciadas. Estas atividades permitem encontrar estratégias pessoais de gestão de emoções e fortalecer perante situações futuras.

Neste sentido, o que vamos explorar neste trabalho são as vivências dos enfermeiros face à pessoa em situação de PCR. Uma vez que as atitudes do enfermeiro se refletem sobre as suas ações, pretende-se com o estudo, conhecer os sentimentos

dos profissionais de enfermagem e conhecer fatores dificultadores e facilitadores que determinam a sua atitude face a esta situação.

3. DILEMAS ÉTICOS NA SITUAÇÃO DE PCR

As decisões de reanimar ou não reanimar são complexas e podem ser influenciadas por fatores individuais, culturais, internacionais ou locais, legais, tradicionais, religiosos, sociais e económicos.

Beauchamp e Childress (2001) consagraram o uso de quatro princípios na abordagem de dilemas e problemas bioéticos, o *Princípio de Autonomia*, de *Não Maleficência*, de *Beneficência* e de *Justiça*. O modelo referencial destes autores (pronunciado em 1978) serviu de base para o agir humano, que juntamente com outros enunciados, tornou-se numa das pedras basilares da ética e da bioética, norteando as tomadas de decisão.

O primeiro princípio, o da *Autonomia*, está inteiramente ligado aos princípios de liberdade e dignidade humana enquanto faculdade da pessoa para se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesmo e fazendo com que os princípios da conduta se radiquem no próprio sujeito (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005). O enfermeiro como pessoa que cuida do outro, tornando-se diversas vezes como defensor do outro, possui como obrigação moral e legal, maximizar o que é bom para o doente e minimizar o que é mau, tornando-se esta máxima na base do princípio da não maleficência.

No que toca ao *Princípio da Beneficência*, este encontra-se profundamente ligado ao imperativo de “fazer o bem”, ajudando o semelhante no seu benefício. Este, à semelhança do anterior, representa um apelo intuitivo para os profissionais de enfermagem. A beneficência torna-se assim no dever de agir no interesse do outro (enquanto utente/doente).

Para Piva e Carvalho, a decisão de não reanimação deve ser consensualmente adoptada entre o doente (ou representante legal) e a equipa médica. Para os autores “se houver qualquer discordância ou recusa, tal conduta não deve prevalecer, pois estaria ferindo o princípio da autonomia”. Então:

“ (...) o reinício da discussão a partir da determinação do grau de reversibilidade do paciente e da hierarquização dos princípios éticos (...), pode ser necessária a intervenção de outros profissionais (psicólogo, psiquiatra) ou de pessoas da confiança da família (parentes, consultor espiritual), no sentido de contribuírem para se atingir o consenso” (2009, p. 6).

No entanto, os autores defendem que os *Princípios da Autonomia e da Justiça*, face a uma decisão clínica e durante o processo de doença, surgem na conjugação dos anteriores e na seguinte sequência: *preservação da vida, alívio do sofrimento, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça*.

O *Princípio da Justiça* pela sequência lógica dos acontecimentos, surge no final, uma vez que cumpridas as premissas anteriores, este primado surgirá por inerência. Como exemplo, se um doente em situação crítica, pode beneficiar com determinada terapêutica ou técnica, ainda que escassa ou cara, preservam-se os princípios de beneficência e da autonomia sobre o da justiça.

As recomendações de Nolan (2010) incluem diversos aspetos relacionados com a ética e decisões de fim-de-vida: princípios éticos essenciais; morte súbita numa perspetiva global; prognóstico e resultados; quando iniciar e quando suspender a reanimação; declaração antecipada de vontade e decisões de não tentar a reanimação; presença da família durante a reanimação; colheita de órgãos; investigação sobre consentimento informado em reanimação e na investigação e treino em cadáver recente.

Para Pithan (2004, p. 58):

“(...) se a morte é parte da vida e o direito à vida implica uma garantia de uma vida com dignidade, parece possível argumentar pela existência de um direito à morte digna, não no sentido da eutanásia ou do suicídio assistido, mas no de garantir o direito dos pacientes em recusarem o abuso e o excesso terapêutico”.

A decisão de não reanimação e a ordem de não reanimação, também designada de D.N.R (Do-Not-Resuscitate), é uma decisão prévia à ocorrência de uma PCR, que se pretende devidamente discutida com toda a equipa, com o doente e com os familiares, no sentido de não implementar medidas de reanimação caso se verifique a PCR.

As decisões tomadas no contexto de fim de vida devem assentar numa estrutura ética em que a abstenção/suspensão terapêutica em doentes terminais fazem parte de uma boa prática clínica levando a que a ausência dessa atitude seja eticamente reprovável. A vontade do doente é determinante para qualquer decisão, o consentimento informado e a declaração antecipada de vontade dão ao doente a responsabilidade das decisões da sua saúde/vida.

Quando surge uma PCR inicia-se SBV e SAV porque o objetivo da reanimação é assegurar que tanto a respiração como as funções de contração cardíaca e de fluxo sanguíneo no corpo sejam mantidas, de modo a que o cérebro e outros órgãos vitais,

recebam uma quantidade suficiente de oxigénio e nutrientes para manter suas funções, sendo os resíduos do metabolismo eliminados posteriormente.

Doentes com patologias curáveis, com perspectivas de estabilização e recuperação, que sejam acometidas de PCR, que por vezes nada tem a ver com o processo da doença, devem ser sujeitos a manobras de SAV e sujeitos às tecnologias de substituição de órgão, sempre que necessário.

Nunes (2009) refere que, numa doença irreversível e terminal, as ordens de não reanimar são eticamente legítimas. Contudo, o mesmo autor salienta que se tem progressivamente reafirmado a noção de que a vontade previamente manifestada pelo doente deve ser respeitada e, quando tal não for possível, deve prevalecer o “melhor interesse” deste.

É claro que esta orientação nem sempre é linear, sendo necessária uma etapa de discussão prévia, esclarecida e totalmente aberta, entre a equipa prestadora e posteriormente com o doente e seus familiares, invocando sempre os princípios éticos e morais, sem perder de vista a individualidade e particularidade de cada situação.

A decisão de não reanimar enquanto orientação que recomenda a não realização de manobras de reanimação invasivas em caso de PCR, em doentes com doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível, orientará a equipa cuidadora no seguimento do doente, uma vez que a equipa médica com base na experiência evitará o prolongamento artificial, inútil e incapaz de prolongar a vida.

Morrer com dignidade será então morrer com conforto físico e apoio psicológico, emocional e espiritual, fornecido por profissionais de saúde em conjugação com familiares.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo abordamos o percurso do estudo, desde a problemática aos objetivos, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, as estratégias de recolha de dados, assim como a análise dos mesmos e as considerações éticas.

1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO

O interesse em aprofundar conhecimentos acerca da PCR e as experiências dos enfermeiros neste âmbito foi uma preocupação desde o início da vida profissional, que se intensificou com o decorrer dos estágios realizados no âmbito do Mestrado, os quais permitiram explorar ainda mais, esta área constatando as dificuldades ainda sentidas por muitos enfermeiros neste âmbito.

Daí, a escolha deste tema que na nossa perspetiva é pertinente, pois vai permitir conhecer as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR, e deste modo compreender este fenómeno e os aspetos que o rodeiam. Como refere Fortin (2009, p.67) “ O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação, tendo em vista aumentar os seus conhecimentos”.

Neste contexto e considerando o que nos referem Quivy e Campenhoudt (2003, p.30), “ (...) enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através do qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor.” Assim, surge a seguinte questão de investigação que suscitou o desenvolvimento deste estudo:

- ✓ Quais as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de paragem cardiorrespiratória?

Este estudo tem como objetivo geral compreender as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR. Como objetivos específicos pretendemos:

- ✓ Descrever os fatores dificultadores da intervenção dos enfermeiros de uma unidade de internamento sentem perante uma situação de PCR;
- ✓ Descrever os fatores facilitadores da intervenção dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante a situação de PCR;

- ✓ Perceber os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de uma unidade de internamento numa situação de PCR.

Exposta a problemática, a sua pertinência e os objetivos que pretendemos com este estudo seguem-se as opções metodológicas que nortearam o seu desenvolvimento.

2. TIPO DE ESTUDO

Considerando a temática e os objetivos que nortearam este estudo decidimos enveredar por uma abordagem qualitativa, pois como nos refere Fortin (2009, p.65) um estudo desta natureza “ (...) tem como objectivo estudar as pessoas nos seus contextos naturais (...) o que permite desenvolver uma ideia aprofundada do modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam, experimentam os acontecimentos em estudo.”

Bogdan & Biklen (1994) destacam o facto de esta metodologia não ter por objetivo responder a questões prévias ou testar hipóteses mas sim, privilegiar “essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação” (p. 16). Consequentemente, ao desenvolvermos um estudo enquadrado nesta metodologia torna-se possível compreender a complexidade da temática que pretendemos estudar – as experiências dos enfermeiros perante uma situação de PCR, pois como referem Carpenter & Streubert (2002) “as experiências dos participantes são os achados da investigação” (p. 20).

Segundo Lincoln *cit. in* LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 125) “os métodos qualitativos concentram-se no todo da experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, esses métodos permitem uma compreensão mais ampla (...)” Por outras palavras, na metodologia qualitativa, o investigador procura descobrir a compreensão da problemática específica abordada nas pessoas.

Assim, o grande objetivo desta metodologia é compreender o fenómeno em estudo, tomando a perspectiva única dos indivíduos estudados, e no contexto onde ocorrem os fenómenos, permitindo considerar a complexidade dos fenómenos em estudo (Ribeiro, 2007).

Consideramos ainda que este estudo tem características que se enquadram num estudo exploratório e descritivo. Como nos referem Sampieri e colaboradores (2006, p. 99) os estudos exploratórios têm como objetivo “(...) examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes.” Sendo que para este autor um estudo descritivo consiste em descrever situações, acontecimentos e feitos, ou seja, descreve como se manifesta determinado fenómeno.

Para Fortin (2009, p. 221) “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação”. Assim, consideramos que, a opção por um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo simples e exploratório, é o que melhor se adequa à problemática e ao objetivo do estudo que se pretende, que visa compreender as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma situação de PCR.

3. CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste ponto serão abordados os aspetos relacionados com o contexto e os participantes no estudo.

3.1. O CONTEXTO

O estudo foi realizado numa unidade de internamento de um Hospital da Região Norte de Portugal. A escolha deste meio prendeu-se com o facto de este ser uma unidade em que são atendidas pessoas em situações estáveis mas que de um momento para outro podem entrar num quadro de instabilidade, e ainda, pelo facto de ficar próximo da residência do investigador o que facilitou o acesso e processo de recolha de dados.

Nesta unidade de internamento fazem parte uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte médicos, assistentes operacionais e enfermeiros, a qual recebe pessoas portadoras de diversas patologias nomeadamente, do foro respiratório (doença pulmonar obstrutiva crónica, infeção respiratória, tuberculose pulmonar), cardíaco (insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio), gastroenterológico (cirrose hepática), endocrinológico (diabetes), cerebrovascular (acidente vascular cerebral), neurológico (demências). São também admitidos doentes com patologia oncológica e não oncológica necessitando de cuidados paliativos.

Esta unidade de internamente é composta por 31 camas as quais estão distribuídas por enfermarias. A equipa de enfermagem é constituída por 20 elementos sendo utilizado o método de trabalho individual distribuído por turnos, no turno da manhã encontram-se a trabalhar cinco enfermeiros, no turno da tarde três enfermeiros e no turno da noite dois enfermeiros.

3.2. OS PARTICIPANTES

Os enfermeiros que participaram no estudo foram seleccionados de forma aleatória e intencional, considerando os seguintes critérios de inclusão: enfermeiro que aceitaram participar no estudo; enfermeiros que se encontram na prestação direta de cuidados e que vivenciaram pelo menos uma situação de PCR.

De acordo com Fortin (1999, p.202) este tipo de amostragem aleatória é “ (...) uma técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma chance igual de ser escolhido para fazer parte da amostra.” De acordo com Savoie-Zajc (2003) e tendo em conta os critérios de saturação que significa que “(...) o juntar de novos dados já não serve para melhorar a compreensão que se tem de um fenómeno” (p. 290), ou seja, a repetição dos dados, determina a necessidade de conclusão da recolha de dados.

Assim, participaram neste estudo oito enfermeiros cujas características sociodemográficas dos participantes se encontram expresso no Quadro 4.

Quadro 4 – Caracterização dos participantes

<i>Idade (anos)</i>	<i>Nº de enfermeiros</i>
< 30	1
30 a 35	4
35 a 40	3
Género	
Feminino	8
Masculino	0
Formação Académica	
Licenciatura	8
Pós-Graduação	2
Especialidade	3
Tempo de Exercício profissional (anos)	
< 5	1
≥ 5 ≤ 10	2
≥ 11 ≤ 15	3
≥ 15	2
Tempo de exercício profissional neste serviço de internamento (anos)	
≥ 5 ≤ 10	3
≥ 11 ≤ 15	3
≥ 15	2

Relativamente à idade, quatro participantes têm idades compreendidas entre os trinta e trinta e cinco anos, três entre os trinta e cinco a quarenta anos, apenas um tem idade inferior a trinta anos.

Quanto ao género, todos os participantes pertencem ao género feminino, facto interessante tendo em conta que estes foram seleccionados aleatoriamente.

No que diz respeito à formação académica, todas as enfermeiras, possuem a Licenciatura em Enfermagem, dois elementos têm Pós-graduação em Enfermagem uma em Supervisão Clínica e outra em Enfermagem Oncológica e em Cuidados Paliativos. Relativamente à especialidade uma enfermeira possui especialidade em Enfermagem de Reabilitação e outra em Enfermagem em Saúde Comunitária.

Quanto ao tempo de exercício profissional (anos) a maioria dos participantes (3) exerce funções entre cinco anos e dez anos, dois exercem funções há mais de dez e há menos de quinze anos. Apenas um participante exerce há menos de cinco anos.

No que refere ao tempo de exercício profissional nesta unidade de internamento, três participantes encontram-se nesta unidade a exercer funções há mais de cinco anos e há menos de dez anos, outros três participantes encontram-se há mais de dez anos e há menos de quinze anos. Apenas dois participantes exercem funções nesta unidade há mais de quinze anos.

4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com as características do estudo, a estratégia de colheita de dados seleccionada foi a entrevista semiestruturada, que segundo Fortin (2009, p. 375) define como “(...) um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” . Consiste como nos refere Savoie-Zajc *cit. in* por Fortin (2009, pág. 377) numa:

“(...) interação verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objetivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os termos gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo.”

A entrevista semiestruturada constitui um método de colheita de dados exigente, mas enriquecedor para as pessoas envolvidas pelo que, conforme já referimos, entendemos ser a estratégia de recolha de dados mais adequada uma vez que é mais flexível, permitindo acrescentar questões e explorar de forma mais aprofundada os conteúdos necessários ao estudo (Sampieri, 2006). No sentido de concretizar as entrevistas foi elaborado um Guião (Apêndice B), ou seja, um instrumento leve e flexível

que, de acordo com o autor anteriormente referido, serve de auxiliar de memória para o investigador, de modo a orientar o desenrolar das entrevistas e assegurar que os temas previstos foram abordados. Este foi elaborado com referência nos objetivos delineados do estudo.

Com o objetivo de validar e observar a adequabilidade das questões foi realizado o pré-teste que como refere Lakatos e Marconi, 2003, p.165, é “(...) o procedimento mais utilizado para averiguar a sua validade, é o teste preliminar ou pré-teste.”. Para além destes aspectos a sua realização também nos permitiu treinar a técnica das entrevistas. Este foi aplicado a dois enfermeiros com características semelhantes aos participantes do estudo não se tendo verificado necessidade de alterar qualquer questão do guião. Após ter obtido o consentimento para a realização do estudo por parte do Conselho de Administração da instituição e antes de iniciar a colheita de dados, foi efetuado um contato prévio com a enfermeira chefe da unidade de internamento em causa, com o objetivo de explicitar a proposta desta investigação, negociando o período e o local mais adequado para abordar os participantes.

A colheita de dados foi realizada durante o mês de Agosto de 2014, a oito enfermeiras, no gabinete da Enfermeira Chefe o que permitiu um clima de confiança e privacidade. Estas entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de forma a facilitar a análise das mesmas.

5. ANÁLISE DE DADOS

Concluída a etapa de colheita de dados prosseguimos para a análise dos dados obtidos com a concretização das entrevistas, através da técnica de Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2011, p.42) é um “(...) conjunto de técnicas de análises das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.”

Segundo esta autora, a “intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção” (p.40). Assim o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (p.41).

O método de análise de conteúdo respeita a elaboração e a utilização de modelos sistemáticos de leitura, do que foi transcrito das gravações, e assenta no

recurso a regras explícitas de análise e interpretação pretendendo-se efetuar inferências válidas.

A metodologia de análise de conteúdo, contempla quatro etapas sequenciais, que devem ser devidamente seguidas pelo investigador e que correspondem: à organização da análise; a codificação; a categorização e a inferência (Bardin, 2011).

A fase de organização da análise corresponde à preparação do material em torno de três eixos: a pré - análise (organização propriamente dita), a exploração do material (aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração) e ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação (onde os resultados são tratados de maneira a serem significativos e válidos).

A fase da codificação “corresponde a uma transformação (...) que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2011, p. 129). Esta categorização, embora trabalhosa exige uma enorme criatividade e seguiu os princípios de qualidade propostos por Bardin (2011): a exclusão mútua (em que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão); a homogeneidade (em que um conjunto categorial só pode funcionar com uma dimensão de análise); a pertinência (quando uma categoria está adaptada ao material de análise escolhido e pertence ao quadro teórico definido, com uma adequação apropriada); a objetividade e fidelidade (em que a codificação deve ser a mesma quando submetida a várias análises, com uma definição clara das variáveis tratadas); e por fim, a produtividade (em que um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados proveitosos em inferências, novas hipóteses e exatidão de dados).

A última fase deste procedimento, a *inferência*, corresponde à dedução de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. A inferência é considerada como procedimento intermédio que permite de uma forma explícita e controlada passar da fase da descrição (características do texto resumidas após tratamento) e a interpretação (significação concedida a estas características).

Deste procedimento de análise resultou um conjunto de áreas temáticas, categorias e subcategorias, expressas num quadro síntese da qual constam também as respectivas unidades de registo (Apêndice C).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas. Por esse motivo é fundamental zelar pelo bem dos participantes de forma a não os prejudicar pelo facto de colaborarem nesta investigação.

Para Ribeiro (2007), os aspetos éticos são decisivos em qualquer investigação. Desta forma, toda a investigação efetuada a seres humanos, como é o caso, levanta sempre questões morais e éticas, sendo necessário fazer uma análise especial dos procedimentos a utilizar de modo a proteger os direitos e a liberdade dos sujeitos. Fortin (1999, p.116), refere que numa investigação deve-se ter em conta “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e por fim, o direito a um tratamento justo e leal”. Para tal, ter o consentimento informado das pessoas é importante, pois como nos referem Polit e Hungler (*cit. in* Streubert, 2002, p.39),

”O consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequados no que refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para os consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.”

De forma a corresponder todos estes princípios, inicialmente foi formalizado um pedido de autorização para realização do estudo de investigação ao Conselho de Administração da instituição selecionada, com a indicação do tema e dos objetivos do estudo assim como o método de colheita de dados e os participantes, que por sua vez o encaminhou para a comissão de ética que emitiu parecer favorável à realização do mesmo (Anexo A).

Os participantes participaram de forma voluntária, e após esclarecimento dos aspetos considerados importantes (como a problemática e os objetivos do estudo), foi respeitada sempre o princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade.

Aos participantes foi também referido o direito de recusar ou interromper a entrevista se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer consequência. Perante isto, foi elaborado um termo de consentimento informado (Apêndice A) baseado nos princípios éticos de pesquisa em investigação.

As entrevistas tal como já foi referido, foram realizadas com recurso à gravação, só após autorização de todos os participantes. A sua utilização foi realizada apenas com

o objetivo de transcrever o conteúdo das entrevistas, o qual serão eliminadas após o término deste trabalho de investigação.

Foi garantida a confidencialidade dos dados, pois durante as transcrições das entrevistas e a redação das notas de campo todos os nomes citados foram codificados (por exemplo: EE2, que significa Entrevista ao Enfermeiro 2).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo vamos proceder à apresentação dos dados obtidos através da realização das entrevistas aos participantes no estudo.

Da análise dos dados, emergiram um conjunto de áreas temáticas - fatores dificultadores e os fatores facilitadores perante uma situação de PCR e sentimentos vivenciados pelos enfermeiros nesta situação – e respetivas categorias e subcategorias que se encontra no Quadro 5, o qual nos permite visualizar a abrangência do olhar dos participantes sobre a experiência em situação de PCR.

Quadro 5 - A situação de PCR: experiências dos enfermeiros - áreas temáticas, categorias, subcategorias e número de unidades de registo.

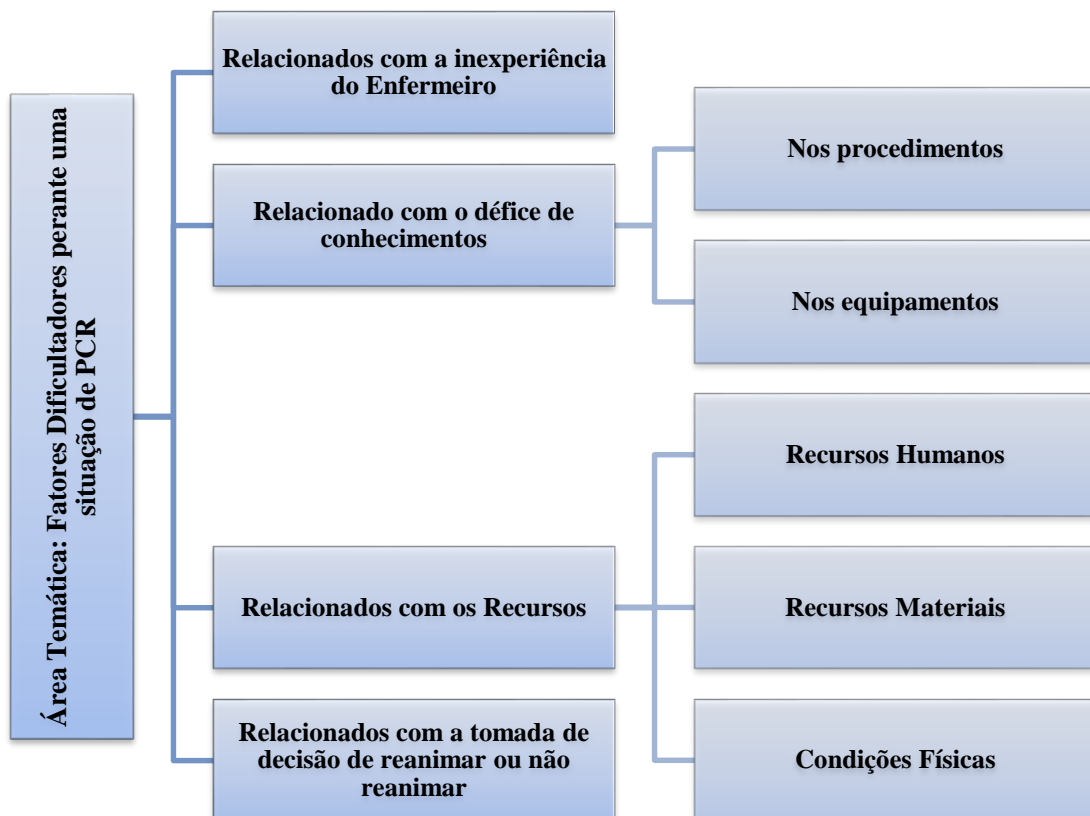
Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Total de Número Unidades de Registo
Fatores dificultadores perante uma situação de PCR	Relacionados com a inexperiência do enfermeiro		2
	Relacionados com o défice de conhecimentos	Nos procedimentos	3
		Nos equipamentos	2
	Relacionados com os recursos	Recursos Humanos	2
		Recursos Materiais	3
		Condições Físicas	3
	Relacionados com a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar		2
Fatores facilitadores perante uma situação de PCR	Trabalho em equipa,		6
	Formação contínua		5
	Patilha de experiências	Reflectir sobre a situação	3
		Aliviar o stress	2
Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante uma situação de PCR	Angústia		1
	Ansiedade		2
	Felicidade		1
	Frustração		1
	Impotência		3
	Medo		3
	Satisfação		2
	Stress		6

De modo a facilitar a apresentação dos dados obtidos, esta será estruturada por áreas temáticas com as respetivas categorias e subcategorias com recurso a figuras.

1. FATORES DIFICULTADORES PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR

Da análise dos discursos dos participantes foi possível identificar um conjunto de fatores que na sua perspectiva dificultam a sua atuação perante uma situação de PCR (Figura 2). Estes fatores estão relacionados com a inexperiência do enfermeiro; com o défice de conhecimentos nomeadamente nos procedimentos e nos equipamentos; com os recursos nomeadamente os humanos, os materiais e as condições físicas e por último, com a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar.

Figura 2 – Fatores dificultadores perante uma situação de PCR – Categorias e Subcategorias.



A **inexperiência** foi mencionada por dois participantes como uma dificuldade face a uma situação de PCR, como se pode verificar nos seguintes excertos:

EE1: “(...) eu sinto às vezes nos colegas é um bocadinho, pronto, da experiência de alguns, é normal.. eu já não tenho tanta falta de experiência porque também já estou aqui há uns anos e pronto é normal.”

EE8: “(...) eu acho que pronto, já tenho alguns anos de medicina e no início uma pessoa tem mais medo, mais ansiedade, incertezas no que tem de fazer.”

A maioria dos participantes (cinco) referiu que, uma das grandes dificuldades é o facto de terem algum **défice de conhecimentos** nomeadamente nos procedimentos e nos equipamentos, o que de certa forma influencia a sua atuação numa situação de PCR:

EE2: “(...) a maior dificuldade às vezes é encontrar se calhar a medicação não é (...) não é muito frequente usar essa medicação não é, nós não abrimos o carro todos os dias não é (...) às vezes não sabemos muito bem onde está a medicação certa e é uma dificuldade.”

EE3: “(...)E então, acho que é importante conhecer bem, saber onde estão as coisas, onde é que estão os soros, onde é que estão ... porque não é um carro que nós utilizamos no dia a dia não é, é só em situação de emergência.(...) às vezes tem lá medicação que nós não lidamos no nosso dia a dia não é, e que nem sequer sabem que está no carro de emergência.”

EE4: “(...) às vezes, até temos alguma dificuldade na primeira ajuda (...)”

EE7: “E muitas vezes também como não temos assim muitas situações de paragem em que temos de fazer manobras, muitas vezes não sabemos ao certo onde está o material embora aquilo tenha legenda e tudo não é, numa situação de stress às vezes não se vê nada não é.”

No que diz respeito às dificuldades relacionadas com os **Recursos**, estas são diversas tendo sido agrupadas em três subcategorias: recursos humanos, recursos materiais e condições físicas. Os participantes referiram mais que uma vez, a falta e as falhas no equipamento, que dificultam de alguma forma a sua intervenção perante uma pessoa em situação de PCR. No entanto, essas falhas são atenuadas na sua perspetiva aquando da chegada da EEIH. Nos Recursos materiais três participantes referiram que há falta de material e também falhas no seu funcionamento, como se pode ver nos seguintes relatos:

EE3: “(...) às vezes, falta de material também mas, ultimamente tem estado mais ou menos estável... porque houve uma altura em que havia falta de material para as paragens.”

EE6: “(...)A primeira é que nunca nada funciona, o aspirador que não aspira bem, o carro que não anda bem, temos de andar a empurrar bem para que ele ande bem... é mais a parte dos materiais.”

No que diz respeito aos recursos humanos, dois participantes referiram que há falta de profissionais:

EE1: *“(...). Se a paragem for no turno da manhã temos cinco mais três auxiliares não é., enquanto um vai levando o carro a outra pessoa tem mais tempo, mas na tarde e noite somos menos, às vezes é uma dificuldade mas vão sendo ultrapassadas.”*

EE3: *“(...)Puff as dificuldades... às vezes somos poucos não é, mesmo a nível de recursos que por vezes são insuficientes”*

A dificuldade relacionada com as condições físicas, é mencionada por três participantes, que se reportam à estrutura do serviço.

EE4: *“(...)sei lá.. de por os doentes fora da cama etc e que o próprio posicionamento do doente dificulta também o início das manobras.”*

EE5: *“(...) A dificuldade prende-se na estrutura física do serviço e do material.”*

EE8: *“(...)prende-se mais com as condições físicas em si, do que propriamente das atitudes que temos de ter porque nós temos formação todos os ano(...). Às vezes até é mais as condições físicas, de trazer o carro de emergência, depois pôr o monitor no carro e depois é assim, às vezes não cabe. Mas acho que a grande dificuldade em si infelizmente neste serviço, é mais a nível físico, o material, a disposição das camas, é o sistema de oxigénio, acho que basicamente é isso.”*

Por último, no âmbito das dificuldades surge a categoria relacionada com a **tomada de decisão de reanimar ou não reanimar**, referida por dois participantes os quais consideram que muitas vezes as indicações nesse âmbito não são muito claras.

EE4: *“(...) Às vezes eu acho que a dificuldade, a grande dificuldade que temos aqui e pela tipologia de médicos que temos, tem a ver, com as indicações para não actuar, que às vezes não são claras, às vezes são orais e não estão escritas e que depois passa um bocadinho por nós a decisão de bipar ou não (...) para mim eu acho que prende-se um bocado por estas situações, indicações verbais, de estar escrito na historia ou não. Acho que se prende um bocado por isto.”*

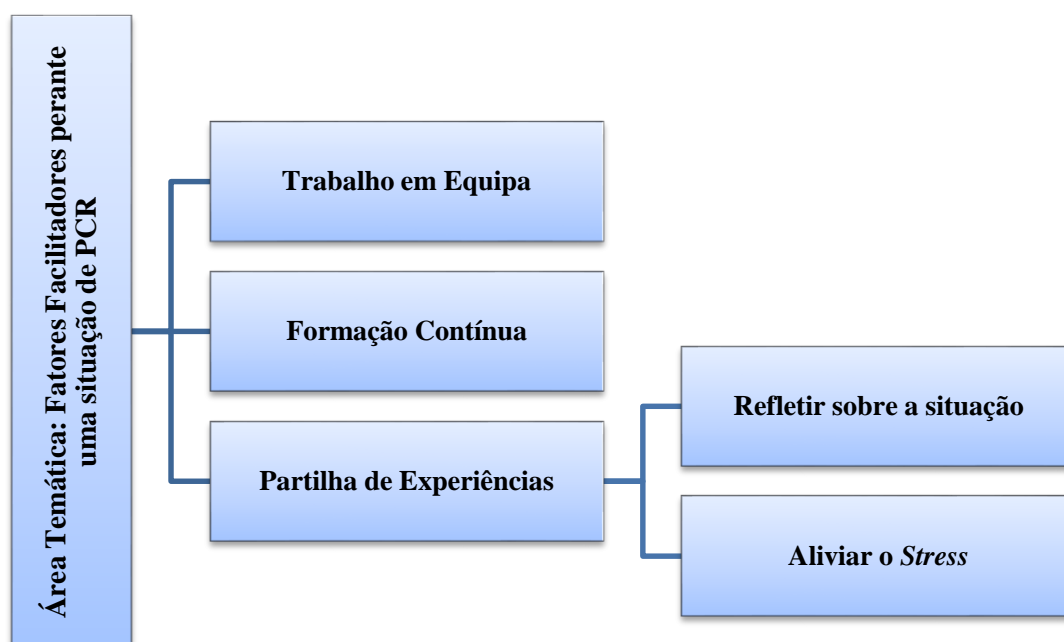
EE2: *“ As dificuldades é mais saber se é para reanimar ou não, se tem indicação de SAV ou não, há alguns doentes que já têm indicação de SAV mas pronto há sempre aquela coisa se é para investir ou não.”*

Em suma, na voz dos participantes existem fatores relacionados com a in experiência do enfermeiro, com o défice de conhecimentos, com os recursos humanos, materiais e as condições físicas e com a tomada de decisão, que podem dificultar a intervenção do enfermeiro nesta situação de emergência.

2. FATORES FACILITADORES PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR

Os fatores facilitadores mencionados pelos participantes perante uma situação de PCR, relacionam-se com o trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha de experiências, desta última sobressaem duas subcategorias, o refletir sobre a situação e aliviar o *stress*, conforme está expresso na Figura 3.

Figura 3 – Fatores facilitadores sentidos perante uma situação de PCR – Categorias e Subcategorias.



O **trabalho em equipa** é considerado pela maioria dos participantes (seis) como um dos aspectos que mais facilita a intervenção perante uma situação de PCR, nomeadamente a existência de uma EEHI. De um modo geral, os discursos relatam uma boa relação de apoio e de trabalho neste contexto entre a equipa da unidade de internamento e da EEIH:

EE1: “(...) O que facilita realmente é que o enfermeiro, médico ou anestesista normalmente intensivista muitas vezes, já trazem também medicação preparada não é, Pronto o que nos facilita é realmente a equipa intra-hospitalar, o reanima, nós chamamos o reanima à equipa, porque o enfermeiro ele geralmente já traz o monitor portátil embora nós já normalmente já temos o doente monitorizado, já tem um acesso e pronto já temos algumas coisas.”

EE3: “(...) Normalmente é um trabalho que toda a gente coopera, é um trabalho em equipa e acho que também é importante. Ah e depois também, o reanima é importante temos uma boa relação com eles.”

EE4: “(...)De termos a equipa do reanima acho que, isto facilita (...) acho que ajuda porque são pessoas estão treinadas e estão habituadas a trabalhar juntas e isso notasse.”

EE5: “ A ajuda, a interajuda da equipa para que as coisas corram bem “

EE6: “(...)O que é que facilita? A boa colaboração dos colegas e depois o facto de a equipa chegar rápido ao serviço. Quando alguém diz que há uma paragem pronto todas nós sabemos mais ou menos o que fazer, uma vai buscar o carro, outra vai buscar ... a sempre uma boa colaboração da equipa, e isso ajuda, facilita bastante.”

Cinco participantes referem a **formação contínua** como um fator facilitador e que a formação proporcionada pela própria instituição tem sido benéfica. As formações são realizadas anualmente tendo como temas o SBV e SAV, como se pode ver nos seguintes excertos:

EE1: “ O hospital faz formação nós temos suporte básico de vida todos os anos normalmente, eles agora fazem a formação em caracter hospitalar. E nós há uns anos temos uma estratégia de pôr um cada um de nós verificar o carro de emergência. É uma estratégia que realmente eu como já fiquei, sei onde estão os sítios e isso ajuda-nos muito (...)”

EE2:“(...) o hospital faz formação e isso ajuda muito.”

EE4: “(...) e nós também fazemos reciclagem do suporte básico... e portanto com isto acho que estamos minimamente treinados para isto.”

EE5:“sim fazemos em suporte básico para renovar os conhecimentos, treinar e ver as últimas alterações do algoritmo e assim...”

Na categoria **partilha de experiência** integraram-se duas subcategorias, refletir sobre a situação e aliviar o stress. Relativamente à subcategoria refletir sobre a situação três participantes referem que é importante reflectir sobre os acontecimentos no âmbito de PCR o que de alguma pode contribuir para melhorar futuras situações de PCR, e expressam-no do seguinte modo:

EE1:“(...) sim , nós normalmente falamos, não é assim em caracter formal digamos , mas debatemos sobre tudo ... nós debatemos sobre tudo porque também aprendemos quando debatemos com os outros.”

EE8: “ Às vezes há situações em que dá para refletir daquilo que podíamos ter feito melhor, nós desabafamos uns com os outros e isso ajuda a melhorar. Nós temos abertura suficiente na equipa para isso”

EE6: "(...)Nós depois debatamos, do que correu mal, do que podíamos ter feito, ter preparado um soro por exemplo para depois, numa próxima situação as coisas correrem melhor."

A subcategoria alívio do stress foi apontada por dois participantes que expressam, que partilhar o acontecimento com outros elementos da equipa alivia de alguma forma o stress vivenciado:

EE3: "(...)sim de forma para aliviar também um bocado o stress mas depende dos casos, não é obrigatória que sempre que há uma paragem temos que partilhar. Mas se foi uma experiência mais marcante até partilhamos mas não é... nós vamos partilhando uns com os outros, e se calhar devíamos ter feito isto ou aquilo (...) se vimos que alguma coisa até nos marcou ou que devemos partilhar até partilhamos mas não é."

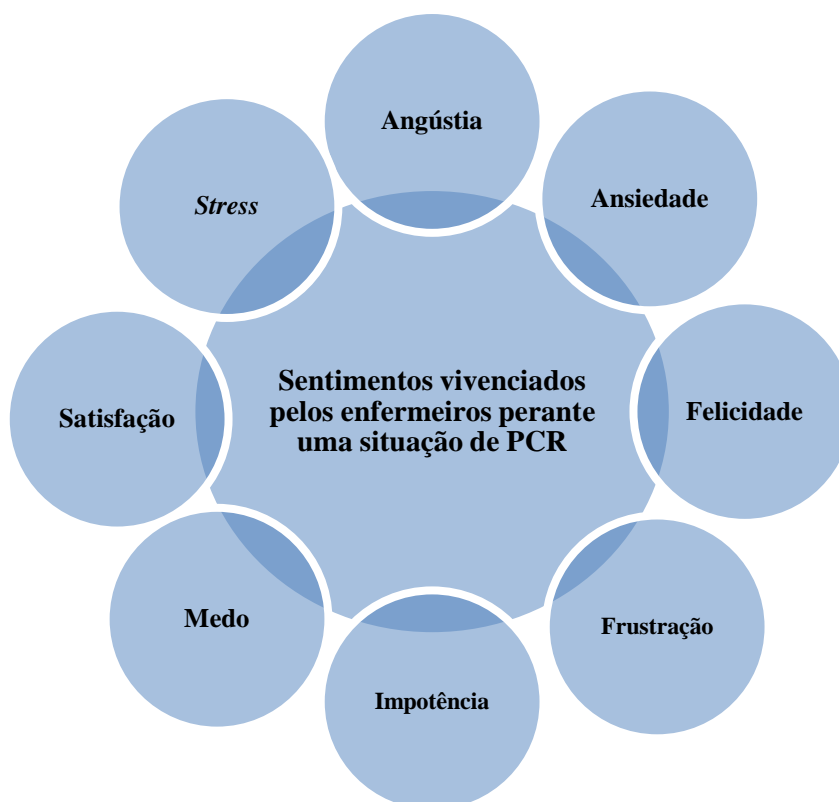
EE7: "(...)E nós como equipa falamos entre nós, e mesmo la está, quando não estamos mesmo à espera e depois mesmo na passagem de turno, que até era uma coisa que até podíamos nem falar do doente mas normalmente falamos, dizemos o que aconteceu com o doente se faleceu se foi para os intensivos. E pronto falar disto na equipa ajuda muito."

Em síntese, os discursos permitem-nos afirmar que o trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha de experiências se constituem como elementos facilitadores da intervenção do Enfermeiro numa situação de PCR em contexto de internamento.

3. SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS PERANTE UMA SITUAÇÃO DE PCR

A análise dos discursos dos participantes permitiu-nos perceber que estes vivenciam uma panóplia de sentimentos perante a pessoa em PCR, desde sentimentos positivos - felicidade e satisfação - a sentimentos negativos - ansiedade, medo, angústia, frustração, impotência e *stress* - como se pode observar na Figura 4.

Figura 4 – Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante uma situação de PCR – Categorias.



Começando pelos sentimentos positivos temos a **Felicidade** e a **Satisfação**. Um participante refere o sentimento de **Felicidade** quando consegue reverter a situação de PCR e o doente foi para a UCI, ou quando regressa novamente à unidade de internamento, pois significa que foi possível salvar a vida daquela pessoa.

EE3: "pronto sentimentos felicidade por termos conseguido reanimar aquela pessoa."

Relativamente à **Satisfação**, esta foi referida por dois participantes, que expressam que quando há sucesso na recuperação do doente em situação de PCR, sentem-se muito satisfeitos:

EE1: “ (...) e pronto quando o doente vai para OBS ou para os Cuidados Intensivos pelo menos sempre há aquela satisfação... e quando os doentes regressam ao serviço e até bem, já tivemos situações nós sentimos que fizemos a diferença, mesmo em suporte básico fizemos a diferença.”

EE6: “(...) E quando conseguimos recuperar é de satisfação. (...)Eu vou mais para o final é frustração quando corre mal ou então satisfação quando corre bem, e durante é aquela adrenalina, ansiedade de querermos fazer tudo.”

Dos sentimentos negativos o **Stress** foi o mais referenciado (seis participantes) nos discursos, tendo os participantes manifestado que na sua perspectiva este dificulta sua intervenção na PCR.

EE3: “(...) ah.. ficamos mais nervosos, com stress, é uma emergência não é, e pronto.. temos que saber o que fazer, temos que tentar acalmar a família que esta ali também... ah.. é muita coisa ao mesmo tempo e pronto temos que saber gerir aquele stress.. ah e depois saber como actuar não é.”

EE4: “(...) Puf, sei lá acho que há uma adrenalina sempre diferente não é, pela emergência em si da situação, eu acho que essencialmente é aquele stress inicial de a gente tentar fazer o melhor não é, fazer o que podemos.”

EE5: “(...) às vezes com o stress do momento... encontrar o material é no carrinho de emergência mas naquele momento de stress parece que não vemos nada a frente.”

EE6: “Durante a situação de paragem é sempre aquela adrenalina, o stress de querermos fazer tudo...tanto que podemos tentar e depois nas coisas mais básicas nós esquecemo-nos.”

A **angústia** surge no discurso de um participante:

EE8: “(...) é sempre uma situação angustiante (...)é para nós.”

Dois participantes do estudo, salientam a **ansiedade** como sendo um dos sentimentos presentes nestas situações e verbalizam-no do seguinte modo:

EE2: “(...) (risos) é um bocadinho ansiosa talvez, sei lá, se calhar (grande pausa) é mesmo a ansiedade do momento.”

EE8: “(...)no início uma pessoa tem mais medo, mais ansiedade, incertezas no que tem de fazer.”

A **Frustração** perante as situações de PCR, foi verbalizada por um participante, pelo facto de não ter atingido o objetivo de recuperar a vida daquela pessoa.

EE6: “(...) às vezes ou a maior parte das vezes é a frustração. Às vezes, uma pessoa investe...pronto há aqueles casos que chega a equipa de reanimação e acabamos por depois nem fazer nada mas naqueles em que realmente é para investir... quando depois não conseguimos

recuperar o doente há sempre aquela frustração de não termos atingido o principal objectivo, de recuperar o doente.”

A **Impotência** foi mencionada por três participantes, e está relacionada de alguma forma também com o sentimento da frustração, e prende-se com o fato de não ser atingido o objetivo da intervenção, que é reverter a situação de PCR:

EE1: “*Sentimentos é sempre ... é ... depende muito... os sentimentos é um conjunto de impotência(...)*”

EE3: “*(...)quando temos sucesso ficamos felizes, quando não temos sentimo-nos um pouco impotentes com isso, aquele sentimento de impotência.*”

EE4: “*(...)que às vezes até temos alguma dificuldade na primeira ajuda, é uma sensação de impotência em que não conseguimos fazer sozinhos não é, e enquanto não chega a segunda ajuda ou assim é aquela sensação de eu não consigo.*”

O **Medo** foi um dos sentimentos expresso por três participantes perante a incerteza do estado da situação do doente e pela falta de conhecimentos/experiência como nos demonstra os seguintes relatos:

EE5: “*(...) É que na altura eu não penso na pessoa eu penso em ali fazer a técnica tudo direito porque senão se vamos a pensar nisso então é que não conseguimos fazer nada... não é.*”

EE7: “*(...) E quando é uma coisa inesperada, eu falo por mim, fico muito ansiosa, porque são quase sempre doentes novos que uma pessoa não está a espera que isso aconteça e depois se isso não corre bem não é, é aquela angústia de não conseguir.*”

EE8: “*(...)no início uma pessoa tem mais medo.*”

Em síntese, a situação de PCR é uma ocorrência presente nesta unidade de internamento e geradora de diversos sentimentos nos profissionais de Enfermagem desde sentimentos positivos a negativos, ao qual estão associados fatores dificultadores e também fatores facilitadores.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo procedemos à discussão dos resultados obtidos através da análise dos discursos dos participantes do estudo a qual nos permitiu compreender as suas experiências perante uma situação de PCR. Segundo Fortin (2009) esta é a fase mais difícil de um trabalho de investigação porque exige uma grande reflexão sobre todo o trabalho. Contudo na nossa perspetiva esta é uma etapa muito importante pois permite dar uma visão global do olhar dos participantes sobre a temática em estudo, expor o seu verdadeiro significado face aos objetivos delineados e analisar os dados obtidos que à luz da opinião de autores que se debruçaram sobre o assunto e as nossas próprias reflexões.

Pretendemos que esta apresentação, seja sintética e clara pelo que está estruturada a partir das áreas temáticas.

Fatores dificultadores perante uma situação de PCR

Dos discursos produzidos foi possível observar que existe um conjunto de fatores dificultadores que envolvem a intervenção perante a situação de PCR: a inexperiência do enfermeiro, o défice de conhecimentos relacionados com os procedimentos e os equipamentos, os recursos desde os humanos, materiais e as condições físicas, e por último fatores relacionados com a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar. Algumas das dificuldades que aqui se apresentam vão de encontro ao que nos refere Silva (2006, p. 29),

“ (...) a falta de conhecimento e habilidade dos enfermeiros envolvidos no atendimento à PCR, a falha na organização do atendimento, assim como a provisão insuficiente de materiais e equipamentos necessários para a realização das medidas de reanimação têm favorecido a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência aos pacientes/cliente em PCR, tanto em unidades hospitalares fechadas como Centros de Terapia Intensiva (CTI), quando em unidades de internação das diversas especialidades.”

A **inexperiência** de alguns elementos da equipa foi mencionada pelos participantes como uma das dificuldades sentidas perante uma situação de PCR. Segundo Benner (2001, p. 61) a palavra “experiência não faz só referência ao tempo passado a exercer uma profissão. Trata-se antes de melhorar teorias e noções pré-concebidas através do encontro de numerosas situações reais”. A teoria engloba o que pode ser explicitado e formalizado mas a prática é sempre mais complexa, e

apresenta muito mais realidades do que as que é possível aprender pela teoria. A experiência refere-se, sobretudo, a um processo ativo que consiste em formar e modificar teorias e ideias ligadas de muito perto à realidade.

Costa (1998) afirma num sentido mais amplo e global, que a experiência é tudo o que se adquire e se constrói no decurso da vida, nos confrontos diários com as situações concretas e reais, onde surge a necessidade de resolver problemas de natureza diversa. O mesmo autor admite que “(...) a experiência designa o conhecimento “experimentado” por quem o constitui, o possui, o utiliza e também o sentido que lhe dá”. (p. 23)

Todos os profissionais de saúde devem ser capazes de reconhecer uma situação de PCR, chamar ajuda e iniciar RCP. Devem realizar acções para as quais estão treinados e são competentes. O **déficé de conhecimentos** nos procedimentos e nos equipamentos foi umas das dificuldades mencionadas pelos participantes. A elaboração e implementação de protocolos nos contextos é cada vez mais importante pois permite orientar os profissionais para uma boa prática. O objetivo da sua implementação é uniformizar procedimentos de forma a prestar os melhores cuidados a todos os utilizadores dos serviços de saúde. Mercadier (2004, p. 257) refere que,

“os protocolos assentam todos no mesmo princípio: enunciam a definição do cuidado, as suas principais indicações, o material necessário à sua realização, os diferentes passos e, por fim, a vigilância necessária após a realização. O cuidado em si mesmo passa por uma série de passos cuja sequência tem que ser rigorosamente cumprida”.

Também Abreu (2007) refere que, são cada vez mais os profissionais de saúde que desenvolvem a sua prática em locais onde existem “protocolos” ou “*guidelines*” aprovadas. O mesmo autor salienta que os protocolos podem contribuir para a melhoria da qualidade, seleção e utilização dos recursos disponíveis.

Na prática os protocolos não se constituem como documento normativo mas sim como referência para a tomada de decisão (Abreu, 2007). Assim, podemos dizer que os protocolos não são para seguir de forma mecanicista e inflexível, apresentando-se antes como um fio condutor e orientador do trabalho, é uma “ferramenta” auxiliadora para as intervenções e tomadas de decisão, na prestação de cuidado. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros procurem conhecer e refletir sobre os mesmos para os adequar a cada situação.

Num estudo realizado por González e colaboradores (1996), conclui-se que existem dois métodos para que os profissionais de enfermagem adquiram

conhecimentos sobre RCP, um é a realização frequente de técnicas de reanimação e outro a realização de cursos específicos sobre o tema.

A formação permanente tem como principais objetivos melhorar conhecimentos, competências e atitudes profissionais, sendo este um desafio imprescindível para a enfermagem. Para Pereira, *cit. in* por Mendes e colaboradores (2004, p. 82), só deste modo “os enfermeiros poderão dispor dos saberes (saber; saber ser; saber fazer; saber estar) competências que lhes conferem um perfil adequado às constantes mudanças que atravessa a prestação de cuidados de saúde, na sociedade contemporânea.”

Outras dificuldades apontadas nos discursos dos participantes relacionam-se com os **Recursos**, nomeadamente os recursos humanos, os recursos materiais e as condições físicas da unidade de internamento.

Os participantes referiram mais que uma vez, a falta e falhas no equipamento, que de alguma forma dificultam a sua intervenção na pessoa em situação de PCR. No entanto, essas falhas foram atenuadas acuando da chegada da EEIH. Coelho (2009, p. 18) refere que “ A actuação do enfermeiro é indispensável, assim como a garantia de materiais e equipamentos adequados para uma actuação segura (...) ”. Daí que, a atuação do enfermeiro perante uma situação de PCR, não dependo só da habilidade deste mas também dos recursos materiais e no bom estado dos equipamentos.

Todas as unidades de internamento devem ter acesso fácil e imediato a equipamento, material e fármacos de emergência. Este deve estar organizado e acondicionado de forma padronizada como o carro de emergência em toda a Unidade de Saúde (Comissão Regional do Doente Crítico, 2009).

A EEIH deve transportar sempre, além do material de comunicação, material de via aérea, material de acesso intravascular, fármacos de emergência e um monitor/desfibrilhador.

Alguns participantes mencionaram que as condições físicas do serviço não são adequadas, referindo que a unidade deveria ser mais ampla de forma a permitir que o carro de emergência aceda às enfermarias sem que haja obstáculos.

A **tomada de decisão de reanimar ou não reanimar**, foi outra dificuldade apontada pelos participantes do estudo uma vez que, sentiram dificuldade em tomar essa decisão, pelo facto de no processo clínico do doente, este aspeto não estar devidamente expresso conduzindo à necessidade de o enfermeiro iniciar o SBV. Tal como refere Pithan (2004, p. 58)

“se a morte é parte da vida e o direito à vida implica uma garantia de uma vida com dignidade, parece possível argumentar pela existência de um direito à morte digna,

não no sentido da eutanásia ou do suicídio assistido, mas no de garantir o direito dos pacientes em recusarem o abuso e o excesso terapêutico”.

Dai que, a decisão de “reanimar” ou “não reanimar” deverá ser uma decisão consensual da equipa de saúde para que todos disponham do mesmo nível de informação. Segundo as boas práticas dos sistemas de informação em saúde, da continuidade de cuidados, deverá estar registada no processo clínico e especificado por escrito a natureza do tratamento ou dos meios terapêuticos a não aplicar ou suspender.

Fatores facilitadores perante uma situação de PCR

Na voz dos participantes também foram evidentes fatores que se podem considerar como facilitadores da sua intervenção nomeadamente: o trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha de experiências, a qual permite reflectir sobre a situação e aliviar o *stress*.

O **trabalho em equipa** é considerado pelos participantes como positivo para o sucesso das intervenções na situação de PCR. De uma forma geral, relatam uma boa relação de apoio e de trabalho neste contexto entre a equipa do serviço e da EEIH.

As organizações tendem cada vez mais a estruturar-se em equipas de trabalho. Costa (2003, p.167) refere que, em termos organizacionais, uma equipa pode definir-se como “um conjunto de pessoas que: interagem desempenhando diferentes papéis; têm valores e atitudes semelhantes, de acordo com a cultura organizacional e visam a concretização dos mesmos objectivos”. O sucesso depende, em grande parte, da eficácia com que os seus membros conseguem interagir e direccionar esforços e contributos, no sentido de alcançar determinados objetivos.

Loff (1994) refere que, o trabalho em equipa é a atividade sincronizada e coordenada de diversos profissionais, de categorias diferentes para cumprir um objetivo comum, sendo que o produto final (equipa) é diferente da soma das partes.

De acordo com a alínea b) do Artigo 91º do Código Deontológico (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro), o enfermeiro, como membro da equipa de saúde, assume o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde. O nº 3 do artigo 8º do REPE acrescenta ainda que os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia profissional.

Os cuidados à pessoa em situação crítica exigem rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica. É indispensável uma infra-estrutura adequada e a realização de um trabalho harmonioso e sincronizado, pois a atuação em equipa é necessária para se alcançar a recuperação e estabilização do doente.

Neste contexto, é essencial que os elementos intervenientes interiorizem que o desenvolvimento de um trabalho em equipa é crucial.

Barbieri (1997) refere que nas equipas as pessoas têm um elevado grau de interdependência, têm de colaborar umas com as outras, de adaptar a sua atividade e comportamento às necessidades e objetivos da equipa, sendo portanto, necessário envolvimento, qualidade, uniformidade de atuação, informação, planeamento e atualização permanente.

A mesma autora menciona ainda algumas condições necessárias ao adequado desenvolvimento de trabalho em equipa: partilha de objetivos comuns; compreensão e aceitação dos papéis e funções de cada um; existência de recursos humanos e materiais suficientes; cooperação ativa e confiança mútua; liderança adequada e eficaz; rede de comunicação circular, aberta e multidireccional; mecanismos de feedback e de avaliação.

A **formação contínua** foi referida pelos participantes várias vezes como um fator facilitador perante uma situação de PCR. Frederico e Leitão (1999) referem que aprender ao longo da vida tem-se transformado em imperiosa necessidade para a maioria dos profissionais. Não podemos ignorar que a ciência e a tecnologia, em todos os domínios, estão em constante mudança e a um ritmo cada vez mais acelerado. As necessidades de formação estão directamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação e dar resposta às exigências do âmbito da saúde.

Com o Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro privilegia-se a formação em serviço como forma de manter atualizados, aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos nos cursos básico e pós-básico de enfermagem, prevendo-se na carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua (Frederico e Leitão, 1999).

Nos últimos anos, várias entidades em Portugal (Ordem dos Médicos - OM, 2009; Grupo de Trabalho de Urgência - GTU, 2006) têm reconhecido a necessidade de especificações formativas na área de urgência/emergência, sugerindo como forma de melhorar a competência e capacidade técnica de todos os enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência, nomeadamente formação em SBV, SIV, SAV; SAV pediátrico;

Suporte de Doentes Críticos e Curso Avançado de Trauma para enfermeiros – *Trauma Nursing Core Course* (TNCC).

Um outro fator facilitador mencionado pelos participantes foi a **partilha de experiências** na equipa a qual permite refletir sobre a situação e aliviar o stress.

Esta perspectiva reforça a importância do trabalho em equipa numa lógica de complementaridade de saberes nos vários domínios de intervenção.

Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante uma situação de PCR

O processo de cuidados deve ser analisado como um processo relacional “contaminado” por emoções e sentimentos, pois a experiência emocional está omnipresente em cada situação interacional. Os cuidados centrados no relacionamento, que veem dar visibilidade às relações interpessoais, chamam a atenção para o envolvimento emocional do enfermeiro (Diogo, 2006). Neste contexto é compreensível que dos discursos dos participantes sobressaia a existência de diversos sentimentos, uns positivos e outros negativos perante uma situação de PCR

O sentimento inerente aos cuidados é uma maneira de vivenciar uma situação em que estamos presentes (Diogo, 2006). Quando o objeto das nossas percepções é o ser humano, todas as situações são geradoras de sentimentos relacionados com as vivências e a forma como cada um as interpreta no seu íntimo. Damásio, A (2003, p. 30) refere que os sentimentos são,

“ (...) a expressão do florescimento humano ou sofrimento humano, na mente e no corpo. Os sentimentos não são uma mera decoração das emoções, qualquer coisa que possamos guardar ou deitar fora. Os sentimentos podem ser e geralmente são, revelações da vida dentro do organismo”.

Assim neste estudo emergiram os sentimentos positivos a **Felicidade** e a **Satisfação** que foram expressos pelos enfermeiros na vivência de uma situação de PCR, perante o sucesso da sua intervenção ao conseguir salvar a vida daquela pessoa. Diogo (2006) refere que, a felicidade pertence á família da alegria, do alívio, da satisfação, do entusiasmo e outras.

Por outro lado, emergiram dos discursos dos participantes também sentimentos negativos, surgindo em especial ênfase o **stress** como sendo um sentimento muito presente perante uma situação de PCR. Ogden (1999) refere que podem existir várias definições para o termo “*stress*” e que, de uma forma simplista, pode definir-se em termos de pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como resposta emocional.

Pelo discurso de um participante podemos constatar também que a **angústia** é um sentimento muito presente na vida dos profissionais de saúde. A angústia está associada a sentimentos de inutilidade, incerteza, nervosismo e ansiedade perante a inevitabilidade da vida. Diogo (2006) refere que, a angústia “(...) é também um sentimento que pode advir das emoções de medo, tristeza, ira.”

Os participantes no estudo fazem referência à **ansiedade** como sentimento presente nos seus contextos de trabalho. A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica é geradora de ansiedade pela necessidade de agir correta e eficazmente, uma vez que a vida e a recuperação da pessoa dependem das intervenções.

Os enfermeiros tomam decisões que podem afetar a vida ou a morte das pessoas de quem têm a responsabilidade de cuidar (Benner, 2001). Na realidade, a prestação de cuidados a doentes críticos implica uma elevada carga emocional e um sentido de responsabilidade acrescida, por serem os enfermeiros os profissionais que se encontram na maior parte das vezes em primeira linha e deles dependem a correta avaliação dos sintomas e a intervenção atempada.

A **Frustração** e a **Impotência** também surgiram nos discursos dos participantes. Lange (1982, p.290) define, o sentimento de Impotência como “ (...) um síndrome complexo de emoções e pensamentos que surgem em situações onde os acontecimentos são incontroláveis”. Se pensarmos, que os serviços de saúde estão essencialmente vocacionados para a cura e para o sucesso e que os enfermeiros apesar de poderem ter, por vezes, uma visão diferente do que é prestar cuidados de saúde a um utente, fazem parte destas instituições e como tal são também imbuídos por este espírito, pelo que, é portanto compreensível que quando confrontados com estas situações se sintam frustrados e encarem este aspeto como um insucesso e um fracasso.

A morte ou o agravamento do estado de saúde das pessoas são, muitas vezes, situações encaradas como um fracasso profissional, levando os enfermeiros a vivenciarem sentimentos de impotência e frustração, quando não é possível reverter a situação clínica dos doentes ou até mesmo evitar-lhes a morte. Em situações

ocasionais, o insucesso das intervenções de enfermagem na assistência às vítimas desencadeia nos profissionais sentimentos de tristeza, frustração e impotência por não poderem fazer mais pelas pessoas que socorrem.

O **Medo** um sentimento expresso pelos participantes como um sentimento de inquietação e receio. Tendo por base as afirmações de Darwin *cit. in* Damásio (2000, p.326) que “considera que o medo (...) é uma emoção universal, em termos da sua expressão facial e da facilidade com que é reconhecido” e as de Goleman (2000) que considera o medo igualmente como um estado psicológico e biológico, ou seja uma emoção, um raciocínio derivado do sentimento é compreensível que este sentimento surja neste contexto.

O medo consiste numa reação de apreensão perante determinada situação que se manifesta como negativa e perturbadora, na medida em que provoca a sensação de temor, receio e ansiedade em quem o vivencia. Os enfermeiros fazem referência a alguns medos e receios vivenciados no seu quotidiano de trabalho, relacionados com a possibilidade de errar, ou de não conseguir responder da forma mais rápida e adequada às exigências das situações.

Em suma, a situação de PCR está rodeada de fatores que podem gerar dificuldades mas também podem facilitar a atuação do enfermeiro. Contudo também é uma situação geradora de muitos sentimentos alguns dos quais podem interferir na sua intervenção. Neste sentido, é importante fomentar a mudança e inovação de estratégias de modo a contribuir para uma melhor intervenção do enfermeiro e de toda a equipa de saúde em situações de PCR.

CAPÍTULO V – CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Este último capítulo, pretendemos apresentar as principais conclusões deste estudo que visa compreender as experiências dos enfermeiros de uma unidade de internamento perante uma pessoa em situação de PCR, as limitações que o rodearam e os contributos a nível pessoal e profissional, assim como as perspectivas futuras que se desenharam.

Segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 171) a conclusão consiste numa “síntese comentada das ideias essenciais e dos principais resultados obtidos, explicitados com precisão e clareza”.

A atuação do enfermeiro perante uma pessoa em situação crítica ou em situação de PCR revela-se de enorme importância, pois exige o desenvolvimento de um conjunto de competências específicas de modo a garantir um adequado nível intervenção. Diariamente, nos nossos hospitais, os enfermeiros são confrontados com este tipo de situações, como sendo uma situação comum mas que se encontra rodeada de muitas dificuldades e preocupações, nomeadamente quando nos reportamos a uma unidade de internamento daí o interesse em realizar o estudo. Considerando a problemática em estudo e os objetivos delineados, desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativo, exploratório e descritivo, com a participação de oito enfermeiras.

Dos discursos dos participantes em torno da situação de PCR foi possível extrair as seguintes conclusões:

- Existe um conjunto de fatores que dificultam a intervenção dos enfermeiros - a inexperiência, o défice de conhecimentos nos procedimentos e nos equipamentos, os recursos (humanos, materiais e as condições físicas) e a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar. E outros que se constituem como facilitadores - o trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha das experiências (reflectir sobre a situação e aliviar o stress).

- Intervir perante uma situação de PCR desencadeia sentimentos diversos nos enfermeiros, desde sentimentos positivos - Felicidade e Satisfação – a sentimentos negativos - Ansiedade, Angústia, Frustração, Impotência, Medo e Stress.

Os enfermeiros ainda sentem alguma dificuldade em lidar com algumas situações de PCR, embora, pelas suas expressões se denote a importância de cuidar do doente e proporcionar o máximo de bem-estar biopsicossocial e espiritual.

Concluída esta etapa estamos cientes da forte aprendizagem que resultou da realização deste estudo e do facto de que essa aprendizagem não se confina apenas aos limites do trabalho aqui apresentado.

Sente-se que este percurso enriqueceu fortemente a nossa experiência, quer através da relação que estabelecemos com os participantes, quer através da nossa partilha pessoal. Mais do que uma aprendizagem académica, esta pesquisa constituiu, uma aprendizagem de vida.

Consideramos que por mais cuidado que se tenha na elaboração de um trabalho de investigação existem sempre algumas limitações relacionadas sobretudo, com a nossa inexperiência, com o tempo limitado para a realização da colheita de dados e com alguns contratempos na conciliação da execução do estudo com a atividade profissional e pessoal.

Das conclusões obtidas deste estudo consideramos que é possível perspetivar alguma sugestão que pode contribuir para otimizar a intervenção nestas situações e que se situam a nível da prática e da investigação. A nível da prática de cuidados consideramos que seria importante criar espaços de formação em serviço que se direcionem não só para a intervenção/procedimento mas também para domínios que ajudem os enfermeiros a gerir/lidar com estas situações. É importante ainda neste domínio proporcionar a partilha de experiências de forma a potenciar momentos de reflexão.

A nível da investigação consideramos pertinente estender esta investigação a outras unidades de internamento ou outros serviços e com recursos a outras estratégias de recolha de dados.

Apesar de tudo, a realização deste estudo de investigação foi um percurso de aprendizagem por excelência, com partilha de experiências e conhecimentos que proporcionaram o crescimento pessoal e profissional, contribuindo ainda para a reflexão sobre a prática do cuidar em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C. – Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas. Coimbra: Formasau, 2007, ISBN: 978-972-8485-87-0.

ABREU, J. - Introdução à psicologia compreensiva. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

AEHERT, B.- ACLS Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (3ª ed.). Rio de Janeiro. Elsevier, 2007, Ed, original ISBN:978-0-323-04695; ISBN: 978-85-352-2295-1.

AMADO, J. S. A Técnica de Análise de Conteúdo. Referência, pp. 53-63. Novembro de 2000.

Artigo 3 da lei nº 27/2006 de 3 de Julho disponível em [http://www.prociv.pt/Legislação/Documents/Lei_27_2006_Lei_Bases_Protecção_Civil.pdf]
Consultado dia 27 de Fevereiro de 2015

BARBIERI, M. A. – Trabalho em equipa: o contributo dos enfermeiros. Sinais Vitais. Coimbra, Jan. 1997. ISSN 0872-8844. Nº 10 (p. 19-22).

BARDIN, L. - Análise de Conteúdo. 5ª ed. Lisboa: Edições 70, 2011, ISBN: 978-44-1506-2.

BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J. - Principles of Biomedical Ethics (5th. ed.). New York:Oxford University Press. 2001

BELLAN, M.C. - Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Médica, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

BEM, A. – Equipa de Emergência Intra-hospitalar: delinear um futuro próximo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra, Julho de 2013.

BENNER, P. – De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora, 2001, ISBN: 972-8535-97-X.

BERNARDO, A. R., ALMEIDA, V – Paragem Cardio-respiratória: Sinais e Sintomas de Pré-paragem. Monografia Final do Curso da Licenciatura em Enfermagem. Universidade Atlântica, Barcarena, 2009.

BOGDAN, R., & BIKLEN, S. - Investigação Qualitativa em Educação - Uma Introdução à Teoria e aos Métodos. Porto: Porto editora, 1994.

CARPENERT, D. R. & STREUBERT, H. J. - Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista (2ª Edição ed.). Loures: Lusociência, 2002.

CIPE Versão 2 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – do original ICNP Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros – Fevereiro de 2011. Depósito Legal nº 322898/11. ISBN: 978-92-95094-35-2.

COELHO, V – Atuação do enfermeiro em parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar. Trabalho de conclusão de curso. São Paulo, Faculdade de Saúde de São Paulo, 2009.

Comissão Regional do Doente Crítico – Um ano de Reflexão e Mudança! 2014. Administração Regional Saúde Norte. s. p. disponível em [WWW:<URL: http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Livro%20CRDC/Livro_CRDC.pdf] consultado dia 2 de Novembro de 2014.

Conselho Português de Ressuscitação - Suporte Imediato de Vida - recomendações ERC 2010, 1º ed. 2011. p. 80. ISBN 9789079157525.

COSTA, R. F. – Persona: Manual Prático de Gestão das Pessoas. Lisboa: Bertrand Editora, 2003, ISBN: 972-25-1326-5.

COSTA, M. A. M. – Enfermeiros: dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados. Lisboa: Fim de Século, 1998, ISBN: 972-754-125-9.

CUNHA, M. – Actuação do enfermeiro no transporte do doente politraumatizado. Sinais Vitais. Coimbra. Novembro 2000, p. 42-47. ISSN: 0872-8844. Nº 33.

CRISTINA, J. A. [et. al.] – Vivências de uma equipa multidisciplinar de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória, Ciência y Enfermeria XIV (2); 2009, p. 97 a 105.

DAMÁSIO, A. - O Sentimento de Si - O Corpo, A Emoção e a Neurobiologia da Consciência, Publicações Europa América, 2000.

DAMÁSIO, A – Ao Encontro da Espinosa. Sintra, Publicações Europa-América Lda, 2003.

Decreto – lei 437/91 de 8 de Novembro disponível em [http: www.dgap.gov.pt/upload/Legis/1991_dl_437_08_11.pdf] consultado dia 12 de Agosto de 2014.

Decreto – lei 161/96 disponível em [http: www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf] consultado dia 13 de Agosto de 2014

Decreto – lei 111/2009 de 16 de Setembro, Código Deontológico disponível em [http: www.ordemenfermeiros.pt/Comunicação/Documents/2014/Lei111_2009.pdf] consultado dia 13 de Agosto de 2014

DIOGO, P.M.J. – A vida emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados. Coimbra: Redhorse, 2006. ISBN: 972-8485-70-0.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Circular Normativa n.º 9. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa. 14 de Junho de 2003.

European Resuscitation Council. Conselho Português de Ressuscitação. Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation (Versão Portuguesa). Rev Port Med Int 2011; 18(1)

FREDERICO, M.; Leitão, M. A. – Princípios de Administração para Enfermeiros. Coimbra: Formasau, 1999, ISBN: 972-8485-09-3.

FREITAS-MAGALHÃES, A - A Psicologia das emoções. Porto, Edições Fernando Pessoa. 2007.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. 1999.

FORTIN, M. – O Desenho de Investigação. O Processo de Investigação, da concepção à realização. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003, ISBN: 972-8383-10-X. Cap. 10, p. 131-145.

FORTIN, M. - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta. 2009.

GERMANO, A [et. al.] - Código Deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. 1ª Edição, Edições Ordem dos Enfermeiros 2003.

GOLEMAN, D - Inteligência emocional. 9ª edição. Lisboa; Actividades Editoriais Lda. 2000.

GONZALEZ, C.B., ALBRALDES, R.B., ANDELO, C.G. – Reanimación Cardio-pulmonar – Qué sabe Enfermería? Revista de Enfermería ROL, nº 210, 1996, p. 50-52.

HONORÉ, B. – Cuidar – Persistir em Conjunto na Existência. Loures: Lusociência, 2004, ISBN: 972-8383-58-4.

Instituto Nacional de Emergência Médica, Cadeia de Sobrevivência disponível em [http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WHCM_Pagional=28175] consultado dia 3 de Março de 2015

LACOMBE, G. - Os primeiros socorros: uma resposta vital em situação de urgência. Lisboa: Instituto Piaget. 2000.

LAKATOS, E; MARCONI, M. - Fundamentos de Metodologia Científica. 3ª Edição, São Paulo: Editora Atlas S.A. 2003.

LANGE, S. P. - L' espoin, In Carlson, C. E, et Blackwell, Les comportements humains. Concepts et applications aux soins infirmiers, Paris: Editions du centurion. 1982.

LIPP, M. - Pesquisas Sobre o Stress no Brasil. São Paulo: Papyrus. 1996.

LOBIONDO-WOOD, G., Haber, J. - Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

LOFF, A. M. – Relações Interpessoais. Enfermagem em Foco. Lisboa: SEP. Nº 13, Ano IV (Nov./Jan. 1994), ISSN 1415-2762, p. 56-63.

MADEIRA [et. al.] - Manual de Suporte Avançado de Vida, Coimbra: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2ª Edição, 2011.

MARTINS, J. C. - Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências. In: MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen (org) - Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. ISBN 978-85-7771-054-6. p. 175-189.

MARTINS [et. al.] – Terapia Intravenosa ao paciente na Emergência. In: MALAGUTTI, William; ROEHRS, Hellen – Terapia Intravenosa: atualidades. São Paulo: Martinari, 2012, ISBN 978-85-89788-96-0. p. 219-235.

MAUL, R. – A medicina intensiva trata doentes críticos agudos, muitas vezes no limite. SESARAM E.P.E. [em linha] (2010) disponível em [http://www.url./sras.govmadeira.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3468:cinc-o-medicos-nosintensivos&catid=21:imprensa-regional&Itemid=45>.] consultado dia 17 de Novembro de 2014

MELEIS, A. e TRANGENSTEIN, P. – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outlook. 1994.

MELEIS, A. - Theoretical nursing: development and progress. 3ªed. Philadelphia: Lippincott. 1997.

MELEIS, A., SAWYER, L., IM, E., MESSIAS D., E SHUMACHER, K. – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in Nursing Science. 2000.

MENDES, F. [et al] – Perspectivas e necessidades de formação dos enfermeiros e cuidados de saúde primários. Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. Série 2, nº 35/36 (Julho-Dezembro 2004), p.81-88.

MERCADIER, C. – O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-82-7.

MOREIRA, C – Os sentimentos/dificuldades dos enfermeiros face ao doente oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar. Dissertação em ciências da educação-especialização em educação e formação de adultos. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação. 2007.

MULLER, A.M.– Papel do pessoal de enfermagem no atendimento à parada cardíaca no pequeno hospital. Rev. Gaúcha de Enfermagem, v 7,nº2, 1986, p. 23-31.

NOLAN, Jerry P [et al] – Versão Portuguesa das Recomendações 2010 do European Resuscitation Council, 2010. Responsabilidade do Conselho Português de Ressuscitação.

NUNES F. – Tomada de Decisão de Enfermagem de Emergência. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 219 (Março 2007) p. 7-11.

NUNES, F. – Tomada de Decisão do Enfermeiro no Transporte do Doente Crítico. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 246 (Julho 2009) p. 40-46

NUNES, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. - Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005.

OGDEN, J. – Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999, ISBN: 972-8449-16-X.

OLIVEIRA, A – Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Experiências. Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Janeiro 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.^a série n.º 35, pp. 8656-8657. Portugal, Lisboa: Assembleia da República. 2011.

PACHECO e NEVES – Para uma ética da Enfermagem – Desafios. Gráfica de Coimbra. Dps. Legal: 21730014. 2004, ISBN: 972-603-326-8.

Papel neuroprotector da hipotermia terapêutica pós paragem cardio-respiratória. Ana Abreu, Ana Duque, Carolina Paulino, João Brito, Joana Silvestre, João Gonçalves-Pereira, Vítor Mendes, Camila Tapadinhas, Pedro Póvoa. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(4):455-461

PEREIRA, F. – Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Coimbra: Formasau, 2009, ISBN: 978-989-8269-06-5.

PINHO, M. - Trabalho em equipa de saúde: limites e possibilidades de actuação eficaz. Ciências & Cognições. 2006.

PITHAN, L. H. - A dignidade humana como fundamento jurídico das "ordens de não ressuscitação" hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2004.

PIVA, J. P., & CARVALHO, P. A. Considerações Éticas nos Cuidados Médicos do Paciente Terminal. Revista de Bioética (Brasil). (n.º 2 de Vol. 1 de 2009).

POLIT, D. e HUNGLER, B. - Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. 3ª Edição, Porto Alegre. Editora Artes Médicas. 1985.

QUIVY, R; COMPENHOUT, L - Manual de Investigação em ciências sociais. Lisboa. Editora Gradiva. 2003.

Regulamento nº 124/2011. D.R. II Série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 35 (18-02-2011). 8656-8657.

RIBEIRO, J - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto: Legis Editora, 2007.

ROMANZINE [et. al.] – Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. Ver. Latino-Am. Enfermagem, mar-abr 2010.

SAMPIERI, R. [et al] - Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, J; TEIXEIRA, Z - O stresse profissional dos enfermeiros. Revista de Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2009, ISSN 1646-0480.6.

SASSO, G; SOUZA M – A Simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. Texto contexto Enferm, Florianópolis, Abril – Junho 2006.

SAVOIE-ZAJC, L. - A Entrevista Semidirigida. In B. Gauthier, Investigação Social: da problemática à colheita de dados. Loures: Lusociência, 2003. (pp. 279-301).

SARAIVA, D; ESTEVES, J. - A Dinâmica da Equipa de Enfermagem na Sala de Reanimação, na Abordagem ao Indivíduo Vítima de Complicações Cardíacas, Respiratórias ou Neurovasculares. Brasil: Universidade Atlântica, Licenciatura em Enfermagem. 2009.

SHEEHY, S. - *Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática*. (4^o ed.). Loures: Lusociência. 2001.

SILVA, A [et. al.] – Avaliação do conhecimento sobre diagnóstico e tratamento da parada cardiorrespiratória entre estudantes de fisioterapia da universidade de Taubaté. Revista Brasileira Fisioterapia, suplemento1. 2010.

SILVA, F.E; SANNA, M.C; NUNES, B – Tomada de decisão do enfermeiro frente a uma parada cardiorrespiratória. Rev. Enfermagem UNISA 2, 2001, p. 26-30.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos – Revista Portuguesa de Medicina Intensiva, 2011, volume 8 nº 1. ISSN: 0872-3087

STREUBERT, J [et al] - Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançado o Imperativo Humanista, 2^a Edição, Lusociência. Tappen, R. M. – Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática. 4^a ed. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8930-00-3.

ZANINI, J. [et. al.] – Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimento da Equipa de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Vol 8 nº2, Abril – Junho 2006.

ANEXOS

**ANEXO A – CONSENTIMENTO DO CONCELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA A
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

António
 Maria do Céu Faia
 Vogal do CA
 04/07/2014

Parecer Número 15/2014	
ULSAM, EPE Comissão de Ética para a Saúde	Solicitado por: Céline Sophie Marques Moreira, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana de Castelo. (Ana Lídia Valle Fernandes, Maria Dores Ramos, Gabriela Silva, Raquel Brandão e Patrícia Cruz.
Data de entrada no secretariado da CES: 08/04/2014	Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo de investigação subordinado ao tema: "A situação de paragem cardio-respiratórias: experiências dos enfermeiros"

1. **A questão colocada:** Estudo: "A situação de paragem cardio-respiratórias: experiências dos enfermeiros".
Questionário a enfermeiros do Serviço de Medicina I (Piso 8)
2. **Fundamentação:** Apresentação modelo de questionário.
Consentimento informado e garantia de confidencialidade.
3. **Conclusão/parecer:**
Deliberado parecer favorável à realização do estudo

Nota: referências bibliográficas:

Relatores(s):	
Ratificado em reunião do dia:	11/06/2014
Enviado parecer:	A quem o solicitou:

Presidente da CES, 11 de Junho de 2014


 (Dr. António Rodrigues)

Ex^{mo}. Sr. Presidente Conselho de Administração
Da Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Concedo.

À Course de Etze
fac favor

Maria do Céu Paia
Enfermeira

07/04/2014

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Céline Sophie Marques Moreira, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pretende realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “A situação de paragem cardio-respiratórias: experiências dos enfermeiros” sob orientação da Professora Doutora Aurora Pereira. Este estudo tem como objectivo compreender as experiências dos enfermeiros dum serviço de internamento numa situação de paragem cardio-respiratória. E a colheita de dados será efetuada através de um Guião de Entrevista (em anexo), no período de 21 de Julho de 2014 a 29 de Agosto de 2014, junto de enfermeiros de um Serviço de Medicina. (Piso 8)

1 Fute
a Esp

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido (em anexo), que as questões éticas serão salvaguardas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito autorização para a realização do estudo supracitado.

bs:

À exp^{te} chefe Irene Amaral,
com conhecimento do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Céline Moreira



Viana do Castelo, 1 de Abril de 2014

C.ética
nº 15
2014-04-08

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “A situação de paragem cardio-respiratória: experiências dos enfermeiros”, realizado por Céline Sophie Marques Moreira, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

Data: __ / __ / _____

APÊNDICE B – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

I Parte - Acolhimento	
Objetivo: ➤ Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação do investigador✓ Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo✓ Garantir a confidencialidade e anonimato (Declaração de Consentimento Informado)✓ Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista
II Parte – Caracterização do Entrevistado	
Objetivo: ➤ Caracterizar o entrevistado	<p>Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inferior a 30 anos<input type="checkbox"/> Entre 30 a 35 anos<input type="checkbox"/> Entre 35 a 40 anos<input type="checkbox"/> Entre 40 a 45 anos<input type="checkbox"/> Entre 45 a 50 anos<input type="checkbox"/> Superior a 50 anos <p>Género</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Feminino<input type="checkbox"/> Masculino <p>Formação académica</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Licenciatura<input type="checkbox"/> Pós-Graduação _____<input type="checkbox"/> Especialidade _____<input type="checkbox"/> Mestrado _____<input type="checkbox"/> Doutoramento _____<input type="checkbox"/> Outra _____ <p>Tempo de exercício profissional: _____</p> <p>Tempo de exercício neste serviço de internamento: _____</p>

III Parte – Objetivos / Questões Orientadoras	
Objetivos Específicos:	Questões Orientadoras
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever os fatores dificultadores que os enfermeiros sentem perante uma situação de paragem cardio-respiratória; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qual a sua experiência da intervenção numa situação de paragem cardio-respiratória? Quer relatar uma situação? Quais as dificuldades sentidas?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descrever os fatores facilitadores da intervenção do enfermeiro perante a situação de paragem cardio-respiratória; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais os fatores facilitadores da sua atuação perante a paragem cardio-respiratória?
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perceber os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros de um serviço de internamento numa situação de paragem cardio-respiratória; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quais os sentimentos que vivenciou perante uma situação de paragem cardio-respiratória?
IV Parte – Fecho da Entrevista	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo; ➤ Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista; ➤ Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista. 	

APÊNDICE C – QUADRO SÍNTESE DOS DADOS

ANÁLISE DE CONTEÚDO ÀS QUESTÕES ABERTAS – QUADRO SÍNTESE

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Fatores dificultadores perante uma situação de PCR	Relacionados com a inexperiência do enfermeiro		<p>EE1: “(...) eu sinto às vezes nos colegas é um bocadinho, pronto, da experiência de alguns, é normal.. eu já não tenho tanta falta de experiência porque também já estou aqui há uns anos e pronto é normal.”</p> <p>EE8: “(...) eu acho que pronto, já tenho alguns anos de medicina e no início uma pessoa tem mais medo, mais ansiedade, incertezas no que tem de fazer.”</p>
	Relacionados com o défice de conhecimentos	Nos procedimentos	<p>EE1: “(...) nós agora já sabemos que, temos que decorar um código que nós temos, accionamos um botão mas também accionamos um código do telefone e pomos a extensão do serviço. Uma das dificuldades é, às vezes quando com o stress, às vezes lembrarmo-nos mas pronto depois vemos o número que está afixado na parede junto ao telefone e ao olharmos já sabemos onde esta e fazemos o numero. E pronto, quando damos por ela já o colega foi buscar á sala de tratamento e estamos a perder tempo e acho que ai realmente é uma coisa que temos que voltar a trabalhar [refere-se ao carro de emergência], e que está a fazer muita falta e pronto é mais ou menos essa dificuldade.”</p> <p>EE2: “(...) a maior dificuldade às vezes é encontrar se calhar a medicação não é (...) não é muito frequente usar essa medicação não é, nós não abrimos o carro todos os dias não é (...) às vezes não sabemos muito bem onde está a medicação certa e é uma dificuldade.”</p> <p>EE4: “(...) às vezes, até temos alguma dificuldade na primeira ajuda (...)”</p>
		Nos equipamentos	<p>EE3: “(...)E então, acho que é importante conhecer bem, saber onde estão as coisas, onde é que estão os soros, onde é que estão ... porque não é um carro que nós utilizamos no dia a dia não é, é só em situação de emergência.(...) às vezes tem lá medicação que nós não lidamos no nosso dia a dia não é, e que nem sequer sabem que está no carro de emergência.”</p> <p>EE7: “E muitas vezes também como não temos assim muitas situações de paragem em que temos de fazer manobras, muitas vezes não sabemos ao certo onde está o material embora aquilo tenha legenda e tudo não é, numa situação de stress as vezes não se v nada não é.”</p>

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

	Relacionados com os recursos	Recursos Humanos	<p>EE1: “(...) Se a paragem for no turno da manhã temos cinco mais três auxiliares não é., entanto um vai levando o carro a outra pessoa tem mais tempo, mas na tarde e noite somos menos, às vezes é uma dificuldade mas vão sendo ultrapassadas. Não tenho memória agora de ultimamente ter falhado, antigamente sim quando não havia equipa intra-hospitalar tava o médico num sítio o enfermeiro (...)”</p> <p>EE3: “(...)Puff as dificuldades... às vezes somos poucos não é, mesmo a nível de recursos que por vezes são insuficientes”</p>
		Recursos Materiais	<p>EE3: “(...) às vezes falta de material também mas ultimamente tem estado mais ou menos estável... porque houve uma altura em que havia falta de material para as paragens.”</p> <p>EE6: “(...)A primeira é que nunca nada funciona, o aspirador que não aspira bem, o carro que não anda bem, temos de andar a empurrar bem para que ele ande bem... é mais a parte dos materiais.”</p> <p>EE7: “(...) muitas vezes também o material não estar, não estar bem preparado, pronto nomeadamente muitas vezes o ambu não está montado e numa situação de urgência temos de montar o ambu e isso atrapalha um bocadinho.”</p>
		Condições Físicas	<p>EE4: “(...)sei lá.. de por os doentes fora da cama etc e que o próprio posicionamento do doente dificulta também o início das manobras.”</p> <p>EE5: “ (...) A dificuldade prende-se na estrutura física do serviço e da material.”</p> <p>EE8:“(...)prende-se mais com as condições físicas em si, do que propriamente das atitudes que temos de ter porque nós temos formação todos os ano(...). Às vezes até é mais as condições físicas, de trazer o carro de emergência, depois pôr o monitor no carro e depois é assim, às vezes não cabe. Mas acho que a grande dificuldade em si infelizmente neste serviço, é mais a nível físico, o material, a disposição das camas, é o sistema de oxigénio, acho que basicamente é isso.”</p>
	Relacionados com a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar	<p>EE4: “(...) Às vezes eu acho que a dificuldade, a grande dificuldade que temos aqui e pela tipologia de médicos que temos, tem haver, com as indicações para não actuar, que às vezes não são claras, às vezes são orais e não estão escritas e que depois passa um bocadinho por nós a decisão de bipar ou não (...) para mim eu acho que prende-se um bocado por estas situações, indicações verbais, de estar escrito na historia ou não. Acho que se prende um bocado por isto.”</p> <p>EE2: “ As dificuldades é mais saber se é para reanimar ou não, se tem indicação de SAV ou não, há alguns doentes que já têm indicação de SAV mas pronto há sempre aquela coisa se é para investir ou não.</p>	

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

<p>Fatores facilitadores perante uma situação de PCR</p>	<p>Trabalho em equipa</p>	<p><i>EE1: “(...) O que facilita realmente é que o enfermeiro, médico ou anestesista normalmente intensivista muitas vezes, já trazem também medicação preparada não é, tomam um bocado conta dessa parte entre aspas e nós ficamos mais com aquela parte da massagem, vamo-nos organizando assim (...). Pronto o que nos facilita é realmente a equipa intra-hospitalar, o reanima, nós chamamos o reanima à equipa, porque o enfermeiro ele geralmente já traz o monitor portátil embora nós já normalmente já temos o doente monitorizado, já tem um acesso e pronto já temos algumas coisas.”</i></p> <p><i>EE3: “(...) Normalmente é um trabalho que toda a gente coopera, é um trabalho em equipa e acho que também é importante. Ah e depois também, o reanima é importante temos uma boa relação com eles. Mas nós também não temos isto no dia a dia não é ... quando eles vêm mais naquela de colaborar connosco e faz isto, e faz aquilo, acho que corre muito melhor e facilita a nossa actuação. E (...) O facto de termos um bom conhecimento do carro é nos importante porque sabemos ir buscar as coisas e isso tudo. E depois os conhecimentos próprios e da equipa, ah.. também termos parceiros, ajudarmos uns aos outros não é, isto facilita não é.”</i></p> <p><i>EE4: “(...)De termos a equipa do reanima acho que, isto facilita (...) acho que ajuda porque são pessoas estão treinadas e estão habituadas a trabalhar juntas e isso notasse.”</i></p> <p><i>EE5: “ A ajuda, a interajuda da equipa para que as coisas corram bem “</i></p> <p><i>EE6: “(...)O que é que facilita? A boa colaboração dos colegas e depois o facto de a equipa chegar rápido ao serviço. Quando alguém diz que há uma paragem pronto todas nós sabemos mais ou menos o que fazer, uma vai buscar o carro, outra vai buscar ... a sempre uma boa colaboração da equipa, e isso ajuda, facilita bastante.”</i></p> <p><i>EE7: “(...) Mas nós também por um lado temos uma coisa boa, que ao vir a equipa dos cuidados intensivos, já vêm com a medicação preparada (...)o que facilita é ... talvez ... eles já trazerem a medicação (...).”</i></p>
	<p>Formação contínua</p>	<p><i>EE1: “(...)“ O hospital faz formação nós temos suporte básico de vida todos os anos normalmente, eles agora fazem a formação em caracter hospitalar. E nós há uns anos temos uma estratégia de por um cada um de nós verificar o carro de emergência. É uma estratégia que realmente eu como já fiquei, sei onde estão os sítios e isso ajuda-nos muito, embora seja uma tarefa pronto, que às vezes nós como estamos na prestação de cuidados achamos que não deve ser nossa , mas eu pessoalmente acho o contrário porque isso nós sabemos onde está o material (...).”</i></p> <p><i>EE2:“(...) o hospital faz formação e isso ajuda muito.”</i></p>

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

			<p>EE4: “(...) e nós também fazemos reciclagem do suporte básico... e portanto com isto acho que estamos minimamente treinados para isto.”</p> <p>EE5:“sim fazemos em suporte básico para renovar os conhecimentos, treinar e ver as últimas alterações do algoritmo e assim...”</p> <p>EE3: “(...)O que é que facilita ah.. ah.. os conhecimentos, o carro de emergência estar bem organizado e temos formação de como o carro funciona aliás como já fui formação no serviço sobre o carro de emergência, e também os primeiros ano que tive cá fui responsável pelo carro e fiz formação sobre como é que se dividia o carro, as coisas que tinha em cada parte para as pessoas também”</p>
	Partilha de experiências	Refletir sobre a situação	<p>EE1:“(...) sim , nós normalmente falamos, não é assim em caracter formal digamos , mas debatemos sobre tudo ... nós debatemos sobre tudo porque também aprendemos quando debatemos com os outros.”</p> <p>EE8: “ Às vezes há situações em que da para reflectir daquilo que podíamos ter feito melhor, nós desabafamos uns com os outros e isso ajuda a melhorar. Nós temos abertura suficiente na equipa para isso”</p> <p>EE6: “(...)Nós depois debatamos, do que correu mal, do que podíamos ter feito, ter preparado um soro por exemplo para depois, numa próxima situação as coisas correrem melhor.”</p>
		Aliviar o stress	<p>EE3: “(...)sim de forma para aliviar também um bocado o stress mas depende dos casos, não é obrigatória que sempre que há uma paragem temos que partilhar. Mas se foi uma experiência mais marcante até partilhamos mas não é... nós vamos partilhando uns com os outros, e se calhar devíamos ter feito isto ou aquilo (...) se virmos que alguma coisa até nos marcou ou que devemos partilhar até partilhamos mas não é.”</p> <p>EE7: “(...)E nós como equipa falamos entre nós, e mesmo la está, quando não estamos mesmo a espera e depois mesmo na passagem de turno, que até era uma coisa que até podíamos nem falar do doente mas normalmente falamos, dizemos o que aconteceu com o doente se faleceu se foi para os intensivos. E pronto falar disto na equipa ajuda muito.“</p>

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

<p>Sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante uma situação de PCR</p>	<p>Angústia</p>	<p>EE8: "(...) é sempre uma situação angustiante não é para nós. Normalmente também nota-se bastante a decadência das situações, algumas delas não, mas outras em que uma pessoa já está mais ou menos a espera, é conseguir contactar com o médico/equipa. Acho que os sentimentos e dificuldade é por aí."</p>
	<p>Ansiedade</p>	<p>EE2: "(...) (risos) é um bocadinho ansiosa talvez, sei lá, se calhar (grande pausa) é mesmo a ansiedade do momento." EE8: "(...)no início uma pessoa tem mais medo, mais ansiedade, incertezas no que tem de fazer."</p>
	<p>Felicidade</p>	<p>EE3: "pronto sentimentos felicidade por termos conseguido reanimar aquela pessoa."</p>
	<p>Frustração</p>	<p>EE6: "(...) Às vezes ou a maior parte da vezes é a frustração. As vezes uma pessoa investe...pronto há aqueles casos que chega a equipa de reanimação e acabamos por depois nem fazer nada mas naqueles em que realmente é para investir... quando depois não conseguimos recuperar o doente há sempre aquela frustração de não termos atingido o principal objectivo, de recuperar o doente."</p>
	<p>Impotência</p>	<p>EE1: "Sentimentos é sempre ... é ... depende muito... os sentimentos é um conjunto de impotência às vezes não é, perante o doente.. perante. Normalmente são doentes que nós conhecemos já bem, o que ainda dificulta um pouco, porque é um serviço de internamento e que nós não devemos por os sentimentos á parte mas muitas vezes pomos é normal, quase sempre como (...)" EE3: "(...)quando temos sucesso ficamos felizes, quando não temos sentimo-nos um pouco impotentes com isso, aquele sentimento de impotência." EE4: "(...)que às vezes até temos alguma dificuldade na primeira ajuda, é uma sensação de impotência em que não conseguimos fazer sozinhos não é, e enquanto não chega a segunda ajuda ou assim é aquela sensação de eu não consigo."</p>
	<p>Medo</p>	<p>EE5: "(...) É que na altura eu não penso na pessoa eu penso em ali fazer a técnica tudo direito porque senão se vamos a pensar nisso então é que não conseguimos fazer nada... não é." EE7: "(...) E quando é uma coisa inesperada, eu falo por mim, fico muito ansiosa, porque são quase sempre doentes novos que uma pessoa não está a espera que isso aconteça e depois se isso não corre bem não é, é aquela angústia de não conseguir." EE8: "(...)no início uma pessoa tem mais medo, mais ansiedade, incertezas no que tem de fazer."</p>

A Situação de Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros

	Satisfação		<p>EE6: “(...) E quando conseguimos recuperar é de satisfação. (...)Eu vou mais para o final é frustração quando corre mal ou então satisfação quando corre bem, e durante é aquela adrenalina, ansiedade de querermos fazer tudo.”</p> <p>EE1: “ (...) e pronto quando o doente vai para OBS ou para os Cuidados Intensivos pelo menos sempre há aquela satisfação... e quando os doente regressam ao serviço e até bem, já tivemos situações nós sentimos que fizemos a diferença, mesmo em suporte básico fizemos a diferença.”</p>
	Stress		<p>EE1: “(...) às vezes com o stress, não nos lembramos do código, mas depois vemos o número na parede e já fazemos o número.”</p> <p>EE3: “(...) ah.. ficamos mais nervosos, com stress, é uma emergência não é, e pronto.. temos que saber o que fazer, temos que tentar acalmar a família que esta ali também... ah.. é muita coisa ao mesmo tempo e pronto temos que saber gerir aquele stress.. ah e depois saber como actuar não é.”</p> <p>EE5: “(...) às vezes com o stress do momento... encontrar o material é no carrinho de emergência mas naquele momento de stress parece que não vemos nada a frente.”</p> <p>EE7: “(...) porque normalmente não vinha com o ambu todo montado e nós na situação em si estar ali a montar o ambu... e às vezes nem conseguimos encaixar bem, pelo stress.”</p> <p>EE4: “(...) Puf, sei lá acho que há uma adrenalina sempre diferente não é, pela emergência em si da situação, eu acho que essencialmente é aquele stress inicial de a gente tentar fazer o melhor não é, fazer o que podemos.”</p> <p>EE6: “Durante a situação de paragem é sempre aquela adrenalina, o stress de queremos fazer tudo...tanto que podemos tentar e depois nas coisas mais básicas nós esquecemo-nos.”</p>

