

ANA PAULA BOAVENTURA

**REGISTRO DO ATENDIMENTO DA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE
INTRA-HOSPITALAR:
Validade e aplicabilidade de um instrumento.**

Campinas

2004

ANA PAULA BOAVENTURA

**REGISTRO DO ATENDIMENTO DA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE
INTRA-HOSPITALAR:
Validade e aplicabilidade de um instrumento.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo

**Campinas
2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B63r Boaventura, Ana Paula
Registro do atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente
intra-hospitalar: validade e aplicabilidade de um instrumento / Ana
Paula Boaventura. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Izilda Esmênia Muglia Araújo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Parada cardíaca. 2. Enfermagem. 3. Ressuscitação
cardiopulmonar . I. Izilda Esmênia Muglia Araújo. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido **Sérgio** pelo amor,
carinho, incentivo constante e
sobretudo pela paciência para
realização deste trabalho.*

*Aos meus pais **Carlos Alberto e Sebastiana Bárbara**, que fizeram da educação dos filhos o principal objetivo de suas vidas, pelas constantes manifestações de amor e carinho. Aos meus irmãos **Ana Carolina, Alexandre e Ricardo** pelo incentivo, amor e carinho fortalecidos pela distância.*

*Aos meus tios **Edena e Deodato**,
pelo afeto sempre presente em todos
os momentos, pelas mensagens
de conforto, carinho, incentivo e amor.*

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Izilda Esmenia Muglia Araújo** pelo apoio, incentivo indispensável durante a elaboração desta dissertação e principalmente pelo privilégio de poder contar com sua orientação segura e dedicada, além de contar com sua amizade e compreensão.

À **Profa. Dra. Maria Cecília Bueno Jaime Gallani** pela contribuição na minha formação acadêmica, incentivo, e por ter participado e contribuído em mais esta etapa.

À **Profa. Dra. Nina Granitoff** pela disponibilidade, incentivo, ensinamentos constantes e por despertar em mim a paixão pelo tema.

À enfermeira **Maria Cristina Gomes de Oliveira** pelo companheirismo apoio e amizade constantes.

À enfermeira **Thaís Marcondes Ferreira** pela disponibilidade de compartilhar seus conhecimentos e experiência.

A todos os **funcionários do Pronto Socorro do Hospital Vera Cruz Campinas** pelo incentivo e apoio constantes.

Aos **diretores de enfermagem** das unidades de Pronto Socorro, UTI, Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma, Cardiologia e Moléstias Infecciosas do Hospital das Clínicas da UNICAMP pela contribuição na coleta de dados.

Aos **enfermeiros e enfermeiras** que concordaram em participar do estudo.

Ao estatístico **Helymar da Costa Machado** pela paciência com que orientou a análise dos dados.

À amiga **Cybelle Cristina Tomazin** pela paciência, companheirismo e presença constante durante a elaboração deste trabalho.

A **todos** aqueles que direta ou indiretamente foram importantes e não tenham sido citados.

*“A vida é pródiga em oportunidades edificantes
por isso mesmo devemos avançar constantemente
ao encontro de novos horizontes de compreensão,
harmonia e paz.”*

ARISTON S. TELES

	Pág.
RESUMO	<i>xxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxvii</i>
1-INTRODUÇÃO	31
2 - OBJETIVOS	41
3 – SUJEITOS E MÉTODOS	45
3.1 – Local do estudo	47
3.2 – Delineamento do estudo	48
3.3. – Sujeitos	48
3.4 – Desenvolvimento dos instrumentos	49
3.4.1 - Elaboração do instrumento “Registro do Atendimento da PCR/RCR”.....	49
3.4.2 -Elaboração do instrumento “Roteiro de preenchimento para o Registro do Atendimento da PCR/RCR”.....	50
3.4.3 - Elaboração do instrumento “Avaliação dos Juízes”.....	50
3.4.4 - Reestruturação do Registro de Atendimento da PCR/RCR.....	50
3.4.5 - Elaboração do instrumento “Avaliação da Aplicabilidade do ‘Registro de atendimento da PCR/RCR’ pelos enfermeiros”.....	52
3.5 - Validade do instrumento	52
3.5.1- Apreciação dos instrumentos pelos juízes	53
3.5.2- Pré- Teste.....	53
3.6 -Aplicabilidade do instrumento	54
3.6.1- Critérios de Análise do preenchimento dos registros da PCR/RCR.....	54

3.7- Avaliação do instrumento	55
3.8- Aspectos éticos da pesquisa	55
3.9- Tratamento e análise estatística dos dados	56
4- RESULTADOS	57
4.1– Análise dos juízes- Validação de Conteúdo	59
4.2–Pré-teste	63
4.3 -Aplicabilidade do instrumento	63
4.3.1 –Análise do preenchimento.....	65
4.3.2 – Avaliação dos enfermeiros após o preenchimento.....	72
5 – DISCUSSÃO	77
6 – CONCLUSÕES	89
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
8- ANEXOS	103
ANEXO I- Relatório do Atendimento de PCR/RCR.....	105
9- APÊNDICES	107
APÊNDICE I- Registro de Atendimento da PCR/RCR (1ª adaptação).....	109
APÊNDICE II- Registro de Atendimento da PCR/RCR(2ª adaptação).....	111
APÊNDICE III- Roteiro de Preenchimento do “Registro de Atendimento da PCR/RCR”.....	113
APÊNDICE IV- Avaliação do Instrumento de “Registro de Atendimento da PCR/RCR” – juízes.....	117
APÊNDICE V- Avaliação do Instrumento de “Registro de Atendimento da PCR/RCR” – enfermeiros.....	119
APÊNDICE VI- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
APÊNDICE VII- Pontos atribuídos para a correção do instrumento de “Registro de Atendimento da PCR/RCR”.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	“Advanced Cardiac Life Support”
AESP	Atividade elétrica sem pulso
AHA	“American Heart Association”
BLS	“Basic Life Support”
Cardio	Enfermaria de Cardiologia
CC	Centro cirúrgico
CTE	Compressão torácica externa
EC/CT	Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma
ECG	Eletrocardiograma
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FV	Fibrilação ventricular
HC	Hospital de Clínicas
MCE	Marcapasso externo automático
MI	Enfermaria de moléstias Infecciosas
PCR	Parada cardiorrespiratória
PS	Pronto Socorro
RCE	Restauração da circulação espontânea
RCR	Ressuscitação cardiorrespiratória
SAV	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
SBV	Suporte Básico de Vida
TV	Taquicardia ventricular sem pulso
UCO	Unidade Coronariana
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1 – Distribuição do número e percentuais de enfermeiros que participaram do estudo em relação ao turno de trabalho. Campinas, 2004.....	64
TABELA 2 – Distribuição do número de instrumentos preenchidos e devolvidos por turno de trabalho. Campinas, 2004.....	65
TABELA 3 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados de identificação do paciente. Campinas, 2004.....	67
TABELA 4 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da PCR. Campinas, 2004.....	68
TABELA 5 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da RCR. Campinas, 2004.....	68
TABELA 6 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da terapêutica farmacológica na RCR. Campinas, 2004.....	70
TABELA 7 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da terapêutica elétrica na RCR. Campinas, 2004.....	70
TABELA 8 – Distribuição das freqüências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da equipe de atendimento. Campinas, 2004.....	71

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 - Distribuição das respostas dos juízes quanto à organização do instrumento. Campinas, 2004.....	59
FIGURA 2 - Distribuição das respostas dos juízes quanto à objetividade do instrumento. Campinas, 2004.....	60
FIGURA 3 - Distribuição das respostas dos juízes quanto à clareza do instrumento. Campinas 2004.....	60
FIGURA 4 - Distribuição da porcentagem de preenchimento, pelos enfermeiros, de cada conjunto de dados contidos no instrumento. Campinas, 2004.....	66
FIGURA 5 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros quanto à praticidade, utilidade e objetividade do instrumento de “Registro do Atendimento da PCR/RCR”. Campinas, 2004.....	72

RESUMO

A situação encontrada na prática dos atendimentos da parada cardiorrespiratória é a de que os registros não são feitos adequadamente, ou são incompletos, relatando apenas o horário da PCR e o óbito, quando deveriam conter maior número de informações, como fármacos utilizados durante o atendimento, os ritmos cardíacos, o número de choques realizados, entre outros. Se forem analisados os prontuários médicos de pacientes hospitalizados que apresentaram parada cardiorrespiratória, possivelmente haverá dificuldades na realização de estudos retrospectivos de ressuscitação cardiorrespiratória, pela impossibilidade de coletar dados que poderiam colaborar no aprimoramento e na avaliação da atuação da equipe, como também, de estudos de sobrevida e prognóstico em ressuscitação cardiorrespiratória diante da escassez de dados que são registrados. O presente estudo teve por objetivo validar e aplicar um instrumento para o registro do atendimento da PCR/RCR no ambiente intra-hospitalar de uma instituição de ensino. A validação de um instrumento é etapa de fundamental importância antes da sua utilização pois verifica a qualidade dos dados. Sua aplicação em uma determinada população também permite perceber como se comporta o instrumento no ambiente em que se pretende implementá-lo, para isso, o instrumento adaptado foi submetido a validação de conteúdo e verificada também sua aplicabilidade. O instrumento foi validado por juízes, quanto ao seu conteúdo. Após, os instrumentos foram utilizados pelos enfermeiros das unidades: PS, UTI, EC/CT, Cardiologia e Moléstias Infecciosas para avaliação da aplicabilidade do instrumento. Na análise dos dados da avaliação dos juízes não houve discordância significativa quanto à clareza ($p= 0,353$), objetividade ($p=0,333$) e organização ($p=0,107$) (Teste de Cochran). Foram coletados 54 registros de atendimento da RCR e após o preenchimento os enfermeiros avaliaram o instrumento quanto a sua utilidade, praticidade e objetividade, obtendo-se mais que 90% de respostas positivas. Na análise dos preenchimentos constatou-se que a média de preenchimento dos dados de identificação do paciente foi de 92,7%; da PCR 72,18%; RCR 81,75%; pós-RCR 89,58%; equipe de atendimento 27,41% e anotações apenas 7,41%. Conclui-se que o instrumento adaptado para o registro dos atendimentos da PCR/RCR, no ambiente intra-hospitalar, foi validado e atende às necessidades da realidade desses atendimentos no hospital estudado. Dessa forma a utilização deste instrumento que apresenta menor complexidade poderia estimular a prática de registros do atendimento da PCR / RCR, orientar novos treinamentos, bem como,

direcionar investimentos em recursos físicos e materiais adequados para as unidades destinadas ao cuidado de pacientes críticos e contribuir para a melhoria dos atendimentos.

Palavras-chaves: Parada Cardíaca – Enfermagem – Ressuscitação Cardiopulmonar

ABSTRACT

Usually, during in-hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR), there is a lack of comprehensive records about the whole procedure, or, more often, they are incomplete, reporting only the times of cardiac arrest (CA) and of death. **OBJECTIVES:** The objectives of the present study were to validate and to apply an instrument that was elaborated to record in-hospital CPR maneuvers in a teaching institution. The validation is the fundamental importance before utilization of an instrument, verifies your quality and the application of an instrument in a determined population also is going to perceive as behaves the instrument in environment that him implemented, for that, the instrument was submitted the validation of content and verified also its aplicability. **METHODS:** The instrument was previously validated by experts judges regarding its subject matter, and thereafter it was applied by registered nurses at the emergency room, adult intensive care unit, clinical and surgical emergency wards, during cardiac arrest events in order to evaluate its practical applicability. **RESULTS:** Data analysis has shown that there was no disagreement among judges regarding the instrument's intelligibility ($p=0,353$), objectivity ($p=0,333$) and organization ($p=0,107$). (Cochran's test). Fifty- four records of in-hospital CPR have been done, and the nurses were argued to evaluate the instrument's utility, praticity and objectivity, within more than 90% of positive answers. Informations concerning patient's identification (92,7%), CA characterization (72,18%), CPR maneuvers (81,75%), post-CPR procedures (89,58%), team of attendance (27,41%) and general annotations (7,41%), were possible to be retrieved form the applied instrument. **CONCLUSIONS:** It was concluded that an adapted instrument for recording in-hospital CPR procedures could be validated and easily applied by nurses in a teaching hospital. The utilization of this instrument would be able to stimulate to practical of records, news training, direct investments and adequate in-hospital CPR maneuvers in the units destined to take care of critical patients and contribute for the improvement during in-hospital cardiopulmonary resuscitation.

Key-words: Cardiac arrest – Nursing - cardiopulmonary resuscitation

1- INTRODUÇÃO

1.1- Considerações iniciais

Os profissionais da equipe de saúde que trabalham em hospitais, especialmente aqueles que atuam em áreas críticas, tais como: serviços de emergências, unidades de terapia intensiva, unidades coronarianas e salas cirúrgicas, vivenciam constantemente, problemas agudos com os pacientes. Esses problemas podem variar dentre as diversas condições que colocam em risco a vida de um indivíduo, muitas vezes evoluindo para uma situação crítica, a parada cardiorrespiratória (PCR).

A PCR constitui uma situação de emergência máxima para o paciente, exigindo dos profissionais de saúde início imediato das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCR) a fim de restaurar as atividades cardíacas e cerebrais do paciente, preservando a vida e limitando o sofrimento e as seqüelas das vítimas (TIMMERMAN et al., 1998; ARAÚJO et al., 2001a ; ARAÚJO et al., 2001b).

Durante os últimos 50 anos, com a introdução das manobras de RCR, tem sido aprimorados e desenvolvidos princípios rigorosos padronizados de atendimento à parada cardiorrespiratória e emergências cardiovasculares através de inúmeras pesquisas realizadas por grandes centros entre os quais estão a Associação Americana de Cardiologia (American Heart Association – AHA), o Colégio Americano de Cirurgiões (American College of Surgeons), a Sociedade Americana de Anestesiologistas (American Society of Anesthesiologists), o Conselho Europeu de Ressuscitação (European Resuscitation Council) (CUMMINS et al., 1991; CUMMINS et al., 1997a , b).

Para os profissionais de saúde, o treinamento em RCR é recomendado para garantir o rápido diagnóstico dessas situações e o início imediato das manobras adequadas, bem como a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos de ressuscitação, que sempre devem estar preparados para o uso imediato, para que esse não seja um fator que interfira no sucesso da RCR (GRANITOFF, 1995; GARCIA-BARBERO e CARTULA-SUCH, 1999; UMMENHOFER et al., 2001; ARAÚJO et al., 2001b).

Nos Estados Unidos quase todas as instituições médicas e serviços de emergência treinam profissionais em programas de Suporte Básico de Vida (SBV ou BLS - Basic Life Support) e Suporte Avançado de Vida (SAV ou ACLS – Advanced Cardiac Life Support) abordando protocolos padronizados pelas diretrizes internacionais de ressuscitação. Os cursos de ACLS e BLS têm ampla divulgação, sendo ministrados nas próprias universidades, durante a formação dos profissionais. São oferecidos também por inúmeros centros de treinamentos espalhados por todo o país, que conferem certificados e os revalidam a cada dois anos (ANANTHARAMAN et al., 1992; MONTGOMERY, 1992; GUIDELINES, 2000).

Os cursos de BLS, destinado à população em geral e os de ACLS, destinado a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, podem ser considerados como treinamento formal, pois são cursos essencialmente práticos, que se utilizam de sofisticados manequins, monitores, desfibriladores e simuladores cardíacos, conseguindo com essa abordagem grande impacto na mudança de conduta dos profissionais (TIMMERMAN et al., 1998; LEAH e COATS, 1999; JORDAN e BRADLEY, 2000).

No entanto, esses cursos passaram a ser realizados no Brasil pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC/Funcor) desde 1996, após uma equipe de médicos e enfermeiros brasileiros ter sido enviada aos Estados Unidos, para realizarem o curso de instrutores de ACLS na Universidade de Miami. Esse grupo passou a contribuir para o avanço no atendimento das emergências cardiológicas em nosso país, iniciando o treinamento de profissionais de saúde brasileiros. Até hoje tais iniciativas são encontradas no Instituto do Coração (INCOR) por meio de uma Comissão Interna de Ressuscitação Cardiopulmonar que padronizou o atendimento da PCR de forma a minimizar a demora e perda das vítimas no ambiente intra-hospitalar. Essa padronização é denominada em centros médicos do mundo todo como Código Azul (TIMMERMAN et al., 1998; TIMMERMAN et al., 2004).

A Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) possui um grupo tarefa denominado Utstein que não mede esforços no desenvolvimento de documentos importantes para a elaboração de estratégias de ação frente a uma PCR. Em

1996, foi constituído oficialmente o Conselho Latino-Americano de Ressuscitação (CLAR), que é um órgão integrado ao ILCOR. Em 1998, esse órgão uniu esforços aos da Fundação Interamericana de Cardiologia (FIC) na área de emergências cardiovasculares e da RCR. Nos dias atuais o CLAR constitui o Comitê Científico da FIC que participa ativamente desde 1999 no processo de elaboração das diretrizes internacionais de ressuscitação e o aprimoramento de programas de treinamento (CUMMINS et al., 1991; CUMMINS et al., 1997 a, b; CHAMBERLAIN e HAZINSKI, 2003).

Um modelo para registrar a parada cardiorrespiratória surgiu em uma conferência em 1990, na antiga cidade de Utstein, na Ilha de Stavanger, na Noruega, onde ocorreu a participação de representantes da AHA, do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), a FIC, a Heart Stroke and Foundation of Canadá (HSFC), o Conselho Sul Africano de Ressuscitação e o Conselho Australiano de Ressuscitação (CUMMINS et al., 1991; CUMMINS et al., 1997 a, b; PARISH et al., 2000; WESTON, 2000; PEBERDY et al., 2003).

1.2- Considerações sobre os registros padronizados

Nessa ocasião existia uma preocupação com relação aos esforços de ressuscitação efetuados em muitos países e a falta de padronização de definições e metodologias uniformes sobre o assunto.

A partir de então, em muitos sistemas de saúde e emergência têm sido adotado as planilhas denominadas estilo Utstein para registrar os dados da RCR pré-hospitalar. Tal iniciativa propiciou também a padronização dos modelos internacionais para registrar os resultados da ressuscitação pediátrica e para ressuscitação experimental em laboratórios. Só então, esse processo de padronização prosseguiu com a inclusão do registro da ressuscitação intra-hospitalar do adulto, conforme os protocolos internacionais (ZARITSKY et al., 1995; IDRIS et al., 1996; CUMMINS et al., 1997 a, b; LOSSIUS et al., 2001; IDRIS et al., 2003).

O modelo Utstein também conhecido como Registro Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória permite documentar a parada cardiorrespiratória cujos dados abordam variáveis do ambiente intra-hospitalar, do paciente, da parada cardiorrespiratória e informações adicionais dos resultados.

As variáveis hospitalares do Modelo Utstein compreendem a data do evento, local (Unidade Coronariana - UCO, UTI, Enfermaria, PS, Centro Cirúrgico - CC, Ambulatório, Procedimentos, outros), PCR testemunhada (sim, não, desconhecida), monitorada (sim, não), procedimentos no momento da PCR (nenhum, acesso venoso, medicações IV, monitorização eletrocardiograma - ECG, intubação, ventilação mecânica, desfibrilação, cardioversor implantável, catéter intra arterial) (CUMMINS et al., 1997b).

Nas variáveis do paciente observa-se o registro do nome, data de nascimento, idade, sexo, peso e altura para menores de 18 anos, data de admissão e hipótese diagnóstica (CUMMINS et al., 1997b).

No conjunto de variáveis que dizem respeito à PCR apresenta-se os horários dos eventos (colapso, equipe RCR chamada, equipe da RCR chegada, parada confirmada, RCR iniciada, primeira desfibrilação, via aérea obtida, primeira dose de adrenalina; condição inicial (consciente, respirando, pulso); RCR terminada (hora); porque, RCE, morte, se circulação espontânea (hora), retorno da circulação espontânea (RCE) não sustentada (por quanto tempo); ritmo inicial (FV, TV, AESP, assistolia, bradicardia, ritmo com perfusão); assinalar se houve compressões torácicas, desfibrilação, via aérea; assinalar causa imediata (arritmia letal, hipotensão, depressão respiratória, metabólica, infarto agudo do miocárdio (IAM) ou isquemia, desconhecida, outra); quadro para anotações do tratamento durante a RCR com as seguintes colunas, horário, comentários, sinais vitais, ritmo, desfibrilação, medicações, dose, via (CUMMINS et al., 1997b).

As variáveis de seguimento também são contempladas com questões como “quando acordou”, seguimento no hospital (alta, hora, data), destino da alta, Glasgow, se morte no hospital (data, hora), se vivo após seis meses, após um ano, se morreu qual foi a causa (Insuficiência coronariana - ICO, trauma, Câncer, desconhecida), Código

Internacional de Doenças - CID 10, fonte de informações (prontuário, atestado, médico da família, autópsia, outro) (CUMMINS et al., 1997b).

O modelo Utstein possui ainda informações adicionais sobre quem realizou o atendimento da RCR (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, outros), número de médicos com ACLS, número de enfermeiros com ACLS, horário da intubação, outras tentativas de RCR em 24 horas, diagnóstico de internação, diagnóstico antes da PCR, nome do médico, qual curso realizou: ACLS, BLS, PALS, outros (CUMMINS et al., 1997b; STEWART e SHORT, 1999; SPEARPOINT et al., 2000; SIPRIA et al., 2000; SANGHAVI e SHELFER, 2002; SKRIFVARS et al., 2003).

O uso de um registro de RCR visa a comunicação escrita entre os membros da equipe, sendo ele um registro de saúde que pormenoriza as condições do paciente, os procedimentos e tratamentos recebidos, permitindo a realização de estudos de sobrevida e prognóstico de ressuscitação cardiorrespiratória (CUMMINS et al., 1997 a, b; PARISH et al., 2000; REWERS et al., 2000; SUOMINEN et al., 2000; EISENBERGER et al., 2001; NIEMAN e STRATTON, 2001; LOSSIUS et al., 2001; MASHIKO et al., 2002).

Assim, a comunicação entre os membros da equipe aumenta a coesão e melhora a qualidade e o desempenho dos atendimentos. Com o registro formal da ressuscitação cardiorrespiratória é possível discutir algumas características e condutas dos atendimentos a fim de melhorá-las. O registro dos dados é parte importante, pois estabelece uma comunicação entre a equipe de saúde oferecendo dados pertinentes, atuais e exatos sobre o paciente (CAPONE e CAPONE NETO, 1993; GRANITOFF, 1995; ARAÚJO e ARAÚJO, 2000; PITTMAN et al., 2001).

Alguns autores referem que a monitorização dos sinais vitais, exames laboratoriais e das alterações clínicas são indicadores de evolução para a parada cardiorrespiratória, havendo intervenções dos profissionais de saúde a fim de evitar tal complicação, pois, o paciente que necessita de ressuscitação pode apresentar outras patologias que influenciam ou não os resultados da RCR, variando conforme a gravidade e complexidade. É muito importante que os registros da PCR e RCR intra-hospitalar incluam dados das condições patológicas ou pré-existentes do paciente (GEORGE et al., 1989; DENTON e THOMAS, 1997; SMITH e WOOD, 1998; GOODLIN et al., 1999).

Vários são os fatores desencadeantes da PCR, principalmente em pacientes com diagnósticos primários cardíacos e respiratórios, mas também com distúrbios metabólicos, hipotensão, choque, hipertensão, falência renal devendo ser registrados na ocorrência de parada cardiorrespiratória (SMITH e WOOD, 1998; GUIMARÃES et al., 2001; SANDRONI et al., 2003).

A PCR é uma situação estressante que envolve muita confusão, por ser uma corrida contra a morte. Frequentemente, perde-se o controle sobre o que foi feito na RCR, como a administração de fármacos, os ritmos cardíacos apresentados, a seqüência de procedimentos e a cronologia de eventos, daí a importância de um instrumento específico para o registro da PCR (CAPONE e CAPONE NETO, 1993; COOPER e WAKELAM, 1999; ARAÚJO e ARAÚJO, 2000; SILVA e GRANITOFF, 2003).

As manobras que visam a reversão da PCR têm indicações e contra-indicações específicas que devem ser registradas. As decisões devem ser tomadas pela equipe médica, pacientes e familiares baseados em conhecimentos científicos, preceitos éticos, morais, legais e muitas vezes até por convicções religiosas e experiências pessoais. É considerado ético e deve ser encorajado o hábito de deixar por escrito em prontuário as ordens de não reanimar (SERRANO JR et al., 2000).

O registro das manobras de RCR são exigidos por lei, dos profissionais médicos e enfermeiros através de regulamentações dos atendimentos de urgência e emergência dos respectivos órgãos de classe e do Ministério da Saúde como a Decisão do COREN-SP DIR/01/2000, Resolução COFEN nº. 225/2000, Portaria nº. 2048/GM, definindo que todos os procedimentos devem ser documentados através de registros dos profissionais responsáveis pelos atendimentos (COFEN, 2000; COREN, 2003; BRASIL, 2003).

Pesquisas têm demonstrado que o registro do atendimento da RCR garante a qualidade da assistência já que eles contribuem para o desenvolvimento de novas técnicas, permite que vários estudos sejam feitos e com isso o aprimoramento constante das equipes de ressuscitação (HENDERSON e BALLESTEROS, 2001; SANGHAVI e SHELFER, 2002; SKRIFVARS et al., 2003). Cada membro da equipe de ressuscitação contribui fazendo suas anotações.

Em geral cada hospital ou instituição de assistência à saúde desenvolve vários modelos de registros para satisfazerem as próprias necessidades, segundo SALZANO (1983). Iniciativas para o registro da PCR e da RCR podem ser encontradas em estudos como o de LANE (1974), CAPONE e CAPONE NETO (1993), bem como o instrumento elaborado por ARAÚJO e ARAÚJO (2000) (ANEXO I) denominado “Relatório de Atendimento de PCR/RCR” que possui variáveis de identificação do paciente, da PCR, da RCR, pós-RCR e da equipe de atendimento.

As variáveis do paciente, compreendem o nome, data, unidade de internação, idade, sexo, registro hospitalar e diagnóstico médico. No conjunto de variáveis da PCR e da RCR tem-se: PCR diagnosticada por, RCR(início e término), PCR (fibrilação ventricular - FV, taquicardia ventricular sem pulso - TVSP, Assistolia, atividade elétrica sem pulso - AESP), intubado, traqueostomia, respirador, via de administração de drogas (endobrônquica, intracardíaca, intraóssea, venosa periférica e central), terapêutica farmacológica, hora, dose (adrenalina, atropina, noradrenalina, atropina, cálcio, lidocaína, bicarbonato de sódio), terapêutica elétrica, hora, desfibrilação, ECG, ritmo (ARAÚJO e ARAÚJO, 2000).

No conjunto de dados da equipe que participou do atendimento tem-se o médico coordenador, responsável pela ventilação - VPPI, responsável pelas compressões torácicas externa - CTE, responsável pela medicação, enfermeiro e anotações. No quadro pós-RCR os dados são óbito (sim e não), pupilas (mióticas, midriáticas, fotorreagentes, não fotorreagentes), consciente (sim e não), sinais vitais (pressão arterial - PA, frequência cardíaca - FC, temperatura - T, frequência respiratória - R), assinatura do enfermeiro (ARAÚJO e ARAÚJO, 2000).

1.3- Justificativa

Com a finalidade de contribuir para melhor documentar e assim conhecer a realidade dos atendimentos da PCR e da RCR nas instituições hospitalares, o instrumento de ARAÚJO e ARAÚJO (2000) foi adaptado com vistas a incentivar a prática dos registros de ressuscitação no ambiente intra-hospitalar, entre os profissionais de saúde.

Sabe-se que na prática os registros de ressuscitação não são feitos, e quando o são relatam apenas se o paciente foi a óbito ou não, raríssimos são os relatos de manobras de ressuscitação. Se forem analisados os prontuários médicos de pacientes hospitalizados que apresentaram parada cardiorrespiratória, possivelmente haverá dificuldades na realização de estudos retrospectivos de ressuscitação cardiorrespiratória, pela impossibilidade de coletar dados que poderiam colaborar no aprimoramento e na avaliação da atuação da equipe, como também, de estudos de sobrevida e prognóstico em ressuscitação cardiorrespiratória diante da escassez de dados que são registrados.

O instrumento foi desenvolvido para utilização no ambiente intra-hospitalar e adaptado para o registro desses atendimentos em um hospital universitário, a fim de que os profissionais possam conhecer, planejar e aprimorar-se para os atendimentos da PCR e da RCR, bem como difundir essa prática no ensino das situações de emergência dos cursos de graduação, por se tratar de uma instituição de ensino.

A validação de um instrumento é etapa de fundamental importância antes da sua utilização pois verifica a qualidade dos dados. Sua aplicação em uma determinada população também permite perceber como se comporta o instrumento no ambiente em que se pretende implementá-lo, para isso, o instrumento adaptado foi submetido a validação de conteúdo e verificada também sua aplicabilidade.

Optou-se por não utilizar o modelo denominado Utstein devido a sua complexidade no preenchimento o qual exige desde os dados do atendimento pré-hospitalar até dados minuciosos dos horários das realizações das manobras de ressuscitação. Relatos do estudo SANTOS (2004) e GUIMARÃES (2001) nas tentativas de utilização do instrumento no país, sugeriram que o instrumento é trabalhoso por solicitar dados também de sobrevida e prognóstico a longo prazo.

Dessa forma a utilização deste instrumento que apresenta menor complexidade poderia estimular a prática de registros do atendimento da PCR / RCR, orientar novos treinamentos, bem como, direcionar investimentos em recursos físicos e materiais adequados para as unidades destinadas ao cuidado de pacientes críticos e contribuir para a melhoria dos atendimentos.

2- OBJETIVOS

GERAL

Verificar a validade de conteúdo e a aplicabilidade do instrumento “Registro do Atendimento da PCR / RCR” adaptado do modelo proposto por ARAÚJO E ARAÚJO (2000).

ESPECÍFICOS

Verificar o nível de concordância dos juízes quanto a adequação do conteúdo dos itens do instrumento.

Avaliar a aplicabilidade do instrumento, por meio da análise de registros da PCR e da RCR, efetuadas por enfermeiros.

Verificar a opinião dos enfermeiros quanto a aplicabilidade do instrumento após a experiência de sua utilização.

3- SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 – Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital universitário no município de Campinas, nas unidades em que as situações de emergência máxima, como a parada cardiorrespiratória, foram consideradas mais iminentes, sendo elas Pronto Socorro (PS), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Enfermaria de Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma (EC/CT) e Enfermaria de Cardiologia, Cirurgia Cardíaca e Transplante Cardíaco (Cardiologia) e Moléstias Infecciosas (MI).

As unidades estudadas apresentam as seguintes características: o Pronto Socorro com média de 350 atendimentos por dia, sendo uma unidade de emergência referenciada desde janeiro de 2004, possui em seu quadro de funcionários um diretor de enfermagem, quatro supervisores, 19 enfermeiros e 61 auxiliares e técnicos de enfermagem. O local destina-se aos atendimentos de urgências e emergências clínicas e cirúrgicas das diversas especialidades. Na Unidade de Terapia intensiva há 18 leitos, sendo cinco para pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias eletivas, oito leitos de UTI geral para atender pacientes transferidos de outras unidades incluindo outras instituições, e cinco leitos na Unidade Coronariana para pacientes com afecções cardiovasculares. O quadro de funcionários desta unidade é constituído por um diretor de enfermagem, três supervisores, 31 enfermeiros, 39 técnicos e nove auxiliares de enfermagem.

A unidade de internação de Emergência Clínica possui 14 leitos, sendo seis para pacientes com cuidados intensivos e oito para cuidados semi-intensivos. A Cirurgia do Trauma responsável pelo atendimento aos pacientes com patologias cirúrgicas de urgência, tanto traumáticas quanto não-traumáticas, possui quatro leitos para pacientes em cuidados intensivos e 12 em cuidados semi-intensivos. O quadro de funcionários compreende um diretor, três supervisores, 24 enfermeiros e 64 funcionários entre técnicos e auxiliares de enfermagem.

A unidade de Cardiologia, Cirurgia Cardíaca e Transplante Cardíaco possui 18 leitos e seu quadro de funcionários é composto por uma diretora, quatro supervisores, 12 enfermeiros e 54 auxiliares e técnicos de enfermagem, esses funcionários também atuam na unidade de Pneumologia com 18 leitos que não foram incluídos neste estudo. Essa unidade

recebe os pacientes submetidos as cirurgias cardíacas eletivas e de urgência, bem como pacientes com patologias cirúrgicas congênitas e adquiridas como valvopatias, coronariopatias, doenças da aorta, distúrbios de condução (marcapassos) e também submetidos a transplantes cardíacos. Também fez parte do estudo a unidade de internação destinada ao tratamento de moléstias infecciosas tendo em seu quadro de funcionários nove enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem para 10 leitos.

3.2 – Delineamento do estudo

O estudo é do tipo descritivo, sem intervenções diretas com o paciente. Foi dividido em duas etapas: 1^a. ETAPA – elaboração das adaptações do instrumento proposto por ARAÚJO e ARAÚJO (2000) e dos instrumentos de avaliação dos juízes e dos enfermeiros; avaliação do instrumento por juízes e realização do pré-teste e a 2^a. ETAPA – aplicabilidade e avaliação do instrumento pelos enfermeiros das cinco unidades hospitalares (PS, UTI, EC/ CT, MI , Cardio).

3.3. - Sujeitos

A população na primeira etapa foi constituída por seis juízes, sendo dois enfermeiros docentes de universidades publicas estadual e federal do estado de São Paulo, dois enfermeiros assistenciais sendo um de hospital público e outro de privado, do município de Campinas e, dois médicos docentes de universidades pública estadual e outro de privada do município de Campinas, todos com amplo conhecimento no assunto para verificação quanto: a clareza, objetividade e organização dos ítems na forma de apresentação do instrumento, concordando ou não com a retirada, acréscimo ou modificações. Concomitantemente foi realizado um pré-teste, que após a realização deste, somado às sugestões dos juízes obteve-se assim uma versão final do instrumento que passou por um segundo pré-teste visando avaliar as modificações sugeridas.

Na segunda etapa do estudo a população foi constituída por enfermeiros lotados nas unidades mencionadas anteriormente, que abrangem um número aproximado de 95 enfermeiros assistenciais nos três turnos de trabalho.

Foram excluídos do estudo seis profissionais que estavam em licença médica ou em período de férias, durante o treinamento para explicação do preenchimento do instrumento e, os que não concordaram em participar da pesquisa, totalizando 89 enfermeiros orientados e que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

3.4 – Desenvolvimento dos instrumentos

Foram utilizados quatro instrumentos: o Registro de Atendimento da PCR/RCR nas duas versões (APÊNDICE I e II); um roteiro de preenchimento (APÊNDICE III) para o instrumento do Registro de Atendimento da PCR/RCR; o instrumento de Avaliação dos juízes (APÊNDICE IV) e o instrumento de Avaliação dos enfermeiros (APÊNDICE V).

3.4.1 – Elaboração do instrumento “Registro do Atendimento da PCR/RCR”

O instrumento Relatório de atendimento da PCR/RCR previamente elaborado por ARAÚJO e ARAÚJO (2000) (ANEXO I) compõe-se de variáveis do estudo em relação ao atendimento da PCR no ambiente intra-hospitalar. Com a anuência dos autores o instrumento foi submetido a adaptações nas quais foram acrescentados e modificados alguns ítems considerados relevantes para o estudo.

As adaptações foram feitas com relação a formatação, acréscimo e retirada de alguns ítems da versão original, sendo elas: nos ítems de identificação do paciente foram acrescentados “ clínica responsável” e “ causas da PCR”; no quadro da terapêutica farmacológica adicionou-se os ítems “ hora” e “dose” a cada fármaco listado; no quadro pós-RCR foi retirado “ nível de consciencia (sim/ não)” e acrescentado a opção “ hora” no item “óbito”.

Na formatação do instrumento os quadros foram grifados separadamente a fim de destacá-los quanto aos grupos de ítems relacionados aos dados de identificação do paciente, da PCR e da RCR, terapêutica farmacológica e elétrica, dados da equipe de atendimento e os dados pós-RCR, sendo acrescentado no verso do instrumento um quadro de anotações relacionadas ao atendimento da PCR/ RCR.

Após a adaptação o instrumento e seu respectivo roteiro de preenchimento foram encaminhados para apreciação de juízes, sendo que eles utilizaram um instrumento de avaliação.

3.4.2 –Elaboração do instrumento “Roteiro de preenchimento para o Registro do Atendimento da PCR/ RCR”

Elaborou-se um roteiro de preenchimento com a finalidade de explicar todos os ítems do instrumento “Registro do atendimento da PCR/RCR” seguindo a sequência dos conjuntos de dados apresentados (APÊNDICE III).

3.4.3 – Elaboração do instrumento “Avaliação dos Juízes”

Para que o “Registro de Atendimento da PCR/RCR” e o roteiro de preenchimento fossem analisados pelos juízes, elaborou-se um instrumento de avaliação (APÊNDICE IV) contendo um quadro de respostas dicotômicas “sim” e “não” dos ítems referentes à clareza, objetividade e organização do instrumento. Permitindo também comentários e sugestões quanto aos ítems necessários, porém, ausentes no instrumento e ítems desnecessários.

3.4.4 – Reestruturação do Registro de Atendimento da PCR/RCR

Concomitante à avaliação dos juízes, do instrumento adaptado de ARAÚJO e ARAÚJO (2000), foi realizado um pré-teste. Com o retorno das avaliações dos juízes e do pré-teste o instrumento foi submetido a uma nova adaptação (APÊNDICE II) ficando, após

as alterações com uma composição de seis conjuntos de dados, divididos em itens e subitens, a saber:

- 1- Dados do paciente: nome, registro hospitalar, idade, sexo, hipótese diagnóstica principal, unidade de internação, leito, clínica responsável e data de admissão hospitalar.
- 2- Dados da parada cardiorrespiratória: horário, data, prováveis causas, profissional que identificou a PCR, padrão eletrocardiográfico da PCR e condições da via respiratória no momento da PCR.
- 3- Dados da ressuscitação cardiorrespiratória: horário de início e término das manobras de RCR, modo de ventilação na RCR, vias de administração de fármacos, realização da desfibrilação, utilização de marcapasso automático externo, terapêutica farmacológica especificando dose, horário e ritmo cardíaco apresentado durante a administração dos fármacos, terapêutica elétrica especificando horário, ritmo pré-choque, valor da carga do choque aplicado, em *joules*, e o traçado eletrocardiográfico pós-choque.
- 4 - Dados pós-ressuscitação cardiorrespiratória: óbito, eletrocardiograma se retorno da circulação espontânea (RCE), horário da RCE, sinais vitais, a utilização de ventilação mecânica, sedação e fármacos vasoativos.
- 5- Dados da equipe de atendimento: nome e função dos profissionais que participaram do atendimento.
- 6 - Anotações: destinado aos registros de dados relacionados a procedimentos que possam ter sido realizados durante a RCR e que não estejam contemplados no instrumento, ou quaisquer outros dados relevantes.

3.4.5 – Elaboração do instrumento “Avaliação da Aplicabilidade do ‘Registro de Atendimento da PCR/RCR’ pelos enfermeiros”

Os enfermeiros fizeram uso do instrumento de avaliação (APÊNDICE V) após o preenchimento do “Registro de Atendimento da PCR/RCR” para a análise quanto a praticidade, objetividade e utilidade, assinalando as alternativas “sim” e “não”. Foi verificado também tempo de preenchimento do instrumento e a presença de treinamento formal em ressuscitação cardiorrespiratória tendo as possibilidades de assinalar “ACLS”, “BLS”, “Advanced Trauma Life Support - ATLS” e “não possuiu treinamento formal” .

Constou de questionamentos relacionados às vantagens e desvantagens, facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento, além de poderem opinar sobre os itens necessários, porém, ausentes no instrumento, itens desnecessários, comentários e sugestões.

3.5 - Validade do instrumento

Validação é um procedimento metodológico, pelo qual é avaliada a qualidade de um instrumento. Divide-se em três aspectos: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo (POLIT e HUNGLER, 1995; PERROCA e GAIDZINSKI, 2003).

Neste estudo foi utilizada apenas a validação de conteúdo, que se trata de uma avaliação detalhada do conteúdo do instrumento, com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto que se deseja medir. Esta avaliação pode ser realizada por peritos no assunto, que irão sugerir quanto a retirada, acréscimo ou modificação dos itens (POLIT e HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD e HABER,1998).

3.5.1 – Apreciação dos instrumentos pelos juízes

No presente estudo, para a validação de conteúdo, o instrumento foi submetido à apreciação de seis juízes especialistas, com experiência na área. O instrumento foi apresentado pessoalmente pela pesquisadora a cada um dos avaliadores, estes foram devidamente instruídos. Após a elucidação do objetivo do estudo foi solicitado que os juízes analisassem quanto a objetividade, clareza e organização do instrumento e elaborassem sugestões.

O instrumento foi novamente reestruturado segundo as críticas e sugestões manifestadas por eles e aceitas pela pesquisadora. Após esta reestruturação foi realizado novamente um teste- piloto pela pesquisadora.

3.5.2 – Pré-Teste

O pré-teste faz-se necessário quando um esboço do instrumento está pronto, devendo ser feito antes de iniciar o estudo principal, permitindo que os problemas sejam identificados em um estágio inicial e alterados antes de se iniciar o estudo principal (POLIT e HUNGLER, 1995).

O estudo piloto foi realizado pela pesquisadora em uma unidade de emergência de um hospital privado do município de Campinas, tendo preenchido um total de dez registros de atendimento da parada cardiorrespiratória, imediatamente após ocorrida a ressuscitação cardiorrespiratória.

Foram realizadas as modificações necessárias quando estas coincidiam com aquelas apontadas pelos juízes.

3.6 –Aplicabilidade do instrumento

Os enfermeiros, sujeitos do estudo, foram abordados individualmente pela pesquisadora a fim de serem orientados quanto ao preenchimento do instrumento de atendimento da PCR/RCR, ficando de posse de um roteiro de preenchimento minucioso dos itens. A seguir, foram orientados quanto aos aspectos éticos do estudo e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE VI).

Os sujeitos que concordaram em participar do estudo foram orientados a preencher o instrumento de “Registro de Atendimento da PCR/RCR” imediatamente após a RCR desde que tivessem atuado no atendimento.

Ficou facultado o preenchimento de um segundo impresso de avaliação caso o profissional manifestasse a necessidade de fazê-lo, nesse caso para a análise foi considerado o segundo instrumento de avaliação preenchido.

Ao sujeito participante do estudo caberia o preenchimento de apenas um único instrumento de registro da PCR/RCR, sendo desconsiderado os demais preenchidos uma vez que os instrumentos subseqüentes poderiam estar melhor preenchidos do que o inicial, o que poderia deferir de outros participantes que apresentassem o preenchimento único.

3.6.1- Critérios de Análise do preenchimento dos registros da PCR/RCR.

Os instrumentos preenchidos foram analisados por conjuntos de dados presentes em cada item. E o total de subitens, de cada conjunto de dados resultou na média de preenchimento dos mesmos, ou seja, os dados de identificação do paciente, da PCR, da RCR, da terapêutica farmacológica na RCR, da terapêutica elétrica na RCR, pós-RCR se houve o óbito ou pós-RCR se houve a RCE, da equipe de atendimento e das anotações. Esta medida foi estabelecida pela pesquisadora para se obter a pontuação total do conjunto de dados preenchidos e também, seria considerado um bom resultado as médias de preenchimento acima de 70%.

Foram considerados como preenchimento incorreto quando os dados não foram preenchidos ou se foram preenchidos mas estavam incorretos ou incompletos conforme o estabelecido no roteiro de preenchimento (APÊNDICE III).

Para melhor entendimento foi elaborado uma tabela destacando o total de itens e subitens contidos em cada conjunto de dados do instrumento e atribuído um valor em percentual para os números de itens preenchidos (APÊNDICE VII).

3.7- Avaliação do instrumento

Após preencher o instrumento de registro os enfermeiros realizaram a avaliação do mesmo quanto a praticidade, objetividade e utilidade em um impresso próprio denominado “Avaliação do instrumento de registro da PCR/RCR” (APÊNDICE V).

A pesquisadora realizou três visitas semanais nas unidades em estudo a fim de recolher os instrumentos e as avaliações preenchidas durante a coleta. Em cada unidade participante permaneceu uma pasta contendo todos os impressos do estudo.

3.8 –Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP sob nº 260/2003, homologado na reunião ordinária do CEP/FCM em 15/07/2003 (ANEXO II)

Diante do exposto e conforme é explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice VI) não houve risco ou prejuízo para os participantes do estudo, tendo em vista que os sujeitos apenas fizeram os registros dos atendimentos da PCR após o término dos atendimentos.

3.9– Tratamento e análise estatística dos dados

A análise dos dados consistiu em duas etapas: a primeira etapa correspondeu aos dados da avaliação dos instrumentos e do roteiro de preenchimento realizada pelos juízes. A segunda etapa correspondeu ao levantamento das manifestações dos enfermeiros expressas no impresso de avaliação sobre a execução dos registros e, também, pela análise do conteúdo das anotações no instrumento de “Registro do Atendimento PCR/RCR” dos enfermeiros.

Os dados obtidos foram transferidos para uma planilha e tabulados com o auxílio do programa *Microsoft Excel*® e analisados sob a orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Para a análise da primeira etapa, que se refere à validação de conteúdo do instrumento realizada pelos juízes, foi utilizado o *Teste de Cochran*, visando analisar a concordância entre as respostas dos juízes, considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Na segunda etapa, referente à aplicabilidade do instrumento, foram tabulados os dados das avaliações do instrumento de registro da PCR/RCR, bem como o seu conteúdo registrado pelos enfermeiros. Não foi possível a aplicação de um teste estatístico para análise de concordância entre os enfermeiros, pois, tratava-se de 54 sujeitos, optando-se então para a análise descritiva dos dados.

Foi possível a comparação das variáveis, “tipo de treinamento formal” com a “porcentagem de preenchimento total” do instrumento utilizando-se o *teste não - paramétrico de Mann-Whitney*.

Os programas computacionais utilizados para tratamento estatístico dos dados foram The SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 8.02 (SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA).

4- RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em tabelas e figuras, analisados por cálculos percentuais e de métodos estatísticos.

4.1– Análise dos juízes- Validação de Conteúdo

Para a análise de concordância das respostas dos juízes foi utilizado o teste de Cochran; observou-se que não houve discordância significativa na avaliação do instrumento quanto à clareza ($p=0,353$), objetividade ($p=0,333$) e organização ($p=0,107$) dos dados. Sendo considerado o nível de significância de 5% ($p<0,05$).

Nas figuras 1, 2 e 3 estão apresentadas as porcentagens das respostas dos juízes, em relação à organização, objetividade e clareza do instrumento, respectivamente.

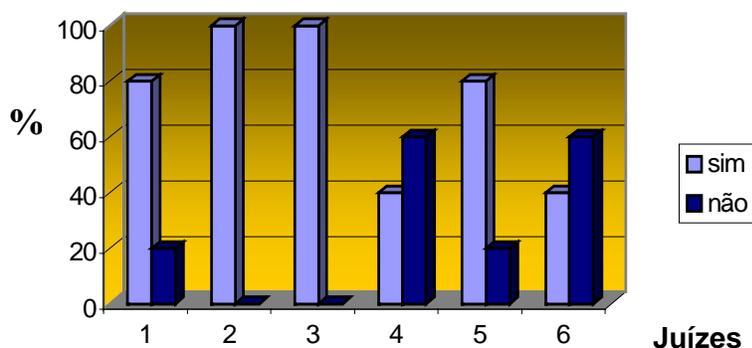


Figura 1 – Distribuição das respostas dos juízes quanto a organização do instrumento. Campinas, 2004.

A figura 1, apresenta os resultados das avaliações dos juízes em relação à organização do instrumento. As respostas negativas do juiz 1 referem-se aos dados da PCR; o juiz 4 apontou falta de organização nos dados da PCR, RCR e no quadro pós-RCR; o juiz 5 respondeu negativamente ao quadro pós-RCR; já o juiz 6 não concordou com a organização dos dados do paciente, PCR e da RCR. No entanto, apesar dessas respostas negativas dos juízes 1, 4, 5 e 6, não ocorreu discordância significativa ($p= 0,107$).

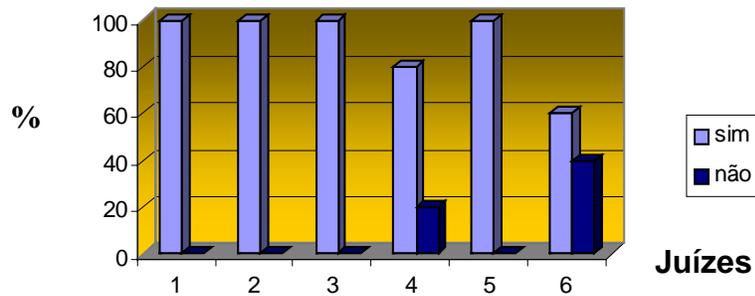


Figura 2 – Distribuição das respostas dos juízes quanto a objetividade do instrumento. Campinas, 2004.

A figura 2, apresenta os resultados das avaliações dos juízes em relação à objetividade do instrumento. As respostas negativas do juiz 4 referiam-se à falta de objetividade nos dados pós-RCR e do juiz 6 aos dados da PCR e quadro pós-RCR, não ocorrendo discordância significativa ($p=0,333$).

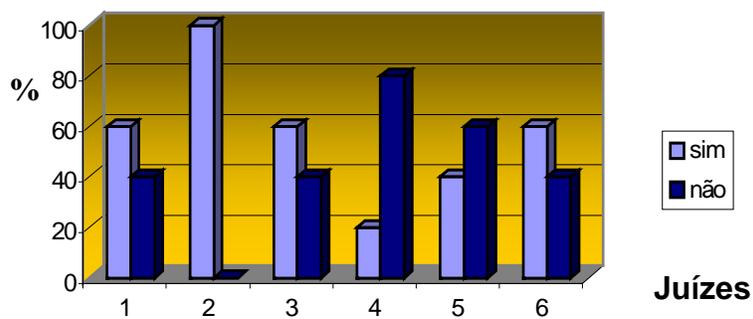


Figura 3 – Distribuição das respostas dos juízes quanto à clareza do instrumento. Campinas 2004.

Na figura 3, encontram-se os resultados das avaliações dos juízes em relação à clareza do instrumento. O juiz 1 assinalou que os dados do paciente e da RCR não aparecem de forma clara no instrumento; o juiz 3 respondeu negativamente os dados da PCR e da equipe de atendimento; o juiz 4 julgou falta de clareza em todos os grupos de dados exceto naqueles referentes a equipe de atendimento; o juiz 5 apontou os dados do paciente, da equipe de atendimento e pós-RCR e o juiz 6 não considerou clareza nos dados da PCR e no quadro pós-RCR, não havendo diferença estatisticamente significativa ($p=0,353$).

Assim, após a avaliação dos juízes, o instrumento foi dividido em cinco grupos de dados sendo eles: dados do paciente; da parada cardiorrespiratória; da ressuscitação cardiorrespiratória; dados pós-ressuscitação e dados da equipe de atendimento. Em todos os grupos de dados houve sugestões de reformulações. O instrumento foi adaptado e corrigido segundo as críticas e as sugestões recebidas.

Nas avaliações dos juízes os dados referentes ao paciente obteve considerações a respeito da organização e disposição deles no instrumento. Dois juízes sugeriram que seria melhor organizá-los acrescentando a “data de admissão hospitalar”, o número do “leito”, e quatro juízes solicitaram a retirada da “data da PCR”, “horário da PCR”, “prováveis causas da PCR” e “profissional que identificou a PCR” do grupo de dados do paciente e colocá-los no conjunto de dados referentes a parada cardiorrespiratória, tais sugestões foram acatadas por possibilitar uma melhor organização do instrumento.

No grupo de dados relacionados à PCR, dois juízes sugeriram dar títulos como “padrão eletrocardiográfico da PCR” e “condições da via respiratória no momento da PCR”, essas sugestões compõem o quadro da PCR juntamente com os subitens “data da PCR”, “horário da PCR”, “profissional que identificou a PCR” e “prováveis causas da PCR”.

Já nos itens relacionados à RCR todos os juízes sugeriram aumentar os espaços para anotações da terapêutica farmacológica, dois sugeriram acrescentar também o subitem “ritmo” na terapêutica farmacológica, outros dois juízes sugeriram retirar os fármacos bicarbonato de sódio e lidocaína, deixando apenas adrenalina, atropina e amiodarona e

acrescentar outros fármacos como a procainamida, noradrenalina, vasopressina e gluconato de cálcio. Parte dessas sugestões foram incorporadas ao instrumento sendo otimizado os espaços da terapêutica farmacológica mantendo apenas adrenalina, atropina e amiodarona, com mais três espaços em branco para anotações de outros fármacos.

Ainda no conjunto de dados da RCR, três juízes sugeriram acrescentar a opção de uso da “desfibrilação (sim/não)” e de “marcapasso automático externo (sim/não)”. Foi também acrescido nesse quadro de dados o item “duração da RCR” que foi retirado dos dados da PCR, por sugestão de dois juízes.

Com relação aos dados da terapêutica elétrica quatro juízes relataram o acréscimo de uma coluna para anotações do “ritmo pré” e “pós-choque”, as sugestões foram incorporadas pois complementam esses dados.

Dois juízes sugeriram o acréscimo de um quadro denominado modo de ventilação na RCR permitindo anotar os itens “ventilação mecânica”, “ressuscitador manual por máscara ou tubo orotraqueal”, sugestões que foram incorporadas por melhor expressar os métodos de ventilação utilizados durante a RCR.

No grupo de dados pós-RCR foi sugerida por cinco juízes a retirada do ítem avaliação pupilar. Desses, quatro sugeriram acréscimo de itens como o uso de “sedação”, “ventilação mecânica”, “fármacos vasoativos”, “traçado eletrocardiográfico”, outros dois juízes sugeriram acréscimo de itens como “reflexo fotomotor” e “perfusão periférica”, bem como a mudança do título de “quadro pós-PCR” para “quadro pós-RCR ao final da primeira hora do atendimento”, as sugestões incorporadas foram colocadas em um quadro no verso do instrumento para melhor distribuição dos espaços de preenchimento sendo elas: “sedação”, “ventilação mecânica”, “eletrocardiograma”, “fármacos vasoativos” somados aos dados já existentes previamente o controle dos sinais vitais de 15 em 15 minutos, na primeira hora após retorno da circulação espontânea, sugerido por um dos juízes.

Quanto aos dados relacionados à equipe de atendimento foi sugerido acréscimo do nome e função de quem participou do atendimento, bem como a substituição das siglas “VPPI” por “ventilação” e “CTE” por “compressões torácicas externa”, para melhor clareza de quem vai preencher o instrumento, por três juízes.

O quadro de anotações foi reduzido, em detrimento da introdução dos ítems mencionados acima, sendo destinado a anotação de outros dados relacionados a procedimentos eventualmente não contemplados no instrumento, porém, realizados durante a RCR.

4.2–Pré-Teste

No pré-teste realizado pela pesquisadora foi detectado que a organização dos dados do paciente e da PCR ainda não estavam adequados, durante o preenchimento. O espaço para anotação da terapêutica farmacológica estava reduzido e não havia espaço para o registro do ritmo cardíaco durante a terapêutica elétrica.

4.3 – Aplicabilidade do instrumento

Dos 95 profissionais que compuseram a população total do estudo, obteve-se uma amostra de 89 (93,68%) enfermeiros que concordaram em participar do estudo. Destes foram devolvidos 69 instrumentos, e como foi considerado apenas o primeiro instrumento preenchido por cada enfermeiro obteve-se então 54 (60,67%) instrumentos que corresponde ao total da amostra para avaliar a aplicabilidade do instrumento.

No Pronto Socorro 14 profissionais preencheram mais de um instrumento, sendo que um desses preencheu três e outros 13 enfermeiros preencheram dois instrumentos cada um, totalizando 15 instrumentos do Registro de atendimento da PCR/RCR que foram excluídos e, considerados apenas o primeiro instrumento preenchido por cada um deles. Restando o total de 54 instrumentos incluindo todas as unidades em que os dados foram coletados.

Dos seis enfermeiros (6,31%) que não participaram do estudo cinco não concordaram em participar e um profissional estava em licença maternidade, no período da coleta de dados.

TABELA 1 – Distribuição do número e percentuais de enfermeiros que participaram do estudo em relação ao turno de trabalho. Campinas, 2004.

UNIDADES	Enfermeiros que participaram do estudo				
	n	n	n	n	%
	Manhã	Tarde	Noite	TOTAL	
PS	4	5	10	19	21,34
UTI	8	6	14	28	31,46
EC/CT	6	6	12	24	26,96
CARDIO	2	2	6	10	11,23
MI	2	2	4	8	8,98
TOTAL	22 (24,71%)	21 (34,83%)	46 (51,68%)	89	(100%)

TABELA 2 – Distribuição do número de instrumentos preenchidos e devolvidos por turno de trabalho. Campinas, 2004.

UNIDADES	Instrumentos preenchidos			
	n	n	N	n %
	Manhã	Tarde	Noite	TOTAL
PS	6	9	19	34
UTI	2	4	6	12
EC/CT	0	2	11	13
CARDIO	2	1	3	6
MI	1	1	2	4
TOTAL	11	16	41	69 (77,52%)

4.3.1– Análise do preenchimento

Foram considerados para análise 54 registros de atendimento da PCR/RCR, já que os instrumentos excluídos foram os que não se tratavam do primeiro instrumento preenchido.

Na análise do preenchimento, obteve-se as médias percentuais de preenchimento por grupos de dados, conforme pode ser observado na figura 4.

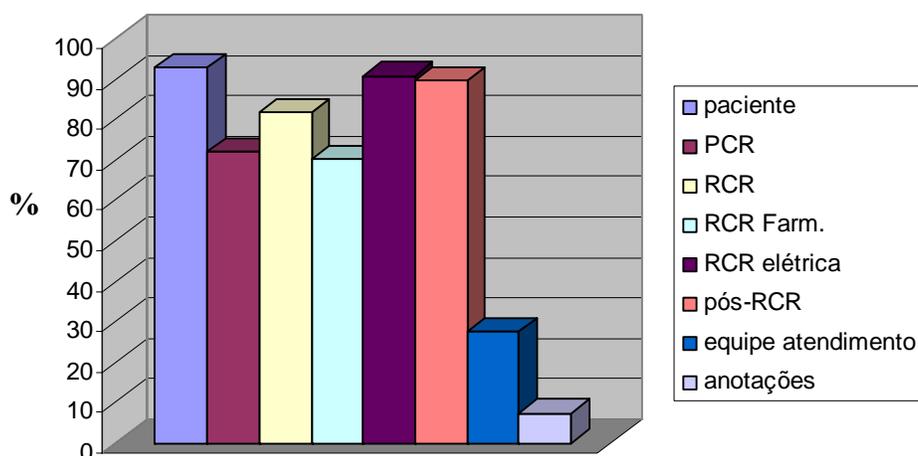


FIGURA 4 - Distribuição da porcentagem de preenchimento, pelos enfermeiros, de cada conjunto de dados contidos no instrumento. Campinas , 2004.

A média de preenchimento dos dados de identificação do paciente foi de 92,8%, sendo que 33 (61,1%) enfermeiros preencheram todos os dados corretamente, 11 (20,37%) não efetuaram o preenchimento de apenas dois subitens, nove(16,67%) profissionais deixaram de preencher apenas um subitem do grupo de dados e somente um enfermeiro deixou de preencher quatro subitens no mesmo instrumento. Na tabela 3 pode ser observado as frequências relativa e absoluta dos subitens que não foram preenchidos.

TABELA 3 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados de identificação do paciente. Campinas, 2004.

SUBITENS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DE NÃO PREENCHIMENTO (%)
Paciente	0	0
Registro Hospitalar	0	0
Hipótese Diagnóstica	6	11,11
Idade	0	0
Sexo	0	0
Clínica Responsável	1	1,85
Unidade de Internação	1	1,85
Data de Admissão	14	25,92
Leito	13	24,07

Na avaliação dos seis subitens do conjunto de dados referentes à PCR obteve-se uma média de preenchimento de 72,2%. Sendo que 21(38,9%) profissionais teve apenas um subitem incompleto e também, 21(38,9%) enfermeiros apresentaram apenas duas falhas no preenchimento dos dados da PCR, três subitens não foram preenchidos no instrumento de nove (16,67%) enfermeiros, podendo ser observado na tabela 4, a frequência dos subitens que não foram preenchidos.

TABELA 4 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da PCR. Campinas, 2004.

SUBITENS DA PCR	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DE NÃO PREENCHIMENTO (%)
Data da PCR	0	0
Horário da PCR	6	11,11
Profissional que identificou a PCR	32	59,26
Prováveis causas da PCR	38	70,37
Padrão eletrocardiográfico da PCR	3	5,55
Condições das vias respiratórias no momento da PCR	9	16,66

Os dados da RCR totalizaram seis subitens iniciais, mais três subitens relacionados à terapêutica farmacológica na RCR e, mais os quatro subitens relativos à terapêutica elétrica. Obtendo a média de preenchimento dos seis subitens iniciais da RCR de 81,8% conforme pode ser observado na figura 4.

Sendo que em 15 (27,8%) registros houve 100% dos subitens preenchidos, em 20 (37%) instrumentos obteve-se dois itens que não foram preenchidos. Na tabela 5 encontram-se detalhados os subitens que não foram preenchidos.

TABELA 5 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da RCR. Campinas, 2004.

SUBITENS DA RCR	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DO NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DO NÃO PREENCHIMENTO (%)
Início da RCR	19	35,18
Término da RCR	30	55,55
Via de administração de fármacos	1	1,85
Modo de ventilação na RCR	0	0
Desfibrilação	4	7,41
Marcapasso automático externo	0	0

Nos dados da terapêutica farmacológica a média obtida de preenchimento foi de 70,3%, pois, apenas 13 (24%) enfermeiros preencheram os três subitens. Em 34 (62,9%) instrumentos devolvidos observou-se o preenchimento incompleto em apenas um subitem e em sete (12,9%) observou-se dois itens incompletos. Para melhor detalhar, a tabela 6 apresenta a frequência numérica e percentual dos subitens não preenchidos.

TABELA 6 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos no conjunto de dados da terapêutica farmacológica na RCR. Campinas, 2004.

SUBITENS DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NA RCR	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DE NÃO PREENCHIMENTO (%)
HORA	0	0
DOSE	7	12,96
RITMO	41	75,92

A média de preenchimento da terapêutica elétrica na RCR foi de 90,74%, fato ocorrido pois 38 (70,37%) dos enfermeiros preencheram os quatro subitens, já em 12 (22,2%) dos instrumentos notou-se apenas um subitem incompleto. Observa-se a distribuição dos subitens sem preenchimento na tabela 7.

TABELA 7 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da terapêutica elétrica na RCR. Campinas, 2004.

SUBITENS DA TERAPÊUTICA ELÉTRICA NA RCR	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DE NÃO PREENCHIMENTO (%)
Hora	0	0
Ritmo pré-choque	7	12,96
Desfibrilação (joule)	0	0
Ritmo pós-choque	13	24,07

A média de preenchimento do quadro pós-RCR foi de 89,6% representado na figura 4. Em 45 (83,33%) instrumentos os dados foram preenchidos completamente os subitens. Seis (11,1%), apenas metade dos subitens; por dois (3,7%) profissionais o quadro não foi preenchido e, no único registro de RCE não foram anotados os controles dos sinais vitais.

O conjunto de dados da equipe que participou do atendimento foi dividido em dez subitens. Obteve-se uma média de preenchimento de 27,4% sendo que apenas seis enfermeiros preencheram todos os itens solicitados, na tabela 8 encontram-se a distribuição da frequência de subitens sem preenchimento.

TABELA 8 – Distribuição das frequências relativa e absoluta dos subitens não preenchidos do conjunto dos dados da equipe de atendimento. Campinas, 2004.

SUBITENS DA EQUIPE DE ATENDIMENTO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DO NÃO PREENCHIMENTO	FREQUÊNCIA RELATIVA DO NÃO PREENCHIMENTO (%)
Médico que coordenou	35	64,81
Função	47	87,03
Ventilação	43	79,62
Função	48	88,88
Massagem cardíaca	43	79,62
Função	48	88,88
Medicação	43	79,62
Função	48	88,88
Enfermeiro	7	12,96
Função	47	87,03

No espaço destinado às anotações gerais do instrumento a média de preenchimento foi de 7,41%. Em 48 (88,89%) instrumentos nenhum dado foi anotado, em apenas dois (3,7%) registros os dados foram anotados coerentemente com o atendimento realizado, já em outros quatro instrumentos as anotações limitaram-se a apenas uma frase solta “RCR sem sucesso”, sem anotações de data e horário.

Ao efetuar a média geral de preenchimento do instrumento, excluindo os dados das anotações, obteve-se o valor de 74,96%. A exclusão dos dados das anotações se deve a não obrigatoriedade de seu preenchimento, citada no roteiro de preenchimento.

4.3.2 - Avaliação dos enfermeiros após o preenchimento

Após o preenchimento dos Registros de Atendimento da PCR/RCR, os enfermeiros avaliaram o registro quanto a praticidade, objetividade e utilidade.

Os dados das avaliações da aplicabilidade, pelos enfermeiros, do instrumento foram analisados descritivamente, verificando a concordância das respostas para cada aspecto: praticidade, objetividade e utilidade, conforme pode ser observado na figura 5.

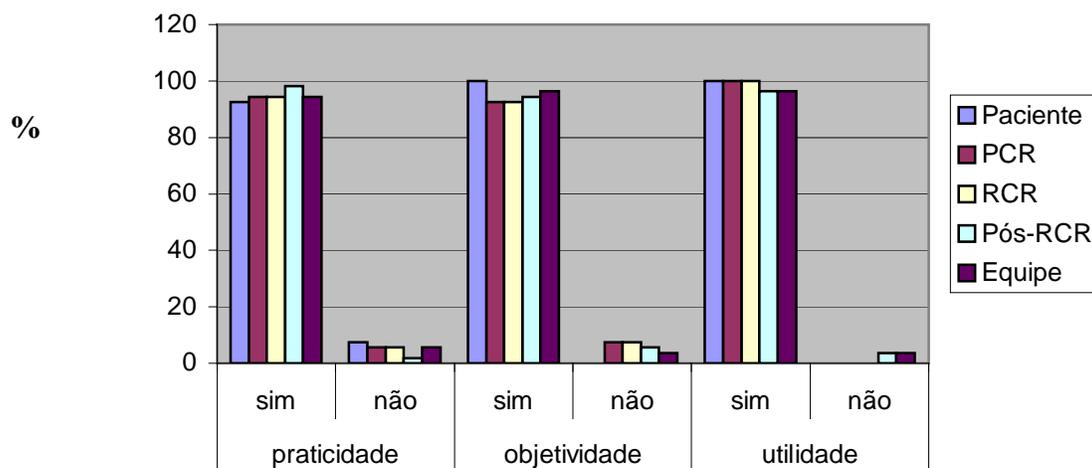


Figura 5 - Distribuição da avaliação dos enfermeiros quanto à praticidade, utilidade e objetividade do instrumento de “Registro de Atendimento da PCR/RCR”. Campinas, 2004.

Quanto a praticidade, os valores de respostas positivas para o conjunto de dados do paciente foi de 92,6%, da PCR e RCR de 94,5%, dados pós-RCR foi de 98,2% e da equipe de atendimento 94,5%.

Na avaliação do instrumento, quanto a objetividade, as médias de respostas positivas para os conjuntos de dados do paciente foi de 100%, da PCR e RCR de 92,6%, pós-RCR de 94,5% e da equipe de atendimento foi de 96,3%.

Na avaliação, quanto à utilidade, os conjuntos dados de identificação, da PCR e da RCR obtiveram o valor de 100% de respostas positivas, os dados pós-RCR e da equipe de atendimento foram de 96,3%.

Diante disso, pode-se observar que todas as médias das avaliações dos enfermeiros quanto à praticidade, utilidade e objetividade do instrumento foram superiores a 90% em todos os conjuntos de dados, apresentados na figura 5.

4.3.2.1- Avaliação quanto à praticidade

Com relação a avaliação da praticidade do instrumento os itens que foram apontados negativamente pelos enfermeiros, que preencheram o instrumento, estão relacionados aos dados de identificação do paciente, quatro (7,4%) profissionais relataram não haver praticidade no preenchimento sendo que apenas um deles preencheu incorretamente os dados de identificação nos subitens “data de admissão” e “leito”; três (5,5%) assinalaram não para os dados da parada cardiorrespiratória e ao analisar os preenchimentos dos registros desses profissionais foram constatados falhas nos subitens “causas da PCR” e “ritmo da PCR” ; três respostas negativas também foram assinaladas para os dados da RCR e o preenchimento incorreto desses profissionais foram relacionados ao “horário de início” e “término da RCR”, apenas um profissional apontou que os dados pós-RCR não estavam adequados no quesito praticidade e esse não apresentou preenchimento incorreto. Ocorreu relato de três (5,5%) enfermeiros que não houve praticidade no preenchimento dos dados da equipe de atendimento, ao analisar o preenchimento do registro da PCR/RCR desses profissionais constatou-se que eles apenas preencheram o próprio nome, o que corresponde ao “enfermeiro que participou do atendimento”.

4.3.2.2- Avaliação quanto à objetividade

Na avaliação descritiva da objetividade dos dados, conforme pode-se verificar na figura 5, todos os enfermeiros relataram objetividade nos dados de identificação do paciente, quatro (7,4%) profissionais citaram negativamente não estar objetivos os dados da parada cardiorrespiratória, sendo que foram preenchidos incorretamente os itens “causas da PCR”, “profissional que identificou a PCR”, “condições das vias aéreas” e “horário da PCR”, também quatro enfermeiros assinalaram os dados da ressuscitação cardiorrespiratória e estavam incorretamente preenchidos os “horários de início” e “término da RCR”, três (5,56%) profissionais criticaram os dados pós-RCR o que ocorreu é que apenas um desses enfermeiros preencheu incorretamente não anotando o “horário do óbito” e por fim, apenas dois (3,7%) profissionais apontaram os dados da equipe de atendimento. Ao analisar seus registros verificou-se que anotaram apenas o nome do enfermeiro que participou do atendimento e não o da equipe como foi solicitado e esclarecido no roteiro de preenchimento.

4.3.2.3- Avaliação quanto à utilidade

Nessa avaliação apenas dois (3,7%) profissionais relataram não ser útil os dados pós-RCR e em seus registros não foram encontrados preenchimento incorreto desses subitens, mas, da equipe de atendimento.

Com relação ao tempo que os enfermeiros levaram para preencher o instrumento de registro de atendimento da PCR/RCR, todos os profissionais assinalaram que demoraram de 15 a 30 minutos.

Dos 54 enfermeiros apenas 10 (18,52%) relataram ter algum tipo de treinamento formal em RCR, destes sete possuíam treinamento em Suporte Básico de Vida, dois em Suporte Avançado de Vida em Cardiologia e apenas um deles em Suporte Avançado de Vida no Trauma.

Quando foi realizada a comparação para verificar se houve maior porcentagem de preenchimento pelos enfermeiros com treinamento formal da RCR em relação aos enfermeiros sem treinamento, não foi encontrado diferença estatisticamente significativa entre eles. Os valores obtidos foram: dados do paciente ($p=0,2058$), dados da PCR ($p=0,8960$), dados da RCR ($p=0,6873$), dados pós-RCR ($p=0,5139$), dados sobre a equipe de atendimento ($p=0,5640$) e para o preenchimento das anotações ($p=0,2286$) (*teste de Mann-Whitney*).

Na avaliação dos profissionais quando questionados sobre as vantagens e desvantagens durante o preenchimento do registro, oito (14,81%) enfermeiros relataram haver desvantagens, sendo que seis desses justificaram como desvantagem a insuficiência do espaço destinado às anotações das medicações na terapêutica farmacológica da RCR, ou seja, que eles são insuficientes, um profissional relatou que não há necessidade das informações “hora”, “dose” e “ritmo” no quadro de medicações utilizadas na PCR/RCR, sendo também apontado por um outro enfermeiro a desvantagem de anotar o “ritmo da PCR”, pela dificuldade de identificá-lo.

Os enfermeiros também avaliaram o instrumento com relação às facilidades e dificuldades encontradas durante o preenchimento. Apenas quatro (7,4%) profissionais relataram dificuldades, justificando que o registro ao todo está confuso, três enfermeiros apontaram que há pouco espaço para anotar as medicações e outros fármacos utilizados.

Os profissionais também foram questionados sobre os itens necessários, porém, ausentes no instrumento e, oito (14,8%) deles relataram novamente a questão de maior espaço para anotar as medicações, mas não sugeriram nenhum acréscimo de algum item que o instrumento não apresentou.

Na questão sobre os itens desnecessários ao instrumento dois (3,7%) enfermeiros relataram que o quadro pós-RCR não seria necessário ao instrumento. Já no espaço destinado a comentários e sugestões gerais 12 (22,2%) o fizeram no sentido de elogiar o instrumento e a iniciativa do estudo.

5- DISCUSSÃO

Na primeira etapa deste estudo que constituiu da validação de conteúdo do instrumento pela avaliação dos juízes, quanto à organização, objetividade, e clareza, além de outras sugestões para o acréscimo ou retirada de alguns subitens. As sugestões apontadas pelos juízes no quesito organização estão relacionadas à disposição dos subitens no instrumento, bem como o acréscimo de título aos subitens “ritmo da PCR” e das condições da “vias aéreas” na PCR. Essas sugestões foram acatadas pois o instrumento apresentou-se mais organizado e, os subitens ficaram melhor dispostos o que facilitou o preenchimento de acordo com a sequência dos atendimentos preconizado internacionalmente.

A sugestão de aumento dos espaços para anotações dos subitens da terapêutica farmacológica foram apresentadas por todos os juízes, considerando-se que há diversos tipos de grafias e que as anotações do controle dos fármacos administrados exige agilidade e atenção do profissional que se propõe a registrá-la. A identificação do ritmo durante a terapêutica farmacológica foi sugerido por dois juízes, exigindo do profissional conhecimento para identificar os ritmos da PCR (FV,TV, AESP e assistolia).

Houve questionamento de cinco juízes em relação a dois fármacos listados no instrumento, bicarbonato de sódio e a lidocaína, havendo sugestões da retirada desses e acréscimo de outros como procainamida, vasopressina e gluconato de cálcio que também são utilizados em alguns atendimentos, porém, optou-se por considerar apenas os fármacos adrenalina, atropina e amiodarona e reservar espaço em branco para anotações de outros. Uma vez que para cada tipo de PCR e prováveis causas da PCR são utilizadas outras terapêuticas farmacológicas seguindo as recomendações atualizadas da AHA.

Outras sugestões dos juízes que permitiram maior objetividade ao instrumento foram os subitens desfibrilação e uso de marcapasso externo automático, assim como, não havia subitens para o controle do ritmo pré e pós-choque, que foram sugeridos por quatro juízes, sendo de fundamental importância para a documentação e tomadas de novas condutas durante o atendimento, bem como, para direcionar os cuidados pós-RCR. Deve ser considerado também que em nosso país a tecnologia de aparelhos desfibriladores que registram automaticamente o ritmo pré e pós-choque são escassos, por isso é de fundamental importância que os profissionais estejam aptos para identificar os ritmos da PCR e o façam, com rigor, durante os atendimentos, pois, para o sucesso do atendimento da

PCR são necessárias manobras de RCR adequadas e desfibrilação precoces (GUIDELINES, 2000; GRANITOFF, 2003).

As primeiras horas que seguem à RCR revestem-se de grande importância, uma vez que, nesse período as alterações hemodinâmicas são intensas e requer dos profissionais de saúde medidas imediatas para a recuperação do paciente segundo PFEFERMAN e FERREIRA (1997). Por isso, o conjunto de dados pós-RCR sofreu maiores modificações conforme sugerido por cinco juízes, a retirada do subitem “avaliação pupilar” em detrimento de outros itens mais importantes no controle pós-RCR, como o registro de uma via aérea adequada no subitem “ventilação mecânica”, uso de “fármacos vasoativos”, documentação do ritmo pós-RCR com o “eletrocardiograma”, além do rigoroso controle dos sinais vitais na primeira hora da RCE.

A necessidade de reestruturação percebida na realização do primeiro pré-teste, que ocorreu concomitante à validação de conteúdo pelos juízes foi surpreendente pois alguns aspectos coincidiram com a avaliação deles, tais como: a necessidade de aumentar os espaços para o preenchimento da terapêutica farmacológica na RCR e o conjunto de dados pós-RCR, que não permitia registros caso o paciente obtivesse restauração da circulação espontânea.

A segunda etapa do estudo constituída da aplicabilidade do instrumento pelos enfermeiros das unidades destinada a pacientes graves, que por sua vez são providas de recursos materiais adequados para a monitorização, encontram um fator positivo no estudo de HERLITZ, et al. (2001) sobre a PCR intra-hospitalar na Suécia, no geral constatou que em unidades com capacidade de monitorização os eventos da PCR foram mais rapidamente testemunhados e as causas da PCR foram melhor identificadas quando comparados aos dados das unidades não equipadas.

No presente estudo após quatro meses de coleta de dados obteve-se 54 instrumentos preenchidos, considerando apenas o primeiro instrumento de cada enfermeiro. Com isso pode-se fazer uma projeção do tamanho da amostra de registros obtidos com outros estudos como o realizado por REWERS et al. (2000) que em três anos registrou 764 eventos de PCR nos serviços de emergência médica em Copenhague; HERLITZ et al.

(2001) que em quatro anos de coleta de dados na Suécia obteve 557 registros de PCR do Modelo Utstein; GUIMARÃES et al. (2001) em um estudo realizado na UTI geral de um hospital universitário da cidade de São Paulo conseguiu registrar em nove meses de coleta apenas 55 registros da PCR modelo Utstein de 146 eventos ocorridos; já SPEARPOINT et al. (2000) em um estudo realizado em Londres durante dois anos coletou 479 registros da PCR intra-hospitalar. Pode-se considerar a amostra obtida neste estudo satisfatória, pois obteve-se uma média mensal de 13 registros, enquanto nos trabalhos acima citados as médias de registros variaram de seis a 21, demonstrando a dificuldade na obtenção destes dados.

Nas avaliações da aplicabilidade realizada pelos enfermeiros quanto a praticidade, utilidade e objetividade do instrumento pode-se observar que estes profissionais consideraram o instrumento adequado para uso no ambiente intra-hospitalar e quando se analisa o conteúdo dos preenchimentos, percebe-se a necessidade de que as orientações de preenchimento sejam contínuas nas unidades, para sanar as dúvidas decorrentes da sua utilização. Isso acontece pela diversidade de situações que ocorrem durante o atendimento, no entanto, com a implementação de registros e a avaliação formal com a equipe após os atendimentos permite a educação continuada, como sugerem os estudos de LANE (1974), GRANITOFF (1995), COOPER e WAKELAM (1999), LEAH e COATS (1999), PITTMAN et al. (2001), HENDERSON e BALLESTEROS (2001).

Perante as avaliações dos profissionais, do “Registro de atendimento da PCR/RCR”, pode-se observar que o tempo necessário para o preenchimento não foi superior ao intervalo de 15 a 30 minutos, considera-se com isso que o instrumento é de rápido preenchimento, por estar a maioria dos seus subitens auto-explicáveis, e permitir o registro rápido do atendimento, podendo fazer parte do carrinho de emergência e ser preenchido durante os atendimentos.

Os enfermeiros puderam ainda expressar, sugestões e críticas relacionadas às dificuldades e desvantagens encontradas durante o preenchimento, bem como comentários gerais. Assim sendo, as maiores dificuldades foram atribuídas ao espaço para anotações da terapêutica farmacológica e das anotações dos traçados eletrocardiográficos durante a RCR, presentes no instrumento. Porém, na análise do conteúdo dos registros destes

profissionais, constatou-se que nenhum deles deixou de preencher esses subitens, e a grafia dos mesmos não ultrapassou os limites estabelecidos formatados no instrumento.

Na avaliação dos profissionais também foram questionados sobre os treinamentos formais e, apenas 10 (18,52%) os têm, ao analisar estatisticamente estes dados, com o conteúdo dos preenchimentos, constatou-se que não houve relevância na qualidade dos registros, o que caracteriza a facilidade de preenchimento do instrumento para todos os profissionais, independentemente de ter ou não treinamento formal em RCR. Porém, era esperado que os profissionais com treinamento não apresentassem preenchimentos incompletos do registro, bem como, subestimassem o registro das anotações complementares como fizeram.

Com a análise do preenchimento dos registros, por conjunto de dados, pode-se observar que na identificação dos pacientes os subitens sem preenchimento foram “data de admissão” em 14 registros e “leito” em 13, tal fato pode ser atribuído ao motivo que para o preenchimento desses, faz-se necessário a consulta dos prontuários, que quase sempre encontram-se desorganizados pela alta rotatividade de leitos, nessas unidades. Com isso muitos documentos se perdem, dificultando o controle e, também porque os prontuários são manuseados por muitos profissionais, já que essas unidades contam com equipes multidisciplinares, alunos de graduação e pós-graduação em campo de estágio, por se tratar de um hospital universitário.

O preenchimento dos subitens referentes à parada cardiorrespiratória são de fundamental importância para orientar as manobras de ressuscitação, seguindo os algoritmos estabelecidos internacionalmente. No entanto, não houve preenchimento em 32 instrumentos do subitem “profissional que identificou a PCR”, informação valiosa para saber quem iniciou as manobras de suporte básico, bem como para fins éticos e legais que devem ser documentados.

No estudo realizado por SANGHAVI e SHELFER (2002) foram revisados 41 registros de atendimento da PCR, em crianças, e constatou que os dados do profissional que identificou a PCR foram variados, mas estavam presentes em metade dos registros. Entretanto, no estudo de HERLITZ et al.(2001) nas unidades com capacidade de

monitorização foi possível identificar melhor as causas da PCR em 53% dos casos, sendo mais frequentemente testemunhada do que nas unidades desprovidas de monitorização, em sua maioria identificados por enfermeiros.

O subitem “prováveis causas da PCR” deixou de ser preenchido em 38 (70,4%) instrumentos, esta informação nem sempre é fácil de ser obtida, principalmente em serviços de emergência onde não há tempo de realizar a história do paciente e estabelecer um diagnóstico, mas, é de fundamental importância que os profissionais consigam identificar e categorizar melhor as causas da PCR, para o direcionamento das intervenções durante a RCR, de acordo com as diretrizes internacionais.

Em apenas três (5,5%) registros não foram preenchidos o subitem “padrão eletrocardiográfico da PCR”, inviabilizando a avaliação de todos os outros dados subsequentes, pois conforme os protocolos internacionais em RCR, o ritmo inicial da RCR é que determina todas as outras intervenções. Se procede a desfibrilação ou se continua as manobras de RCR e terapêutica farmacológica. Enfim, com o não preenchimento desse subitem não é possível analisar os dados da PCR desses pacientes e resta uma incógnita de todos os outros subsequentes. Foram considerados incompletos, o que contribuiu para falhas em possíveis análises posteriores desta documentação.

O subitem “horário da PCR” sem preenchimento acarreta dificuldade na estimativa do tempo de resposta para as manobras de RCR. Esses dados são de grande importância para avaliação da qualidade dos atendimentos, principalmente por se tratar de unidades de cuidados críticos. Um outro fato é que favorece o estabelecimento de estratégias de treinamento da equipe, nestas unidades, para que ocorra intervenções mais rápidas minimizando as sequelas das vítimas de PCR no ambiente intra-hospitalar.

No estudo realizado por SANGHAVI e SHELFER (2002) também foi encontrado uma escassez nos registros do tempo da RCR. Para LAYON et al.(2003), LOSSIUS et al. (2001) e GOTTSCHALK et al. (2002) a implementação de registros torna-se difícil pela minuciosidade requerida para as anotações precisas dos intervalos de tempo durante o atendimento da RCR. Já STEWART e SHORT (1999) sugerem que os registros das manobras e horários sejam feitos por leitores de código de barras, para obtenção de informações mais precisas e reais se comparados com os registros manuais conforme pode ser constatado no seu estudo realizado em laboratório.

No subitem “condições das vias respiratórias no momento da PCR” não foi assinalado por nove (16,66%) profissionais, é um dado analisado em conjunto com o “modo de ventilação na RCR” que foi preenchido em todos os instrumentos. Desta forma, esta ação permitiu identificar que nesses nove registros tratavam-se de pacientes com via aérea definitiva, pois na ressuscitação foi assinalado o subitem “ventilação mecânica”, a dúvida esteve relacionada se o procedimento de intubação orotraqueal foi realizado durante as manobras de RCR ou, se o paciente já estava intubado. Isto porque, em nenhum desses instrumentos foram feitas anotações complementares de outros procedimentos realizados.

Na apresentação dos subitens não preenchidos da RCR pode-se observar a grande parcela de ausência de anotações dos horários de início (19) e término da RCR (30), que são importantes, se associados com o horário da PCR, para avaliar o tempo de resposta da equipe em relação ao início do atendimento.

O subitem “desfibrilação” não foi preenchido em quatro registros, e nestes, o ritmo inicial assinalado foi “assistolia”, apesar de se saber que para esse ritmo não há a necessidade de desfibrilação, o que não dispensa assinalar o “não” presente no impresso.

Na distribuição dos subitens não preenchidos da terapêutica farmacológica na RCR, 41(75,9%) instrumentos não apresentaram as anotações do “ritmo” na administração do fármaco. Acredita-se que os profissionais não estão aptos a identificá-los, uma vez que, todas as unidades em estudo possuem monitores desfibriladores que são utilizados durante os atendimentos. Portanto, não é a falta desses equipamentos a causa do não preenchimento. Considera-se ainda que, os profissionais não estavam de posse do impresso “Registro do Atendimento da PCR/RCR” durante o atendimento e isso levou a ausência de observação para posterior registro desses dados.

Apenas em sete (12,96%) registros o subitem “dose” do fármaco administrado, durante a RCR, não foi considerado preenchido devido a falta de anotações das unidades de medidas utilizadas: miligrama (mg) ou ampola (amp). Como exemplo, na administração de um miligrama de atropina são necessárias quatro ampolas. Em registros onde só foram expressos de forma numérica, dificultou a interpretação da dose real administrada. Essas falhas de preenchimentos podem ser minimizadas se inseridas as unidades de medida ao lado do subitem “dose”. No estudo de SANGHAVI e SHELFER (2002) os dados relativos aos fármacos utilizados também foi subnotificado.

Ao contrário do que se esperava em todos os registros o subitem “hora” da administração do fármaco, foram preenchidos. Com isso foi possível identificar os intervalos de tempo com que as doses dos fármacos foram administrados, fato que curiosamente não seguiu os critérios preconizados, com intervalos de quatro a nove minutos. Em estudos como o de TIMMERMAN et al. (2004) pode-se encontrar sugestões de padronização dos relógios das unidades hospitalares, principalmente em locais onde há equipes de RCR formal, para que se tenha maior precisão dos reais intervalos de tempo da RCR, dados de interesse para os estudos de sobrevivência.

O controle minucioso de horários que aparecem no instrumento em estudo, a princípio, foi motivo de resistência por parte dos profissionais que concordaram em participar do estudo, mas, através da análise do preenchimento percebeu-se que as anotações e controles dos horários não constituiu um aspecto negativo do instrumento.

Em relação aos subitens não preenchidos da terapêutica elétrica na RCR, em 20 instrumentos os profissionais não registraram os subitens “ritmo pré-choque” e “ritmo pós-choque”. Houve 26 registros nos quais o ritmo inicial da PCR assinalado foi FV ou TVSP, e foi constatado a anotação dos horários e da carga do choque, porém, a identificação dos ritmos pós-choque não foram anotados. Estas anotações são valiosas para o esclarecimento de outras manobras que foram utilizadas na RCR.

Em alguns destes registros, só foi anotado uma descarga de 300 joules, supõe-se que esse ritmo inicial evoluiu para assistolia, mas não houve no instrumento nenhum registro de que isso realmente ocorreu, o que dificultou a interpretação do atendimento.

Dos subitens do conjunto de dados pós-RCR, quando o paciente evoluiu para óbito observou-se o não preenchimento em seis instrumentos do horário do óbito, esta informação é de suma importância para fins éticos e legais, podendo ser utilizada para o preenchimento da documentação do óbito. Outro fato que chamou a atenção foi o de que em quatro destes registros, houve coincidência das anotações do “horário do óbito” com o “horário da PCR” nos mesmos instrumentos, porém o horário do óbito deve ser o mesmo horário do “término da RCR”, já que foram mantidas, durante esse tempo, as manobras de ventilação e circulação artificiais.

A análise dos controles da RCE nos dados pós-RCR, não foi possível porque dos 54 registros, apenas um apresentou RCE e mesmo assim o preenchimento foi incompleto, o profissional anotou apenas o controle dos sinais vitais dos 15 minutos iniciais pós-RCR e não preencheu os outros dados solicitados no instrumento como a sedação, a ventilação mecânica, qual o ritmo do ECG pós-RCR e o uso de fármacos vasoativos.

DENTON e THOMAS (1997) deram grande ênfase em seu estudo, no registro dos dados pós-RCR, argumentando que devem ser rigorosamente registrados o número de choques e as doses de adrenalina durante as manobras, para se ter um melhor controle dos sinais pós-RCR.

Os conjuntos de dados da equipe de atendimento e anotações complementares exigiam o registro detalhado dos profissionais que participaram da RCR e a função exercida, bem como, uma descrição de outros dados pertinentes que não estavam contemplados na parte inicial do instrumento. Conforme o esperado observou-se nos resultados um altíssimo número de itens não preenchidos referentes a estes dois grupo de dados, constatando-se que os registros quase sempre são insuficientes e dados relevantes não são registrados. Uma justificativa, frequente entre os profissionais de enfermagem poderia ser a falta de tempo para realizar as anotações descritivas, que demandam tempo, diante das rotinas de trabalho e da quantidade de procedimentos presentes na assistência.

A comunicação na área de emergência no que se refere às anotações, merece amplos estudos, pois afeta diretamente a qualidade dos atendimentos prestados. Esses registros são importantes para fins éticos e legais, também visam identificar a presença de um líder durante o atendimento, como é abordado no estudo de PITTMAN et al. (2001) no qual relatam que a presença de um líder facilita a comunicação entre a equipe, favorece discussões, avaliações dos atendimentos, melhora a qualidade e o desempenho para os próximos atendimentos.

COOPER e WAKELAM (1999) ressaltam que seria necessário um programa de treinamento formal para os profissionais que irão liderar os atendimentos da RCR.

No estudo de TIMMERMAN et al. (2001) que registrou 557 PCR em cinco anos (1978 – 1983) utilizando uma ficha padronizada contendo registros de dados pessoais, diagnóstico, causas e características da PCR e resultados da RCR, os autores não se preocuparam com os registros do tempo da duração das manobras. Entretanto, eles sugerem que a PCR quando ocorre no ambiente hospitalar, devem ser mais facilmente instituídas as manobras de suporte básico e avançado, bem como iniciativas de registros da PCR/RCR.

No estudo realizado por CAVALCANTE e LOPES (2004) em uma unidade de internção de um hospital universitário do município de São Paulo, constatou-se que 90% dos prontuários os registros apresentavam-se incompletos demonstrando a necessidade de implantação de um único registro para reanimação no intuito de melhorar os registros contidos no prontuário para uma melhor organização do serviço e realização de pesquisas

HENDERSON e BALLESTEROS (2001) em estudo que coletou 220 registros da PCR intra-hospitalar, em dois anos, constatou que estes foram mais completos e frequentes em hospitais onde existia equipes formais de ressuscitação e que complementavam melhor os dados, através do prontuário do paciente.

No estudo realizado por LANE (1974) em hospitais do município de Campinas, para instituir um programa de treinamento em RCR a profissionais médicos, já existia uma preocupação do autor durante a realização desse treinamento em relação ao registro dos seguintes dados: nome do paciente, idade, dados clínicos pertinentes, causas, número de PCR por internação, tipo de PCR, local do início da ressuscitação, tempo estimado da ocorrência da PCR e início da RCR, tempo estimado de massagem cardíaca, se ocorreu RCE, alta hospitalar, erros de iniciativa dos profissionais médicos, erros técnicos e complicações.

SKRIFVARS et al.(2002 e 2003) constatou que com a coleta sistematizada de dados é possível avaliar a qualidade dos serviços médicos de emergência, sendo necessários esforços para aprimorar o Modelo Utstein, que constitui um registro trabalhoso, exige informações detalhadas das manobras da RCR e da PCR. Sugerem então, o uso regular de um registro mais reduzido que poderia ser melhor utilizado durante os atendimentos.

Neste estudo, os registros apresentaram-se incompletos reforçando a necessidade de melhor treinamento da equipe com o objetivo de aprimorar a documentação, para melhor organizar as unidades intra-hospitalares, permitir novos estudos em RCR e também estudos retrospectivos.

O instrumento de “Registro do Atendimento da PCR/RCR” apresentado favorece a anotação sequencial dos eventos evitando que se percam os dados e cria um banco de dados confiável, permitindo que os procedimentos sejam revistos, para os próximos atendimentos.

6- CONCLUSÃO

O instrumento proposto, adaptado de ARAÚJO e ARAÚJO (2000), para o registro dos atendimentos de parada cardiorrespiratória foi elaborado com vistas a atender as necessidades de documentação dessas ocorrências nos serviços de saúde hospitalares.

Com base nos resultados obtidos pode-se concluir que o instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo por meio da avaliação de juízes, especialistas na área, por não apresentar discordância significativa quanto à organização, objetividade e clareza dos dados. Demonstrando que o instrumento está adequado quanto aos seus conteúdos e permite registrar o que se pretende, que são os atendimentos da PCR/RCR.

Na análise dos registros, a média de preenchimento dos dados da identificação do paciente foi de 92,8%; nos dados da PCR, 72,2%; dados da RCR 81,2%; pós-RCR 89,6% e o da equipe de atendimento 27,4%. Diante destes resultados considerou-se um bom resultado de preenchimento, pois todos estiveram acima de 70%, exceto os dados da equipe de atendimento.

Nos resultados da aplicabilidade deste instrumento pelos enfermeiros conseguiu-se alcançar valores acima de 90% na avaliação da praticidade, objetividade e utilidade no conjunto de dados de cada item, isso reporta que o seu objetivo foi atendido, que é viável e sua utilização pode contribuir para a melhoria das práticas dos atendimentos da PCR. Como também para orientar novos treinamentos, estudos de sobrevivência e pesquisas em RCR.

Este estudo sugere que os profissionais de saúde devem melhor utilizá-lo tanto pela praticidade de preenchimento quanto pela sua contribuição na melhoria das práticas dos atendimentos da PCR e documentação legal.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ARAÚJO, I.E.M. , ARAÚJO, S. Ressuscitação Cardiorrespiratória. In: CINTRA, E.A., NISHIDE, V.M., NUNES, W.A , **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 135-153.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M.; CARIELI, M.C.M. Ressuscitação cardiorrespiratória – Parte I (artigo de revisão) **Rev Bras Clin Terap**, 27 (2): 80-88, 2001a.

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

BRASIL. Portaria no. 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Sistemas estaduais de urgência e emergência – regulamento técnico. Disponível em: [http:// www.aph.com.br](http://www.aph.com.br) Acesso em 05 de maio de 2003.

CAPONE, P.C.L.; CAPONE NETO, A. O papel da enfermagem na reanimação: IN: LANE, J.C.; ALBARRAN-SOTELO, R. **Reanimação cardiorrespiratória cerebral**. São Paulo: Medsi 1993, p. 361-368.

CAVALCANTE, T.M.C.; LOPES, R.S. O atendimento à parada cardiorrespiratória em uma unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo** 14 (2), supl B, 2004.

CHAMBERLAIN, D.A.; HAZINSKI, M.F. Education in resuscitation. **Circulation** 108: 2575-2594, 2003.

COFEN. Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/ Terapêutica à distância. Resolução no. 225 de fevereiro de 2000. **Documentos Básicos de Enfermagem**. COREN-SP, 2000.

COOPER, S.; WAKELAM, A. Leadership of resuscitation teams: “Lighthouse Leadership”. **Resuscitation**, 42: 27- 45, 1999.

COREN. Dispõe sobre a regulamentação da assistência de enfermagem em atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o suporte básico e avançado de vida. Decisão COREN-SP DIR/01/2001. Disponível em: <<http://www.aph.com.br>> Acesso em: 05 de maio de 2003.

CUMMINS, R.O.; SANDERS, A.; MANCINI, E.; HAZINSKI, M.F. In Hospital Resuscitation – A statement for healthcare professionals from the American Heart Association Emergency Cardiac Care Committee and the Advanced Cardiac life Support, Basic life Support, Pediatric resuscitation, and Program Administration Subcommittees. **Circulation**, 95:2211-2212, 1997a.

CUMMINS, R.O.; CHAMBERLAIN, D.; HAZINSKI, M.F.; NADKARNI, V.; KLOEK, W.; KRAMER, E. et al Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting and Conducting Research on In- Hospital resuscitation: The In- Hospital “Utstein Style”. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australian resuscitation council, and the Resuscitation councils of Southern Africa. **Circulation**, 95: 2213-2239, 1997b.

CUMMINS, R.O.; CHAMBERLAIN, D.A.; ABRAMSON, N.S.; ALLEN, M.A.; BASKETT, P.J.; BECKER, L. Recommended guidelines for Uniform Reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: The Utstein Style. **Circulation**, 84 (2): 960-975, 1991.

DENTON, R. THOMAS, A.N. Cardiopulmonary resuscitation: a retrospective review. **Anaesthesia**, 52 : 324-327, 1997.

EISENBERGER, P.; GERHARO, C.; STERZ, F.; VERGEINER, G.; LOSERT, A.; HOLZER, M. et al. Cardiac arrest patients in alpine area during a six year period. **Resuscitation**, 51: 39-46, 2001.

GARCIA-BARBERO, M.; CARTULA-SUCH, J. What are we doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe ? Analysis of a survey. **Resuscitation**, 41(3): 225-236, 1999.

GEORGE, A.L.; BENJAMIN, P.; CRECELIUS, P.; BARTON, W.; CAMPBELL, M.D. Pre-arrest morbidity and other correlates of survival after in-hospital cardiopulmonary arrest. **Am J Med**, 87: 28-34, 1989.

GOODLIN, S. J.; ZHONG, Z.; LYNN, J.; TENO, J.N.; FAGO, J.P.; DESBIENS, N. et al. Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. **JAMA**, 282 (24): 2333-2339, 1999.

GOTTSCHALK, A.; BURMEISTER, M.A.; CAVUS, M.F.E.; STANDL, T. Influence of early defibrillation on the survival rate and quality of life after CPR in prehospital emergency medical service a German metropolitan area. **Resuscitation**, 53: 15-20, 2002.

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

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

GUIDELINES 2000 for CPR and ECC. A European Resuscitation Council. Introduction to the International Consensus on Science. **Resuscitation**, 46 (1-3): 3-15, 2000.

GUIMARÃES, H.P.; RESQUE, A. P.; HASEGAWA, E.; COSTA, M.P.; ABIB, A; MACHADO, F.R. et al. Cardiac arrest in the intensive care unit: the initial results of the Utstein Style method in Brazil. **Intensive Care Med**, 27 (Supl.2): 172, 2001.

HENDERSON, S.O ; BALLESTEROS, D. Evaluation of a hospital-wide resuscitation team: it increase survival for in-hospital cardiopulmonary arrest? **Resuscitation**, 48:111-116, 2001.

HERLITZ, J.; BANG, A.; AUNE, S.; EKSTROM, L.; LUNDSTROM, G.; HOLMBERG, S. Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas. **Resuscitation**, 48: 125-135, 2001.

IDRIS, A. H.; BECKER, L. B.; ORNATO, J. P.; HEDGES, J.R.; BIRCHER, N.G.; CHANDRA, N. C. et al. Utstein Style Guidelines for Uniform Reporting of Laboratory CPR research. **Circulation**, 94 : 2324-2336, 1996.

IDRIS, A. H.; BERG, R. A.; BIERENS, J.; BOSSAERT, L.; BRANCHE, C. M.; GABRIELI, A. Recommended guidelines for Uniform Reporting of data from drowning. The “Utstein Style”. **Circulation**, 108: 2565-2574, 2003.

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

LANE, J.C. **Reanimação cardio-respiratória externa na comunidade. Ensino, erros, complicações e resultados.** Campinas, 1974. (Tese – Livre Docência – Universidade Estadual de Campinas).

LAYON, A. J.; GABRIELI, A.; GOLDFEDER, B. W; HEVIA, A.; IDRIS, A. H. Utstein Style analysis of rural out-of-hospital cardiac arrest OOHCA: total cardiopulmonary resuscitation (CPR) time inversely correlates with hospital discharge rate. **Resuscitation**, 56: 59-66, 2003.

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

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Reability and validity. In: **Nursing research: methods, critical appraisal, and utilization.** Fourth Edition. Moby, 1998, p.327-50.

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

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

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

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

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

PEBERDY, M. A.; KAYE, W.; ORNATO, J. P.; LARKIN, G. L.; NADKARNI, V.; MANCINI, M. E. et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: A report of 14720 cardiac arrest from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. **Resuscitation**, 58: 297- 308, 2003.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes.Coeficiente de Kappa. **Rev Esc Enf USP**, 37 (1): 72-80, 2003.

PFEFERMAN, E.; FERREIRA, A.V. Cuidados pós-ressuscitação. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 7: 141-146, 1997 .

PITTMAN, J; BERNIE, T.; GABBOTT, D. A. Communication between members of the cardiac arrest team a postal survey. **Resuscitation**, 49 (2): 175-177, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER,B. D. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

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

SANDRONI, C.; CAVALLARO, F.; FERRO, G.; FENICI, P.; SANTANGELO, S.; TORTORA, F. et al. A survey of the in-hospital response the cardiac arrest on general wards in the hospitals of Rome. **Resuscitation**, 56: 41-47, 2003.

SANGHAVI, R.; SHELFER, A. The ABCs of recording paediatric cardiac arrests. **Resuscitation**, 55: 167-170, 2002.

SANTOS, J.C; PAZIN FILHO, A.; SCHIMIDT, A. Estudo epidemiológico do atendimento de paradas cardiorrespiratórias em hospital universitário. **Rev Bras Terapia Intensiva Supl I**, 2004.

SERRANO JR, C.V.; SAFI, JR, J.; TIMMERMAN, A . Aspectos éticos e legais da reanimação cardiorrespiratória. IN: TIMMERMAM, S.; RAMIRES, J.A F.; BARBOSA, J.L.V.; HARGREAVES, L. **Suporte básico e Avançado de vida em emergências**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações , 2000. p. 364-372.

SILVA, K. R.; GRANITOFF, N. Registro de ressuscitação cardiopulmonar intra-hospitalar: comparação com o “Estilo Utstein” **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 13 (2), (Supl B), 2003.

SIPRIA, A.; TALVIK, R.; KORGVEE, A.; SARAPUU, S.; OOIPIK, A. Out -of - hospital resuscitation in Tartu: Effect of reorganization of Estonian EMS System. **Am J Emerg Med**, 18 (4): 469-473 , 2000.

SKRIFVARS, M. B.; GASTRÉN, M.; ROSENBERG, P. H. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: organization, management and training in hospital of different levels of care. **Acta Anaesthesiol Escand**, 46: 458-463, 2002.

SKRIFVARS, M. B.; ROSENBERG, P. H.; FINNE, P.; HALONEN, S.; HAUTAMAKI, R.; KUOSA, R. et al. Evaluation of the in hospital Utstein template in cardiopulmonary resuscitation in secondary hospitals. **Resuscitation**, 56: 275-282, 2003.

SMITH, A. F.; WOOD, J. Can some in hospital cardio-respiratory arrest be prevented? A prospective survey. **Resuscitation**, 37: 133-137, 1998.

SPERPOINT, K. G.; McLEAN, P.; ZIDEMAN, D. A. Early defibrillation and the chain of survival in “in-hospital” adult cardiac arrest; minutes count. **Resuscitation**, 44: 165-169, 2000.

STEWART, J. A.; SHORT, F. A. Time accuracy of a barcode system for recording resuscitation events; laboratory trials. **Resuscitation**, 42: 235-240, 1999.

SUOMINEN, P.; OLKKOLA, K. T.; VOIPIO, V.; KORPELA, R.; PALO, R.; RASANEN, J.; Utstein Style reporting of in hospital paediatric cardiopulmonary resuscitation. **Resuscitation**, 45 :17-25, 2000.

TIMMERMAN, S. SOUZA, G. E. C, QUILICI, A. P., GONZALEZ, M. M. C et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia. Código Azul – Registro de Ressuscitação – Normatização do carro de emergência. Disponível em: www.cardiol.br. Consulta em 10 de outubro de 2004.

TIMMERMAN, A.; SAUAIA, N.; PIEGAS, L. S.; RAMOS, R. F.; GUN, C.; SANTOS, E. S. et al. Fatores prognósticos dos resultados de ressuscitação cardiopulmonar em um hospital de cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, 77 (2): 142-151, 2001.

TIMMERMAN, S.; PAIVA, S.; TARASOUTCHI, F. Suporte Avançado de Vida – implantação no Brasil e sua essência. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, 4: 1-16, 1998.

UMMENHOFER, W., AMSLER, F.; SUTTER, P. M.; MARTINA, B.; MARTIN, J.; SCHEIDEGGER, D. Team Performance in the emergency room: assessment of interdisciplinary attitudes. **Resuscitation**, 49: 39-46, 2001.

WESTON, C. Outcomes. In: CHELEL, A. **Resuscitation. A guide for nurses**. London: Churchill Livingstone, 2000, p.113-123.

ZARITSKY, A.; NADKARNI, V.; HAZINSKI, M. F.; FOLTIN, G.; QUAN, L.; WRIGHT, J. Recommended guidelines for uniform reporting of pediatric advanced life support: The pediatric Utstein Style. **Resuscitation**, 30: 95-115, 1995.

8- ANEXO

9- APÊNDICES

APÊNDICE III

ROTEIRO PARA PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO “Registro do Atendimento da PCR/RCR”.

DADOS DO PACIENTE

Paciente: anotar o nome completo do paciente.

Idade: anotar a idade em anos do paciente.

Clínica responsável: anotar a especialidade responsável pela internação atual do paciente.

Data da admissão: anotar a data em que o paciente foi admitido no hospital.

Registro hospitalar: anotar o número do registro hospitalar do paciente ou o número da pré-matrícula.

Hipótese diagnóstica principal: colocar apenas o diagnóstico que justifique a internação atual do paciente.

Sexo: anotar “M” para masculino e “F” para feminino.

Unidade de internação: colocar a sigla da unidade de internação em que se encontra o paciente (UTI, PS, EC/CT, Cardio, MI).

Leito: anotar o número do leito em que o paciente se encontra na hora do evento da PCR.

DADOS DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Data da PCR: anotar a data em que aconteceu a parada cardiorrespiratória.

Horário da PCR: anotar o horário em que foi detectada a PCR.

Profissional que identificou a PCR: anotar o nome e a categoria do profissional que detectou a PCR.

Prováveis causas da PCR: marcar as prováveis causas que levaram o paciente à PCR.

Padrão eletrocardiográfico da PCR: marcar com um “X” o ritmo inicial em que foi identificada a PCR.

Condições da via respiratória no momento da PCR: anotar com um “X” como o paciente estava respirando antes de ocorrer a PCR.

DADOS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

Duração da RCR: anotar os horários correspondentes ao início e término das manobras.

Via de administração de fármacos: marcar com um “X” na via em que foram administradas as medicações durante as manobras de RCR.

Modo de ventilação na RCR: marcar com um “X” no modo em que foi oferecido suporte ventilatório ao paciente durante a RCR.

Desfibrilação: marcar com um “X” se o paciente foi desfibrilado ou não durante a RCR.

Marcapasso automático externo (MCE): assinalar com um “X” se o paciente fez uso de MCE durante as manobras de RCR.

Terapêutica Farmacológica: anotar rigorosamente o horário da administração dos fármacos durante a RCR, bem como a dose administrada e o ritmo da PCR em que o paciente se encontrava após a administração do fármaco.

Terapêutica Elétrica: anotar o horário em que foi aplicado o choque, o ritmo pré-choque (FV/TV), a carga em joules aplicada e como ficou o ritmo pós-choque.

DADOS PÓS - RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

Óbito: assinalar com um “X” se o paciente respondeu ou não aos esforços da RCR e em que horário foi constatado o óbito.

RCE: anotar o horário em que houve a restauração da circulação espontânea.

PA, FC, T, FR: anotar os dados vitais do paciente aos 15, 30 e 60 minutos após constatada a RCE.

ECG: marcar um “X” se foi ou não realizado eletrocardiograma após a RCR e qual o padrão eletrocardiográfico encontrado.

Fármacos Vasoativos: anotar se foram administradas medicações vasoativas em caso de RCE na manutenção do paciente após PCR.

Ventilação Mecânica: anotar se o paciente foi mantido em ventilação mecânica ou não em caso de RCE.

Sedação: anotar se foi realizada sedação ou não, caso o paciente tenha RCE.

DADOS DA EQUIPE DE ATENDIMENTO

Médico que coordenou o atendimento: colocar nome completo e CRM.

Responsável pela ventilação: anotar o nome e a categoria do profissional que ficou responsável pela ventilação do paciente durante a RCR.

Responsável Compressões torácicas externas: anotar o nome e a categoria do profissional que realizou as compressões durante a RCR.

Responsável pela medicação: anotar o nome e a categoria do profissional que administrou as medicações durante a RCR.

Enfermeiro: anotar o nome do profissional que preencheu o registro do atendimento da PCR/RCR.

ANOTAÇÕES

Realizar anotações de dados relacionados aos procedimentos que possam ter sido realizados durante a RCR e que não estejam contemplados no instrumento.

APÊNDICE IV
(frente)

Avaliação do Instrumento de Registro de Atendimento PCR/RCCR									
AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO		OBJETIVIDADE		CLAREZA				
	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
DADOS DO PACIENTE	<input type="checkbox"/>								
DADOS DO EVENTO PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/>								
DADOS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/>								
DADOS DA EQUIPE DE ATENDIMENTO	<input type="checkbox"/>								
DADOS PÓS-PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/>								

APÊNDICE V

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO “Registro do Atendimento da PCR/RCR.”

Data: ____/____/____ Local: _____

1- Avaliação geral do instrumento

AVALIAÇÃO	Praticidade	Objetividade	Utilidade
<i>DADOS DO PACIENTE</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DADOS DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<i>DADOS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<i>DADOS PÓS- RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<i>DADOS DA EQUIPE DE ATENDIMENTO</i>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

2- Tempo de Preenchimento do Registro de Atendimento da PCR/RCR

- 15 a 30 minutos 30 a 45 minutos > 45 minutos

3 - Possui treinamento formal em RCR?

- ACLS BLS ATLS Não possui treinamento formal

4- No preenchimento do Registro de Atendimento da PCR/RCR você encontrou:

vantagens Quais? _____

desvantagens Quais? _____

facilidades Quais? _____

dificuldades Quais? _____

4 -ÍTENS NECESSÁRIOS PORÉM AUSENTES NO INSTRUMENTO

5 -ÍTENS DESNECESSÁRIOS NO INSTRUMENTO

6 -COMENTÁRIOS E/OU SUGESTÕES

APÊNDICE VI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: “Registro do Atendimento da Parada Cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: aplicabilidade de um instrumento”.

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Ana Paula Boaventura (Mestranda em Enfermagem pelo Depto. Enf. – FCM/UNICAMP)

ORIENTADORA: Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo (Depto. de Enfermagem – FCM/UNICAMP)

Eu, _____ R.G.: _____ COREN: _____

Concordo em participar da pesquisa supra citada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

1- JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A situação encontrada na prática dos atendimentos da parada cardiorrespiratória (PCR) é a de que os registros não são feitos adequadamente, e quando são feitos registram apenas o horário da PCR e o óbito, enquanto deveriam conter maior número de informações como as drogas utilizadas durante o atendimento, os ritmos cardíacos, o número de choques realizados, entre outras.

A comunicação entre os membros da equipe aumenta a coesão e melhora a qualidade e o desempenho durante os atendimentos. Com o registro formal da ressuscitação cardiorrespiratória é possível discutir algumas características e condutas dos atendimentos e melhorá-las. O registro dos dados é parte importante, pois estabelece uma comunicação entre a equipe de saúde, cria relações positivas entre a equipe, oferece dados pertinentes atuais e exatos do paciente.

A avaliação ao final dos atendimentos através dos registros da PCR permite o aprimoramento das intervenções nas tentativas de ressuscitação possibilitando planejamento e organização dos próximos eventos de parada cardiorrespiratória.

Este estudo permite buscar subsídios para a implementação de programas institucionais de padronização e uniformização dos registros que pormenoriza as condições do paciente, os procedimentos e tratamentos recebidos e também para estudos de sobrevivência e prognóstico de ressuscitação cardiorrespiratória.

Nesse contexto pretende-se realizar um estudo para registrar os atendimentos da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar através de um instrumento que contém variáveis de seguimento do atendimento, visando analisar essa prática entre os profissionais.

2- OBJETIVOS DA PESQUISA

Verificar a validade de conteúdo e a aplicabilidade do instrumento “Registro do Atendimento da PCR / RCR” adaptado do modelo proposto por ARAÚJO E ARAÚJO (2000).

Verificar o nível de concordância dos juízes quanto a adequação do conteúdo dos itens do instrumento.

Avaliar a aplicabilidade do instrumento, por meio da análise de registros da PCR e da RCR, efetuadas por enfermeiros.

Verificar a opinião dos enfermeiros quanto a aplicabilidade do instrumento após a experiência de sua utilização.

3- PROCEDIMENTOS A QUE VOCÊ SERÁ SUBMETIDO

Você será submetido a um treinamento durante seu horário de trabalho com duração aproximada de uma hora, para orientações sobre o preenchimento do instrumento da pesquisa.

Deverá realizar o preenchimento do instrumento “Registro do Atendimento da PCR/RCR” imediatamente após o atendimento da PCR que você presenciar no período de coleta de dados que será de outubro de 2003 a fevereiro de 2004.

Você terá direito a esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que porventura venham lhe ocorrer acerca dos assuntos abordados na pesquisa.

Você tem a garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que estará prestando à pesquisadora, sabendo de antemão que elas serão usadas com a finalidade única de divulgação e publicação científica, sempre garantindo sua privacidade.

Não haverá benefícios diretos desta pesquisa para você. No entanto, suas informações serão extremamente valiosas no sentido de planejamentos futuros acerca dos registros de atendimento à parada cardiorrespiratória.

4- ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa baseada no preenchimento de um instrumento de registro de atendimento, considerado de risco menor que o mínimo, uma vez que nenhum procedimento invasivo ou potencialmente lesivo lhe será aplicado. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, e que eventualmente poder-lhe-iam trazer algum prejuízo, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário.

5- OUTRAS INFORMAÇÕES

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido o (a) Sr(a) o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCM –UNICAMP, pelo telefone:(019) 3788-8936.

Campinas, ___/___/_____

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

Profa. Izilda Esmênia Muglia Araújo

Depto.Enfermagem-FCM-UNICAMP

Fone.:(019) 3788-8840

Ana Paula Boaventura

Depto. Enfermagem FCM-UNICAMP

Fone.:(019) 3788-8823

APÊNDICE VII

Tabela de Pontos atribuídos para correção do instrumento de Registro de Atendimento da PCR /RCR, preenchido por enfermeiros.

CONJUNTO DE DADOS	ITENS	SUBITENS PREENCHIDOS	VALOR ATRIBUÍDO (%)	TOTAL DE SUBITENS
PACIENTE		9	100	9
		8	88,8	
		7	77,7	
		6	66,6	
		5	55,5	
		4	44,4	
		3	33,3	
		2	22,2	
		1	11,1	
PCR		6	100	6
		5	83,3	
		4	66,6	
		3	50	
		2	33,3	
		1	16,6	
RCR		6	100	6
		5	83,3	
		4	66,6	
		3	50	
		2	33,3	
		1	16,6	
RCR	TERAPÊUTICA FARMACOLOGICA	3	100	3
		2	66,6	
		1	33,3	
RCR	TERAPÊUTICA ELÉTRICA	4	100	4
		3	75	
		2	50	
		1	25	
PÓS-RCR	Óbito	2	100	2
		1	50	
PÓS-RCR	RCE	8	100	8
		7	87,5	
		6	75	
		5	62,5	
		4	50	
		3	37,5	
		2	25	
		1	12,5	
EQUIPE DE ATENDIMENTO		10	100	10
		9	90	
		8	80	
		7	70	
		6	60	
		5	50	
		4	40	
		3	30	
		2	20	
		1	10	
ANOTAÇÕES		4	100	4
		3	75	
		2	50	
		1	25	