

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NAYARA DA SILVA LISBOA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUE RETORNOU À
CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA APÓS UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA:
O SABER, O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Moema da Silva Borges

BRASÍLIA - DF

2014

NAYARA DA SILVA LISBOA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE QUE RETORNOU À
CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA APÓS UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA:
O SABER, O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 03 de setembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Moema da Silva Borges – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professora Doutora Paula Regina de Souza Hermann – Membro Efetivo
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Professora Doutora Marcia Cristina da Silva Magro – Membro Efetivo
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Professora Doutora Valéria Bertonha Machado – Membro Suplente
Faculdade de Saúde – Universidade de Brasília

A todos os pacientes que sofreram PCR e suas famílias, aos quais prestei cuidados ao longo da minha pequena jornada profissional. Vocês foram o incentivo, o meio e a finalidade desta pesquisa!

AGRADECIMENTOS

A Deus, em quem me refugio em todos os momentos de dificuldade e me volto nos momentos de alegria.

À minha mãe e à minha irmã, que conviveram diariamente com as angústias desta jornada, compreendendo minhas ausências e me dando, nas suas formas particulares, o carinho e o amor de que tanto precisei.

Ao meu pai, que, mesmo de longe, sempre me apoiou e me incentivou. À Lara e ao Tiago, meus irmãozinhos que tanto amo.

A toda minha família, que de longe ou de perto, de uma forma ou de outra, ajudaram a construir o que sou hoje.

Em especial à Tia-Madrinha-Amiga-Enfermeira Ana Paula, por todos os conselhos e amor ao longo da vida.

Aos meus amigos Lídia, Ramon, Bárbara, Wendel, Marcus e Polly, por estarem sempre presentes, mesmo quando eu estava ausente; por me provocarem tantos risos, aliviando as angústias desta vida.

Às minhas amigas Patrícia, Marília, Ana Catarine e Natália, que me acompanharam durante toda a graduação e hoje me acompanham na vida, com os exemplos de enfermeiras e mulheres aos quais sempre me volto.

Ao Salomar, querido companheiro que está comigo desde o início deste desafio e tanto me incentivou com seu carinho e amor.

Aos meus amigos da UTI do HRC e da ESCS, com os quais aprendo diariamente e divido a tarefa de ser enfermeira e docente.

Aos enfermeiros e gerentes dos cenários que compuseram minha pesquisa, que abriram as portas de suas unidades e de seus corações, viabilizando a execução desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UnB, por agregarem importante conhecimento ao longo das disciplinas cursadas.

Aos colegas pós-graduandos (alguns já pós-graduados), por compartilharem suas experiências e dividirem os difíceis momentos do início deste percurso.

Ao Professor Pedro Sadi, pela atenciosa colaboração na análise dos dados estatísticos da minha pesquisa.

E, por fim, à minha orientadora (e amiga) Professora Moema Borges, que, ao longo desta jornada, sempre esteve comigo, caminhando junto ou me mostrando a direção quando era necessário que eu seguisse sozinha, com quem aprendi que, para cuidar (ou para orientar), é necessária muita competência (sim!), mas é necessário (acima de tudo!) amor pelo que faz.

O empirismo é a consciencialização do espírito da sua própria maturidade.

É a capacidade de perceber sinais, de compreender a sua organização, retirando deles saberes.

A origem de nossas ideias são as sensações. Mas só as começamos compreender quando podemos libertar elementos e encontrar elos entre eles.

É necessário partir das coisas que temos sob os olhos, mas não devemos parar aí; é necessário tirar delas uma compreensão, conhecimentos.

É o trabalho sobre as próprias coisas que alimenta o espírito.

O que permite pensar é a utilização dos sinais que permitem compor e recompor; é a partir daí que o espírito fixa conhecimentos e que é possível caminhar para o abstrato.

Condorcet
Philosophe des Lumières

"É no coração do homem que reside o princípio e o fim de todas as coisas."

Leon Tolstoi

RESUMO

LISBOA, N. S. **Cuidados de enfermagem ao paciente que retornou à circulação espontânea após uma parada cardiorrespiratória: o saber, o fazer e o sentir do Enfermeiro**. 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Nos últimos anos, os cuidados pós-PCR estão sendo enfatizados pelos protocolos internacionais. O enfermeiro tem importante papel nessa assistência, devendo alicerçar seus cuidados em um saber técnico-científico, dentro de um relacionamento terapêutico. Objetivase, nesta pesquisa, estudar e compreender o saber, o fazer e o sentir dos enfermeiros nos cuidados ao paciente que sofreu PCR e retornou ao ritmo cardíaco espontâneo. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo misto, composto de duas etapas, realizado com enfermeiros que atuam em prontos socorros de hospitais públicos do Distrito Federal (DF). Na primeira etapa, com uma abordagem quantitativa, utilizou-se um questionário para coleta de dados, composto de duas partes: a primeira continha dados de caracterização dos sujeitos; e a segunda continha 12 questões (uma aberta e as outras de múltipla escolha) sobre os cuidados prestados ao paciente no momento pós-PCR. Os resultados dessa etapa foram analisados estatisticamente, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, seguindo uma abordagem qualitativa. A análise do conteúdo do *corpus* gerado foi realizada com auxílio do *software* Alceste. O questionário foi respondido por 55 enfermeiros, dos quais 33 (60%) eram do sexo feminino. A média de tempo de formação foi de 6,5 anos e do tempo médio de atuação no Pronto Socorro foi de 4,4 anos. Entre os sujeitos da pesquisa, 50 (90,9%) possuem especialização *lato sensu* e 1 (1,8%) possui a pós-graduação *Stricto Sensu* na modalidade mestrado. Identificaram-se lacunas importantes no conhecimento dos enfermeiros e verificou-se que as notas obtidas pelos enfermeiros do SAMU foram maiores que a nota dos enfermeiros que não são lotados neste serviço. Dos enfermeiros que responderam o questionário, 14 foram selecionados para a etapa seguinte. A partir da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram 6 categorias. A primeira, denominada *Comunicação interpessoal com os familiares*, faz referência ao papel desempenhado pelos profissionais no processo de comunicação/informação. A segunda categoria distingue os *Sentimentos frente à gravidade da doença e a frustração da perda*, evidenciando o sofrimento por qual o profissional passa no cuidado a esse paciente. A terceira categoria descreve *Os cuidados de Enfermagem no Pós-PCR* e cita as principais intervenções, de acordo com as diretrizes do cuidado pós-PCR. A quarta categoria aponta a *Gestão Institucional do Processo de Cuidar* e refere facilidades e dificuldades institucionais. As duas últimas categorias referem-se ao conhecimento e apontam o *Papel do saber na qualificação dos cuidados pós-PCR* e o acesso ao conhecimento por meio da *Política de Educação Permanente da SES/DF*. Conclui-se que o enfermeiro tem importante papel nos cuidados pós-PCR, sobretudo nas ações que envolvem a avaliação do indivíduo e a vigilância na prevenção de possíveis complicações. A fim de qualificar o cuidado, é necessário aumentar a oferta de cursos de atualização, além de disponibilizar recursos humanos, materiais e físicos adequados para uma assistência integral ao paciente. Os enfermeiros demonstraram, ainda, sofrimento e angústia nesse contexto de cuidados, principalmente quando o paciente morre e expressou o desejo de expor e refletir sobre esses sentimentos.

Descritores: Parada Cardíaca. Cuidados de Enfermagem. Políticas Públicas. Educação Continuada e Sentimentos.

ABSTRACT

In recent years, the post-cardiac arrest care is emphasized by international protocols. The nurse has an important role in the care of this patient, should base their care in a technical-scientific knowledge, within a therapeutic relationship. In this research, we aim to study and understand the know, do and feel of nurses providing care to patients who suffered cardiac arrest and returned to the spontaneous heart rate. It is a mixed descriptive exploratory study consists of two steps, conducted with nurses working in emergency rooms (ER) of public hospitals in de Distrito Federal. In the first stage, with a quantitative approach, we used a questionnaire to collect data composed of two parts: the first contained data from characterization of the subjects; and the second contained 12 questions (one open and the other multiple choice) on the care provided to the patient during post-PCR. The results of this step were analyzed statistically with a significance level of 5% ($p < 0,05$). In the second stage, interviews from a semi-structured script were made following a qualitative approach. The content analysis of the generated corpus was performed using the Alceste software. The questionnaire was completed by 55 nurses, of which 33 (60%) were female. The average training time was 6,5 years and the average time working in the ER was 4,4 years. Among the subjects, 50 (90,9%) have *lato sensu* specialization, and 1 (1,8%) have post-graduation studies in master program. We identified important gaps in knowledge of nurses and found that the marks obtained by the SAMU nurses were higher than the score of the nurses who are not crowded this service. Of nurses who answered the questionnaire, 14 were selected for the next step. From the content analysis of the interviews, six categories emerged. The first, called *Interpersonal communication with family*, refers to the role played by professionals in the communication process/information. The second category distinguishes *Emotions according to the severity of illness and the frustration of the loss*, showing the suffering that goes on in the professional care to that patient. The third category describes *Nursing Care in Post-PCR* and cites the main interventions in accordance with the guidelines of post-cardiac arrest care. The fourth category points Institutional Management of Care Process and regards facilities and institutional difficulties. The last two categories refer to knowledge and point the *Role of Knowledge in the qualification of post-cardiac arrest care* and *access to knowledge through the SES/DF Continuing Education Policy*. We conclude that nurse has an important role in post-PCR care, especially in actions involving the assessment of the individual and the surveillance to prevent possible complications. In order to qualify the care, it must increase the supply of refresher courses, in addition to providing adequate for comprehensive patient care human, material and physical resources. Nurses also demonstrated grief and anguish in this context of care, especially when the patient dies and expressed a desire to expose and reflect on those feelings.

Descriptors: Heart Arrest. Nursing Care. Public Policy. Continuing Education and Emotions.

RESUMEN

En los últimos años, los cuidados post-parada cardiaca son enfatizados por los protocolos internacionales. La enfermera tiene un papel importante en el cuidado de este paciente y debe sustentar su atención en un conocimiento técnico-científico, dentro de una relación terapéutica. Nuestro objetivo en este estudio de investigación es entender el saber, hacer y sentir de las enfermeras que atienden a los pacientes que sufrieron un paro cardíaco y volvieron a la frecuencia cardiaca espontánea. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo mixto y consta de dos pasos, realizado con enfermeras que trabajan en las salas de emergencia de los hospitales públicos do Distrito Federal. En la primera etapa, con un enfoque cuantitativo, se utilizó un cuestionario para recoger datos compuestos de dos partes: la primera contenía los datos de caracterización de los sujetos; y la segunda contenía 12 preguntas (una abierta y la otra opción múltiple) en la atención prestada al paciente durante la post-PCR. Los resultados de este paso se analizaron estadísticamente con un nivel de significación de 5% ($p < 0,05$). En la segunda etapa, se realizaron entrevistas de un guión semiestructurado siguiendo un enfoque cualitativo. Se realizó el análisis de contenido del corpus generado utilizando el software Alceste. El cuestionario fue completado por 55 enfermeros, de los cuales 33 (60%) eran mujeres. El promedio de tiempo de entrenamiento fue de 6,5 años y el tiempo medio de trabajo en la sala de emergencia fue de 4,4 años. Entre los sujetos, 50 (90,9%) tienen conocimientos especializados *lato sensu* y 1 (1,8%) tienen estudios de postgrado en modo maestro. Identificamos importantes lagunas en el conocimiento de las enfermeras y se encontró que las calificaciones obtenidas por los enfermeros del SAMU fueron mayores que la puntuación de las enfermeras que no forman parte de este servicio. De las enfermeras que respondieron al cuestionario, 14 fueron seleccionados para el siguiente paso. Desde el análisis de contenido de las entrevistas, surgieron seis categorías. La primera llamada *Comunicación interpersonal con la familia*, se refiere al papel desempeñado por los profesionales en el proceso de comunicación/información. La segunda categoría se distingue *Sentimientos de acuerdo con la gravedad de la enfermedad y la frustración de la pérdida*, que muestra el sufrimiento que se produce en el cuidado profesional para ese paciente. La tercera categoría describe *Cuidados de Enfermería en el Post-PCR* y cita las principales intervenciones de acuerdo con las directrices de la atención post-parada cardiaca. La cuarta categoría es *Gestión Institucional de Cuidado de Proceso* y que se refiere a las instalaciones y las dificultades institucionales. Las dos últimas categorías se refieren al conocimiento y señalan *el Papel del conocimiento en la calificación de la atención post-paro cardíaco* y *el Acceso al conocimiento a través de la Política de Educación Continua SES/DF*. Llegamos que la enfermera tiene un papel importante en la atención post-PCR, especialmente en las acciones que involucran la evaluación del individuo y de la vigilancia para evitar posibles complicaciones. Para calificar el cuidado, debe aumentar la oferta de cursos de actualización, además de proporciona adecuados recursos humanos, materiales y físicos para una atención integral al paciente. Las enfermeras también demostraron dolor y angustia en este contexto, especialmente cuando el paciente muere y expresaron el deseo de exponer y reflexionar sobre esos sentimientos.

Descriptores: Paro cardíaco. Atención de enfermería. Política pública. Educación continuada y emociones.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cadeia de Sobrevivência de Atendimento Cardiovascular de Emergência da <i>American Heart Association</i>	20
Figura 2. Cuidados de Enfermagem. Brasília, 2014.....	25
Figura 3. Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências.....	47
Figura 4. Regiões de Saúde do DF.	49
Figura 5. Distribuição das médias das notas em relação ao sexo dos enfermeiros. Brasília, 2014.	66
Figura 6. Distribuição das médias das notas em relação a atualização em PCR. Brasília, 2014.	67
Figura 7. Distribuição das médias das notas em relação ao tempo decorrido da última atualização em PCR.....	68
Figura 8. Distribuição das médias das notas em relação ao tempo de atuação no PS. Brasília, 2014.	68
Figura 9. Distribuição das notas em relação à lotação dos enfermeiros. Brasília, 2014.	69
Figura 10. Dendograma com as categorias que emergiram da análise das entrevistas. Brasília, 2014.	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos serviços de emergência fixos e dos atendimentos realizados no Distrito Federal no ano de 2013. Brasília, 2014.	49
Tabela 2. Perfil dos enfermeiros que atuam nos cenários da pesquisa. Brasília, 2014.	64
Tabela 3. Distribuição das frequências de enfermeiros pelo tempo de realização de curso sobre parada cardiorrespiratória. Brasília, 2014.	65
Tabela 4. Causas da parada cardiorrespiratória identificadas pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	70
Tabela 5. Mecanismos fisiopatológicos da Síndrome pós-parada cardiorrespiratória identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	71
Tabela 6. Medidas terapêuticas empregadas em caso de hipotensão identificadas pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	72
Tabela 7. Saturação de oxigênio ideal identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	72
Tabela 8. Fração de inspiração de oxigênio ideal identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	73
Tabela 9. Parâmetros da gasometria arterial corretamente definidos pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	74
Tabela 10. Alteração na temperatura a ser evitada identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	74
Tabela 11. Parâmetros que devem ser avaliados no período pós-parada cardiorrespiratória identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	75
Tabela 12. Parâmetros para avaliar a função neurológica identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	76
Tabela 13. Enfermeiros que presenciaram a prática da hipotermia terapêutica. Brasília, 2014.	76
Tabela 14. Temperatura que deve ser atingida durante a hipotermia terapêutica identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	77
Tabela 15. Cuidados que devem ser prestados durante a hipotermia terapêutica identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Causas reversíveis da Parada Cardiorrespiratória. Brasília, 2014.	28
Quadro 2. Parâmetros hemodinâmicos. Brasília, 2014.	31
Quadro 3. Causas da Parada Cardiorrespiratória e os cuidados de enfermagem. Brasília, 2014.	38
Quadro 4. Caracterização dos cenários da pesquisa. Brasília, 2014.....	56
Quadro 5. Parâmetros que devem ser avaliados nos cuidados pós-Parada Cardiorrespiratória. Brasília, 2014.....	75

LISTA DE SIGLAS

AHA – American Heart Association
DF – Distrito Federal
ECG – Eletrocardiograma
EtCO₂ – Exalação final de Dióxido de Carbono
FC – Frequencia Cardíaca
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HRBz – Hospital Regional de Brazlândia
HRC – Hospital Regional de Ceilândia
HRG – Hospital Regional do Gama
HRGu – Hospital Regional do Guará
HRPa – Hospital Regional do Paranoá
HRPI – Hospital Regional de Planaltina
HRS – Hospital Regional de Sobradinho
HRSam – Hospital Regional de Samambaia
HRSM – Hospital Regional de Santa Maria
HRT – Hospital Regional de Taguatinga
HT – Hipotermia Terapêutica
ICP – Intervenção Coronariana Percutânea
Irpm – Incursões Respiratórias por Minuto
NEPS – Núcleos de Educação Permanente em Saúde
PaCO₂ – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PAM – Pressão Arterial Média
PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio no Sangue Arterial
PAS – Pressão Arterial Sistólica
PCR – Parada Cardiorrespiratória
PVC – Pressão Venosa Central
PS – Pronto Socorro
RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SaO₂ – Saturação de Oxigênio

SSPCR – Síndrome Pós-PCR

SUS – Sistema Único de Saúde

UP – Úlcera por Pressão

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VM – Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

Apresentação	17
Introdução.....	19
1 Referencial Teórico	24
1.1 Os Cuidados (<i>care</i>) e os Cuidados (<i>cure</i>)	24
1.2 Fisiopatologia e tratamento da SPPCR	27
1.2.1 Otimização do Suporte Ventilatório	29
1.2.2 Otimização do Suporte Hemodinâmico	30
1.2.2.1 Intervenção Coronariana Percutânea	32
1.2.3 Otimização do Suporte Neurológico.....	32
1.2.3.1 Controle das convulsões	33
1.2.3.2 Sedação.....	33
1.2.4 Controle da Glicemia	34
1.2.5 Controle da temperatura.....	34
1.2.5.1 Hipotermia terapêutica	34
1.2.6 Outras medicações	36
1.3 Cuidados de Enfermagem no Pós-PCR.....	36
1.3.1 Cuidados (<i>Cure</i>).....	37
1.3.1.1 Identificação e tratamento da causa da PCR	37
1.3.1.2 Monitorização hemodinâmica	39
1.3.1.3 Suporte ventilatório	40
1.3.1.4 Suporte neurológico.....	40
1.3.1.5 Controle da temperatura	41
1.3.2 Cuidados (<i>Care</i>).....	41
1.3.2.1 Prevenção de infecções.....	42
1.3.2.2 Prevenção de Úlcera por Pressão.....	43
1.3.2.3 Atenção e suporte à família do paciente.....	43
1.4 Políticas Públicas de Emergência no Brasil e no Distrito Federal	44
1.4.1 Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Saúde Toda Hora	46
1.4.2 Atendimento às urgências e emergências no Distrito Federal.....	48
1.4.3 Desafios	51
2 Método.....	54

2.1 Local de Estudo.....	55
2.2 Participantes	57
2.2.1 Critérios de inclusão	58
2.2.2 Critérios de exclusão.....	58
2.3 Coleta de dados	59
2.3.1 Etapa 1 - Aplicação de Questionário	59
2.3.2 Análise dos dados da Etapa 1	60
2.3.3 Etapa 2 - Realização de Entrevista	61
2.3.4 Análise dos dados da Etapa 2	62
2.4 Considerações Éticas.....	62
3 Resultados e Discussão.....	63
3.1 Etapa 1 - A avaliação sobre o Saber dos Enfermeiros	63
3.1.1 Avaliação das notas obtidas no questionário	66
3.1.2 Avaliação das questões	70
3.2 Etapa 2 - Vivências dos enfermeiros frente ao cuidado Pós-PCR	78
3.2.1 O eixo dos Sentimentos	80
3.2.1.1 Comunicação interpessoal com os familiares.....	80
3.2.1.2 Os sentimentos frente à gravidade da doença e a frustração da perda.....	85
3.2.2 O eixo dos Cuidados	89
3.2.2.1 Os cuidados de Enfermagem no Pós-PCR	90
3.2.2.2 A gestão institucional do processo de cuidar	93
3.2.3 O eixo do Conhecimento	101
3.2.3.1 O saber que qualifica os cuidados pós-PCR.....	101
3.2.3.2 A Política de Educação Permanente da SES/DF	105
Referências	114
Apêndice 1 - Questionário.....	122
Apêndice 2 - Roteiro para Correção do Questionário	127
Apêndice 3 - Roteiro para Entrevista	131

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelos Cuidados Pós-Parada Cardiorrespiratória (PCR) despertou em 2010, quando eu trabalhava no Pronto Socorro (PS) do Hospital Regional de Gurupi/Tocantins. Era a minha primeira experiência profissional e foi lá que emergiram as primeiras percepções sobre a realidade e a complexidade do SER enfermeira.

Em um dos meus primeiros plantões, prestei cuidados a uma paciente que deu entrada no serviço em coma diabético e, transcorridos alguns minutos dos atendimentos iniciais, apresentou uma PCR. Todas as manobras de reanimação foram empregadas: compressões torácicas, intubação orotraqueal, ventilação mecânica e todas as medicações-padrão para o quadro. Após cerca de 50 minutos de manobras, o monitor mostrou que o coração da paciente começou a reagir e apresentar um ritmo espontâneo. Aquele instante representou o auge de tudo que eu mais apreendi durante a graduação: salvar vidas. Apesar de exausta, fiquei satisfeita com aquele resultado.

Entretanto, cerca de uma hora depois, a paciente começou a se desestabilizar e, quando eu estava deixando o plantão, ela apresentou disritmias cardíacas, morrendo momentos depois. Para tal realidade, eu não recebi treinamento da universidade, eu não estava preparada. Um atendimento que tinha exigido tanta habilidade e considerável esforço físico havia finalizado com a morte daquela mulher. O sentimento de profissional-herói que havia se estabelecido inicialmente foi substituído por sentimento de frustração profissional.

A partir da tomada de consciência do fato, diferentes questionamentos vieram à minha mente: 1 – todas as manobras foram implantadas, de acordo com o protocolo; por que eu não havia conseguido salvá-la?; 2 – que mais eu poderia ter feito para que aquela vida não fosse perdida?; 3 – como compreender a morte de uma pessoa tão jovem, que poderia ser a minha mãe?; 4 – como lidar com a família daquela paciente que, de forma brusca e inesperada, acabara de perder um ente querido?

Tais inquietações me motivaram a procurar conhecimento sobre os cuidados a serem prestados aos pacientes que sofreram PCR e foram reanimados com sucesso. Ao entrar em contato com o novo protocolo da *American Heart Association* (AHA) e as diretrizes para os cuidados pós-PCR Integrados, encontrei parte da resposta às minhas perguntas. Mas a inquietação permanecia e eu me perguntava: o que eu, como enfermeira, poderia fazer para melhorar o atendimento à vítima de uma PCR? Como lidar com os sentimentos que emergiam

em situações de perdas de pacientes que ficaram sob nossos cuidados? Será que meus colegas também eram tomados por sentimentos de frustração em situações como essa? Quais seriam os desafios para lidar com essa realidade?

Todas essas questões motivaram a realização deste estudo e, durante o processo de delineamento e execução, aprendi muito sobre os cuidados pós-PCR. Esse novo olhar ampliou a compreensão sobre o meu papel diante de um paciente que foi reanimado após uma PCR.

Chamaram minha atenção os estudos que evidenciam as altas taxas de mortalidade por PCR e a compreensão de que os cuidados de enfermagem são fortemente influenciados pelas condições institucionais. Mas o grande ganho foi identificar nos meus colegas as mesmas angústias que eu senti no dia que perdi aquela paciente no PS do Hospital de Gurupi. Essa identificação me deu certo sentido de pertencimento. Dessa forma, pude ressignificar aquela morte e tantas outras que ocorreram na minha trajetória profissional, fortalecendo-me como cuidadora e como pessoa.

Assim, apesar do rigor do método, sinto-me coautora dos resultados que serão apresentados neste estudo, pois eles não foram isentos da minha visão de mundo. Também fui a primeira beneficiada pelos mesmos.

Espero que os benefícios se estendam aos pacientes que sofreram PCR e retornaram à circulação espontânea, ampliando suas chances de sobrevivência sem sequelas, e ao enfermeiro, protagonista do cuidado, evidenciando a necessidade constante de momentos para atualizar seus conhecimentos, lutar por melhores condições de trabalho e ressignificar os seus sentimentos. Espero ainda que os gestores da saúde compreendam as nossas angústias e demandas e formulem políticas para humanizar o cuidado aos pacientes, familiares e profissionais.

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a interrupção da atividade cardíaca mecânica, confirmada pela ausência dos sinais de circulação. Esse evento lidera a causa de morte na Europa, afetando aproximadamente 350 mil a 700 mil indivíduos por ano. No Brasil, estima-se que, no mesmo período, 200 mil indivíduos sejam vítimas de PCR, sendo que os problemas cardiovasculares são as principais causas dessas mortes (JACOBS et al., 2004; LOURENCINI, 2011; GONZALEZ et al. 2013).

Nos últimos anos, além das ações para prevenir os problemas cardiovasculares, tem-se avançado muito nas manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), com o intuito de diminuir a incidência das mortes ocasionadas pela PCR. O sucesso das manobras se caracteriza pelo retorno à circulação espontânea, que ocorre quando o ritmo cardíaco do indivíduo é capaz de manter a perfusão dos órgãos (JACOBS et al., 2004).

Ainda que as manobras sejam realizadas de acordo com o protocolo, atinge-se apenas 30% da circulação sanguínea normal do indivíduo. Portanto, o organismo fica submetido a um estado de hipoperfusão sistêmica por certo período e, mesmo retornando à circulação cardíaca espontânea, todos os órgãos e tecidos continuam sofrendo as consequências desse evento. Dessa forma, o estado da vítima ainda é grave e observa-se um quadro que caracterizado pela injúria cerebral, disfunção miocárdica e uma resposta sistêmica à isquemia/reperfusão, denominado Síndrome Pós-PCR (SPPCR) (FEITOSA-FILHO et al., 2009; HAZINSKI et al., 2010).

Diante do quadro descrito, os cuidados dispensados ao paciente no período pós-PCR devem incluir a otimização dos suportes hemodinâmico, respiratório e neurológico, com a identificação e tratamento das causas da PCR e monitorização da temperatura (AHA, 2010).

O Consenso Científico Internacional de 2010 enfatiza que os protocolos de cuidados pós-PCR devem incluir também o controle da glicose e a intervenção coronária percutânea. Esse Consenso destaca que os cuidados devem ter continuidade em ambiente de cuidados intensivos, com tratamento multidisciplinar, especializado e avançado do estado neurológico e fisiológico do paciente (HAZINSKI et al., 2010).

Os cuidados pós-PCR foram incluídos pela primeira vez no Suporte Avançado de Vida em Cardiologia nas Diretrizes da *American Heart Association* (AHA) para RCP no ano de 2005. Com a publicação das Diretrizes da AHA para RCP, em 2010, esses cuidados foram

reafirmados e ganharam mais ênfase com a inclusão de um quinto item na Cadeia de Sobrevivência: Cuidados pós-PCR integrados, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1. Cadeia de Sobrevivência de Atendimento Cardiovascular de Emergência da *American Heart Association*.



Fonte: AHA, 2010.

As altas taxas de mortalidade decorrentes da PCR, mesmo com os recentes avanços no tratamento na RCP, conferem ainda maior destaque para os cuidados pós-PCR. Um estudo prospectivo multicêntrico da *National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation*, realizado em hospitais dos Estados Unidos e do Canadá, evidenciou taxas de mortalidade de 81% e 73% para adultos e crianças, respectivamente (NADKARNI *et al.*, 2006).

Em estudo realizado na Itália, Citero *et al.* (2002) encontraram taxa de sobrevivência de 9% após 24h do evento e apenas de 6,17% após trinta dias do ocorrido. Um estudo realizado em Porto Alegre verificou que apenas 23,7% dos indivíduos retornaram ao ritmo cardíaco espontâneo após as manobras de RCP. Dos pacientes inicialmente atendidos, 16,8% sobreviveram por mais de 24h e 5,5% estavam vivos após 30 dias (GOMES, 2004).

Pesquisa mais recente constatou que 52,5% dos pacientes estudados sobreviveram à PCR, dos quais apenas 10,8% chegaram ao trigésimo dia com vida (IGLESIAS-LLACA *et al.*, 2013).

O sucesso das manobras de RCP não finaliza, assim, o atendimento ao paciente que sofreu PCR, sendo necessário que a equipe multiprofissional se volte para as consequências da hipoperfusão sistêmica às quais o organismo fica submetido, a fim de não apenas melhorar as chances de vida do indivíduo, mas também de diminuir os danos decorrentes da falha abrupta da função cardíaca.

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel primordial, uma vez que é o profissional que protagoniza ações essenciais de cuidado e gerenciamento, além de ser intermediário entre a família e a equipe de atendimento (MONTEZELI, 2009).

Para exercer seu papel com primazia, é fundamental que o profissional alicerce seus cuidados em um saber técnico-científico, que permita articulação teórico-prática e amplie a reflexão crítica sobre o seu trabalho. Nessa reflexão, o enfermeiro identifica pontos que precisam ser melhorados e meios para qualificar sua assistência (MONTANHA e PEDUZZI, 2010). Dessa forma, no cenário dos cuidados pós-PCR, uma assistência de qualidade exige que o enfermeiro ancore os seus cuidados em evidências científicas a respeito da fisiopatologia da SPPCR e das medidas terapêuticas empregadas.

O cuidado, entretanto, não ocorre em forma unidirecional. Ele acontece dentro de um relacionamento terapêutico, no qual o enfermeiro não é apenas agente do cuidado, mas também receptor nessa relação. Os sentimentos despertados não apenas o atingem como cuidador-enfermeiro, mas também movem os cuidados e os conhecimentos envolvidos na sua prática (FILIZOLA e FERREIRA, 1997).

No ambiente de cuidados emergenciais, o enfermeiro é sobrecarregado física e emocionalmente: de um lado, pela complexidade das tarefas que devem ser cumpridas, pelo número insuficiente de profissionais disponíveis e pelo grande número de pacientes a serem atendidos; por outro, pelo sofrimento do paciente e da família que, pela natureza do trabalho de enfermagem, o mantém em contato mais próximo do núcleo familiar (KOVÁCS, 2010).

Adicionalmente, o convívio com a dor, a perda e a morte, comuns nesse ambiente, remete a processos internos e expõe fragilidades, medos e incertezas, que nem sempre os profissionais são autorizados a compartilhar (KOVÁCS, 2010).

O sofrimento que advém dessa realidade pode suscitar mecanismos de defesa, como a somatização, negação do fato, ocultação da dor, fragmentação da relação profissional-paciente/família e banalização do sofrimento. Tais defesas, entretanto, não eliminam a angústia do profissional, apenas escamoteiam a situação, favorecendo os escapes ou o transbordamento de emoções que interferem na relação profissional-paciente-família que, no extremo, geram a Síndrome de Burnout (KOVÁCS, 2011).

Nesse contexto, é fundamental identificar as situações que geram o sofrimento de quem cuida, a fim de sugerir meios para que esses profissionais exerçam seu fazer em um contexto mais salutar, favorecendo a construção de uma identidade mais humana (KOVÁCS, 2011). Sabe-se que quando o cuidador é cuidado, ele compreende melhor o sofrimento de seus pacientes e consegue ser mais empático (KOVÁCS, 2010).

A qualificação do cuidado ultrapassa, assim, a questão do conhecimento técnico científico. O enfermeiro deve dispor de estabilidade emocional e capacidade de estabelecer um bom relacionamento interpessoal, além de desenvolver ações voltadas para humanização dos cuidados realizados (BORGES e PINHO, 2013).

Diante dessas considerações iniciais, entende-se ser importante e justificável proceder a um estudo que desvele os desafios dos profissionais que atuam em serviços de emergência e atendem a pacientes que sofrem uma PCR. Espera-se contribuir para a melhoria da prática clínica e para a organização dos serviços de enfermagem e emergência. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral estudar e compreender o saber, o fazer e o sentir dos enfermeiros que prestam assistência ao paciente que sofreu parada cardiorrespiratória e retornou ao ritmo cardíaco espontâneo. Pretende-se ainda atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Traçar o perfil dos enfermeiros que atuam nas unidades de emergências de hospitais públicos do DF;
2. Avaliar o conhecimento dos profissionais acerca dos cuidados necessários no período pós-PCR (saber);
3. Identificar os cuidados prestados pelos enfermeiros ao paciente que sofreu PCR (fazer);
4. Apreender a percepção do profissional frente aos cuidados prestados (sentir); e
5. Identificar as facilidades e as dificuldades encontradas por eles nesse contexto.

Optou-se por estudar, de forma separada, o Saber, o Fazer e o Sentir do enfermeiro apenas por uma questão didática, pois se espera, por meio do olhar acurado a cada uma das três dimensões, compreender o todo por meio do relacionamento de uma com a outra.

Destarte, são apontados, a partir da integração das três dimensões, caminhos que possibilitem a construção de um cuidado integral para benefício, sobretudo, dos pacientes, mas também dos enfermeiros que se estiverem preparados para uma assistência mais qualificada, podem minimizar a sobrecarga emocional à qual ficam submetidos.

O presente estudo está estruturado em 5 partes, organizando-se da seguinte forma:

- Parte I - O Referencial Teórico:
 - Cuidados (*care*) e os Cuidados (*cure*): a finalidade principal é diferenciar os dois termos, a fim de subsidiar a compreensão da natureza dos cuidados de enfermagem necessários ao paciente que sofreu PCR.

- Fisiopatologia e tratamento da SPPCR: objetiva o esclarecimento do quadro que se instala após a falha abrupta do coração;
- Cuidados de enfermagem relacionados ao momento pós-PCR: apresenta os principais cuidados de enfermagem que deverão ser prestados para o paciente que sofreu uma PCR e retornou ao ritmo cardíaco espontâneo;
- Política pública de atenção às urgências e emergências no Brasil e no Distrito Federal: proporciona a compreensão do contexto político de onde ocorre o atendimento ao paciente que sofreu PCR, bem como das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e sua conformação no Distrito Federal;
- Parte II - Método: expõe o caminho metodológico seguido, a fim de se apreender o saber, o fazer, e o sentir do enfermeiro nos cuidados pós-PCR;
- Parte III - Resultados e Discussão: revela, de forma detalhada, os resultados obtidos, explicitando o universo dos cuidados de enfermagem no momento Pós-PCR.
- Parte IV - Conclusão: apresenta respostas aos objetivos desta pesquisa e reflexões a respeito das dimensões que permeiam a prática cotidiana de quem cuida do paciente que sofreu uma PCR.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 OS CUIDADOS (*CARE*) E OS CUIDADOS (*CURE*)

O cuidado de enfermagem é complexo e demarcado por um amplo cenário de possíveis ações. No bojo dessa complexidade é preciso considerar: 1 - que, apesar de serem universais e multidimensionais, eles se singularizam, a depender dos sistemas social, econômico e cultural das pessoas envolvidas; e 2 - que o campo de competência da enfermagem localiza-se numa zona de intercessão entre o cuidado e o tratamento. E embora esses possam ser confundidos com a aplicação de uma técnica, são, na verdade, frutos de um conjunto de ações que se baseiam nas leis que presidem a saúde, com as quais se confundem, porque são da mesma natureza e essenciais tanto para a manutenção quanto para a reparação da vida (COLLIÈRE, 1999).

Sendo assim, os cuidados de enfermagem organizam-se em duas tendências, de acordo com a sua natureza: a) cuidados de manutenção (*care*), que se caracterizam por um conjunto de ações que asseguram a continuidade da vida, a exemplo de atividades de comer, beber, evacuar e tudo que possibilita e favorece as trocas necessárias para a sustentação da vida; b) cuidados de reparação ou tratamento (*cure*), que se organizam em torno de um conjunto de ações dispensadas quando a vida se depara com algum obstáculo, a exemplo da doença, dos casos de acidente, em situações de guerra, entre outros (COLLIÈRE, 1999)

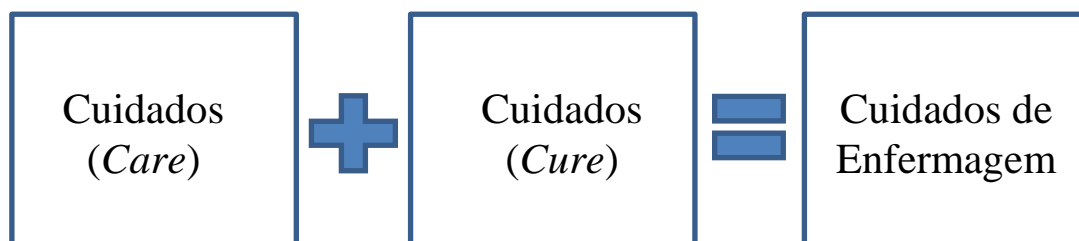
A depender da situação, embora ambos sejam vitais à manutenção da homeostase humana, mudam de foco de acordo com o contexto da saúde ou da doença e constituem as duas faces da moeda do fazer da enfermagem (COLLIÈRE, 1999; BORGES, 2011).

Quando se estudam os cuidados a pacientes que sofreram uma PCR e retornaram à respiração espontânea, de que lado da moeda do cuidado estamos falando? Será possível privilegiar apenas um lado? A resposta é não. Para explicar isso, optou-se por incluir essa breve discussão sobre a natureza dos cuidados de enfermagem no estudo.

Muito embora, pela gravidade do quadro do paciente acometido por uma PCR, os cuidados de natureza *cure* sejam preponderantes, entende-se importante ressaltar que um cuidado de enfermagem, mesmo frente a uma doença grave, só se efetiva quando acontece a

união entre as ações que privilegiem tanto os cuidados (*cure*) quanto os cuidados (*care*), conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2. Cuidados de Enfermagem. Brasília, 2014.



Enfatiza-se esse aspecto porque, nas instituições de saúde, sobretudo no hospital, a abordagem fragmentada/tecnicista da medicina biomédica influencia fortemente a prática de enfermagem, propiciando a naturalização de um modo de cuidar que separa o corpo da mente e do espírito, e as pessoas de seu meio ambiente. O olhar cada vez mais especializado para a doença, de forma isolada, deixa de lado o contexto global das condições de saúde e adoecimento.

Essa tendência impacta diretamente a qualidade do cuidado de enfermagem, repercutindo na identidade profissional. Ao minimizar a valorização dos cuidados (*care*) em detrimento dos cuidados (*cure*), perde-se a real finalidade do cuidar em enfermagem. Mesmo que temporariamente, e em certas circunstâncias, os cuidados (*cure*) signifiquem os cuidados que salvam, ou seja, as ações indispensáveis em determinada situação grave, eles, de forma isolada, não podem se prolongar por muito tempo, sob pena de colocar em risco a própria vida, conforme explicitado nas palavras de Collière (1999):

Quando há prevalência do *cure* em sobre o *care*, isto é, dos cuidados de reparação negligenciando os cuidados cotidianos e habituais, há aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa, de tudo que a faz desejar reagir, porque há esgotamento das fontes de energia vital, sejam de que natureza forem (física, afetiva, social, etc.). Esta aniquilação pode ir até a deterioração irreversível.

Quanto à natureza, os cuidados (*care*) são descritos abaixo:

- Cuidados de estimulação, que despertam as capacidades fundamentais da vida, seja no início (como mamar e respirar) ou após situações que diminuíram essas capacidades (como voltar a andar após um período de coma);

- Cuidados de conforto, que fortalecem a segurança física e afetiva, permitindo aquisição de confiança e favorecendo a renovação e a integração da experiência;
- Cuidados de parecer, que promovem a imagem de si próprio e o sentimento de pertença ao grupo e são fundamentais para manter o desejo de comunicação e partilha;
- Cuidados de compensação, que substituem aquilo que ainda não foi totalmente adquirido ou que foi perdido, assegurando as funções vitais;
- Cuidados de manutenção da vida, que atendem às necessidades da vida cotidiana, como lavar-se e vestir-se;
- Cuidados de apaziguamento, que permitem o alívio da dor e contribuem para superar melhor os momentos de grande sofrimento, facilitando a melhor utilização dos recursos físico-afetivos e atenuando a repercussão psicomental desses momentos.

Na natureza dos cuidados (*cure*), a doença é o campo de atuação do enfermeiro. Nesse domínio varia com diferentes níveis de responsabilidade: 1 - atuação com total autonomia, que depende apenas da decisão e iniciativa do enfermeiro; 2 - atuação que está acoplada à prescrição do médico, ligado ao diagnóstico e tratamento da doença; e 3 - atuação onde as responsabilidades são compartilhadas e que depende do enfermeiro para execução do tratamento (COLLIÈRE, 1999).

A distinção da natureza desses dois tipos de cuidado desvela um grande desafio para o fazer da enfermagem. Ela aponta para uma encruzilhada que dá acesso a duas orientações fundamentais ligadas aos cuidados de enfermagem, das quais nenhum profissional pode escapar, pois elas precisam ser parte integrante do seu saber, fazer e sentir.

Embora os cuidados pós-PCR sejam oriundos das orientações baseadas na fisiopatologia da SPPCR e regida por protocolos clínicos, cabe ao domínio de decisão e iniciativa do pessoal de enfermagem a execução dessas técnicas, mantendo atenção à interação existente entre cuidado e tratamento. Portanto, no contexto de uma doença grave, ele também pode ser chamado de tratamento de enfermagem.

Nessa perspectiva, o tratamento não pode se confundir ou substituir os cuidados, embora no contexto da PCR eles possam se mesclar. Sua “razão de ser é acompanhar, confortar, tudo o que permite existir” e não se restringe apenas à PCR, mas ao ser que sofreu a PCR (COLLIÈRE, 2003).

Dessa forma, o pessoal de enfermagem precisa atentar para dois aspectos importantes e que merecem máxima consideração: o primeiro destaca que, na assistência à saúde, nenhum campo de competência profissional pode ser privilegiado em detrimento de outro tipo de saber. O segundo enfatiza que, quando a responsabilidade do tratamento é partilhada entre o enfermeiro e o médico, a atenção do enfermeiro não deve se fixar na doença, de forma isolada. Sobretudo nessa condição, o cuidado de enfermagem situa-se, por um lado, numa relação com tudo o que melhora as condições que favorecem a promoção e prevenção da saúde, objetivando limitar a doença e, por outro, em relação a tudo que recupera, revitaliza a pessoa doente (COLLIÈRE, 1999; BORGES, 2011).

Depreende-se, assim, a importância do enfermeiro, que é fundamental, seja no seu campo de atuação autônoma ou quando sua atuação compartilha responsabilidades com a equipe médica.

É importante ressaltar que a centralidade do papel do enfermeiro não está apenas circunscrita à atenção, às necessidades do paciente, mas também às dos familiares, que precisam se ajustar às mudanças sofridas na unidade familiar, a fim de enfrentar a doença. A família, abalada pelo risco de perder o ente querido, também irá requerer cuidados de confortação, de parecer e de apaziguamento, a fim de reestabelecer-se como unidade.

A seguir serão abordadas a fisiopatologia e as terapias preconizadas, a fim de favorecer a compreensão da ameaça à vida que se instala após uma PCR em decorrência da hipoperfusão sistêmica que ocorre com a falha da bomba cardíaca.

1.2 FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO DA SPPCR

Os cuidados pós-PCR, embora bem descritos na literatura internacional, têm pouca representatividade na literatura nacional e estão restritos a alguns breves artigos. Essa constatação motivou a elaboração desta seção, resultado de uma revisão da literatura realizada nas bases de dados SCIELO, LILACS, PubMed e Science Direct, e apresenta um resumo sobre a fisiopatologia da SPPCR, dos cuidados e das terapias indicadas.

A SPPCR é um estado patológico resultante do retorno à circulação espontânea depois de um prolongado período de isquemia sistêmica. Compreende a persistência da causa

precipitante, os danos cerebrais e miocárdicos e a resposta sistêmica à isquemia/reperusão (GONZALEZ *et al.*, 2013; KARANJIA e GEOCADIN, 2011).

A AHA (2010) aponta dez causas reversíveis da PCR, que formam o mnemônico 5H e 5T, conforme se observa no Quadro 1:

Quadro 1. Causas reversíveis da Parada Cardiorrespiratória. Brasília, 2014.

Hipovolemia	Trombose coronariana (Síndromes Coronarianas Agudas)
Hipóxia	Trombose pulmonar (Tromboembolismo Pulmonar (TEP))
Hipo/hipercalemia	Tamponamento cardíaco
Hipotermia	Tensão no tórax por pneumotórax (Pneumotórax Hipertensivo)
Hidrogênio (acidose)	Tóxicos

Fonte: AHA (2010).

A lesão cerebral contribui sozinha para o aumento da morbidade e da mortalidade dos pacientes que sofreram PCR. Durante esse evento, a falta de fluxo sanguíneo causa a depleção imediata do substrato energético e a ativação do metabolismo anaeróbico, com consequente acidose celular, hipercalemia e aumento da produção de radicais livres. Quando há o retorno à circulação cardíaca normal e o sangue volta a fornecer adequadamente oxigênio para os tecidos (reperusão), aumenta-se ainda mais a produção dessas substâncias. Esses processos tornam o ambiente inóspito para as células nervosas, que morrem por apoptose ou oxidação sustentada (ANANTHARAMAN, 2011; REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A produção aumentada de glutamato (hormônio neuroexcitatório) e o acúmulo de células inflamatórias prejudicam adicionalmente as células e a autorregulação cerebral, acarretando edema e aumento da pressão intracraniana. A consequência da lesão difusa estabelecida vai depender do tempo de hipóxia, podendo resultar em coma, convulsões, infarto cerebral, estado vegetativo persistente e até na morte cerebral. Febre, hiperglicemia e convulsões podem agravar ainda mais a condição do tecido nervoso (ANANTHARAMAN, 2011; REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A disfunção miocárdica pode ocorrer por lesões diretas provocadas pela RCP (compressões torácicas e desfibrilação), pelo aumento das catecolaminas, pela ação dos radicais livres e devido à Síndrome Coronariana Aguda. Tal disfunção pode suceder nas primeiras oito horas e ter duração de 24-48h, com os prováveis desfechos: disritmias (de leves

a severas), hipotensão arterial, diminuição do débito cardíaco e colapso circulatório. O tempo de RCP e as condições cardíacas antes da PCR também influenciam no prognóstico dos pacientes (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A resposta inflamatória ocorre em resposta à isquemia/reperfusão sistêmica, quando uma variada quantidade de substâncias tóxicas é lançada na circulação central, aumentando a produção de mediadores inflamatórios com consequente distúrbio da permeabilidade vascular, perda de volume para o interstício das células e hipovolemia, contribuindo para a hipotensão e para o colapso circulatório. A coagulação geralmente é afetada para um estado pró-coagulação, podendo ocasionar a formação de microtrombos, com prejuízos para a circulação de órgãos e extremidades. O sistema imune também fica prejudicado e o indivíduo fica mais suscetível a infecções (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A disfunção pulmonar também é comum após a PCR, podendo ocorrer edema pulmonar, pneumotórax, atelectasia e broncoaspiração (NOLAN *et al.*, 2012).

A Insuficiência Renal Aguda (IRA) é uma complicação rara em pacientes que sofreram PCR isoladamente, sendo comum entre aqueles que desenvolveram choque a falha na função cardíaca. Uma reposição volumétrica adequada e guiada por parâmetros hemodinâmicos pode diminuir a frequência da IRA (ADLER *et al.*, 2013; HAZINSKI *et al.*, 2010).

Uma disfunção adrenal também pode ocorrer em resposta à produção aumentada de cortisol diante da situação de estresse orgânico, que pode ser coadjuvante na hipotensão e na necessidade de suporte vasopressor (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

Como se pode verificar, muitos órgãos são afetados, de forma que o tratamento deve integrar diversas intervenções e uma atenção multiprofissional (GONZALEZ *et al.*, 2013; NOLAN *et al.*, 2012).

Além da identificação e tratamento da causa da PCR, a AHA (2010) aponta que os cuidados dispensados ao paciente no período pós-PCR devem incluir a otimização dos suportes hemodinâmico, respiratório e neurológico e a monitorização da temperatura.

1.2.1 Otimização do Suporte Ventilatório

No momento dos cuidados pós-PCR, uma via aérea definitiva deve ser estabelecida, caso ainda não tenha sido durante a RCP. Recomenda-se que a saturação de oxigênio (SaO₂)

seja mantida acima de 94% e a Pressão Parcial de Oxigênio no Sangue Arterial (PaO_2) acima de 60mmHg ou por volta de 100mmHg. Como a hiperóxia pode ser deletéria para a recuperação neurológica, alguns autores indicam que a SaO_2 fique entre 94-98% (ANANTHARAMAN, 2011), ou entre 94-96% (NOLAN *et al.*, 2012).

A AHA (2010) indica que a SaO_2 permaneça entre 94-99%, visto que uma SaO_2 de 100% pode corresponder a uma PaO_2 em qualquer ponto entre aproximadamente 80 e 500mmHg.

O volume corrente da ventilação mecânica (VM) deve ser mantido entre 6-8ml/kg, a fim de evitar o barotrauma, e a frequência respiratória deve estar entre 10-12irpm (GONZALEZ *et al.*, 2013). Deve-se evitar a hiperventilação, que pode aumentar a pressão intratorácica e induzir a hipocapnia (levando à vasoconstrição cerebral), assim como evitar a hipoventilação, que pode aumentar a acidose pré-existente e levar à hipercapnia (que produz vasodilatação cerebral). Assim, a Pressão Parcial de Dióxido de Carbono (PaCO_2) deve estar entre 40-45mmHg ou entre 38-42mmHg e a Exalação final de Dióxido de Carbono (EtCO_2) entre 35-40mmHg (LÁZARO PARADINAS, 2012). Os parâmetros ventilatórios devem ser ajustados de acordo com os valores da gasometria arterial e da capnografia (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A radiografia será útil nesse contexto para verificar a localização do TOT e identificar complicações precoces, como a fratura de costelas ou pneumotórax, assim como imagens sugestivas de alterações na função cardíaca, pneumonia e derrame pleural (ANANTHARAMAN, 2011).

1.2.2 Otimização do Suporte Hemodinâmico

A SPPCR assemelha-se ao quadro de sepsis e, como tal, deve ter um tratamento que otimize o débito cardíaco, balanceando a pré-carga, a pós-carga e a contratilidade cardíaca, assim como a demanda e a oferta de oxigênio. Para isso, os cuidados devem ser guiados por parâmetros hemodinâmicos (NOLAN *et al.*, 2012; REYNOLDS e LAWNER, 2012).

Apesar de não haver estudos aleatórios e controlados que validem a terapia dirigida por metas nos cuidados pós-PCR, há evidências fortes e positivas para pacientes com sepsis e seus resultados são estendidos aos pacientes que retornaram ao ritmo cardíaco espontâneo

(PÉREZ-VELA *et al.*, 2013). No Quadro 2 são apresentados os valores preconizados para os parâmetros hemodinâmicos.

Quadro 2. Parâmetros hemodinâmicos. Brasília, 2014.

Parâmetro	Valor
Diurese	0,5ml/kg/h a 1ml/kg/h ¹
PAM	acima de 65mmHg ¹ ou entre 80-100mmHg ²
PAS	maior que 100mmHg ³
PVC	8-12mmHg ³

Fonte: ¹Kakavas, Chalkias e Xanthos (2011) ²(MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010) ³(ARC e NZRC, 2011).

PAM – Pressão Arterial Média; PAS – Pressão Arterial Sistólica; PVC – Pressão Venosa Central.

Em caso de hipotensão, se a Pressão Venosa Central (PVC) estiver inferior a 8-12mmHg, a primeira medida deverá ser a administração de volume até o alcance da Pressão Arterial Média (PAM) desejada ou PVC de 20mmHg. Caso ainda não seja alcançada a PAM desejada, deve-se iniciar a infusão de drogas vasoativas. Essas drogas devem ser utilizadas com precaução, pois causam a vasoconstrição coronariana e podem aumentar a isquemia miocárdica. Se for utilizar uma droga vasoconstritora, deve-se utilizar um acesso central e um via exclusiva para tal (soluções alcalinas inativam essas drogas) (MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

A dopamina, a noradrenalina e a adrenalina podem ser administradas em casos de hipotensão. A fenilefrina e a vasopressina são drogas alternativas para essa situação. A dobutamina é utilizada no período pós-PCR para tratar a disfunção miocárdica. Também são citadas as drogas levosimendan e a milrinone, alternativas à dobutamina. Quando a disfunção ventricular esquerda se manifesta pela congestão pulmonar e/ou sistêmica, a administração de diurético intravenoso será necessária em combinação com o uso de vasodilatadores (KAKAVAS, CHALKIAS e XANTHOS, 2011).

Quando a terapia medicamentosa não é o suficiente, pode-se optar por mecanismos invasivos, como o balão intra-aórtico, a circulação extracorpórea, o dispositivo de assistência ao ventrículo esquerdo ou a implantação de um desfibrilador/cardioversor (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A Saturação Venosa Central também deve ser acompanhada, pois indica o consumo de oxigênio. Valores menores que 70% indicam a necessidade de se otimizar ainda mais a função cardíaca. O valor do lactato sérico também pode refletir o consumo de oxigênio (ANANTHARAMAN, 2011).

A frequência cardíaca deve ser mantida entre 50-100bpm, considerando 40-100 para pacientes sob Hipotermia Terapêutica (HT). As disritmias devem ser tratadas com a terapia elétrica ou com os antiarrítmicos usuais. Não se indica o uso profilático de antiarrítmicos, a não ser que eles tenham sido necessários durante a RCP (ARC e NZRC, 2011; MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

A monitorização deve contar ainda com a realização de um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, com derivações posteriores e direitas (logo após ao retorno a circulação espontânea e após 8h) e ecocardiograma para avaliar a função cardíaca (MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

1.2.2.1 Intervenção Coronariana Percutânea

Quando uma oclusão coronariana aguda é responsável por uma PCR, não apenas a circulação necessita ser restaurada, mas esses vasos ocluídos precisam ser reperfundidos para se manter uma boa função miocárdica e aumentar as chances de sobrevivência do paciente.

A Intervenção Coronariana Percutânea está indicada para pacientes que sofreram PCR e apresentaram elevação do segmento ST, mesmo que estejam comatosos, ou para aqueles nos quais a isquemia coronariana for a causa mais provável no rol das possibilidades. Essa terapia pode ser feita conjuntamente com a HT (MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

1.2.3 Otimização do Suporte Neurológico

O suporte neurológico no paciente que sofreu PCR tem o foco em melhorar o resultado funcional. Assim, a avaliação neurológica é um componente fundamental na avaliação de rotina no período pós-PCR, a fim de reconhecer precocemente distúrbios neurológicos possivelmente tratáveis, como as convulsões (AHA, 2010).

A avaliação da condição neurológica incorpora o monitoramento do nível de consciência, a reação pupilar, as funções motoras e a observação dos sinais vitais (ALCÂNTRA, 2009).

1.2.3.1 Controle das convulsões

É comum que ocorram convulsões e mioclonias após uma PCR. Logo, as medicações usuais como benzodiazepínicos, fenitoína, valproato sódico, propofol e ou barbitúrico devem ser utilizadas para tratar as convulsões e o clonazepam para tratar as mioclonias. Não é indicado tratamento profilático, e a terapia deverá começar somente após o primeiro evento, desde que outras causas (hemorragia intracraniana, desequilíbrio eletrolítico) tenham sido excluídas. A monitorização do Eletroencefalograma é recomendada a esses pacientes (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

1.2.3.2 Sedação

A sedação (com drogas opioides, ansiolíticos e sedativos-hipnóticos, como o propofol) diminui a demanda energética do cérebro, facilita a ventilação assistido-controlada, limita o estresse relacionado às catecolaminas endógenas e previne contra os tremores quando o paciente está sob HT. Os relaxantes musculares podem ser utilizados, mas com cautela e com avaliação da função neurológica. Com exceção dos casos em que se induz a HT, não há estudos que definam o tempo de ventilação, de sedação e de bloqueio neuromuscular após a PCR (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

Os sedativos devem ser administrados com cuidado e com interrupções diárias, sendo titulada para o efeito pretendido, seguindo escalas de sedação e de atividades motoras. Medicações de curta duração, em bolus ou contínuas, são as mais indicadas (MARTÍN-HERNÁNDEZ et al., 2010).

1.2.4 Controle da Glicemia

Em pacientes com lesão neurológica, a hiperglicemia está associada a um pior prognóstico e pode aumentar o edema cerebral, a área de isquemia e a permeabilidade cerebrovascular, assim como os marcadores de estresse celular. A hiperglicemia é comum em pacientes após a PCR e, assim como a hipoglicemia, esta associada a aumento da mortalidade nestes pacientes (KARANJIA e GEOCADIN, 2011).

Alguns estudos preconizam um controle moderado dos níveis glicêmicos, que devem ser mantidos entre 144-180mg/dL (GONZALEZ *et al.*, 2013). Outros estudos indicam apenas que a glicemia deve ficar abaixo de 180mg/dL (NOLAN *et al.*, 2012). Entretanto, todos concordam que tanto a hiperglicemia como a hipoglicemia devem ser evitadas.

1.2.5 Controle da temperatura

A febre deve ser evitada em todos os pacientes que sofreram PCR (<37°C). Naqueles pacientes que atingiram a hipotermia espontaneamente, não se recomenda o reaquecimento nas primeiras 48 horas (KARANJIA e GEOCADIN, 2011). Para esse controle, preconiza-se a monitorização da temperatura central (esofágica, pulmonar ou vesical), por refletir melhor a temperatura interna e sofrer menores influências de condições externas quando comparada a temperatura axilar (MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

1.2.5.1 Hipotermia terapêutica

A HT é a única intervenção que demonstrou melhora da recuperação neurológica como terapia isolada. A cada 1°C de queda da temperatura, reduz-se 6-10% do metabolismo cerebral, diminuindo proporcionalmente o consumo de oxigênio e a produção de dióxido de carbono (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A hipotermia inibe os processos destrutivos das células, que ocorrem com a isquemia e a reperfusão; diminui a permeabilidade vascular, com efeito anticoagulante e um efeito

antiepilético. No coração, a HT diminui a área de infarto, ao reduzir a demanda metabólica do miocárdio, e aumenta o fluxo sanguíneo do miocárdio (KARANJIA e GEOCADIN, 2011).

Apesar dos estudos randomizados evidenciarem resultados significativos somente para os pacientes que sofreram PCR em ambiente extra-hospitalar, com o ritmo inicial de fibrilação ventricular, essa terapia é indicada para qualquer paciente que sofreu PCR e permaneceu em coma após a RCE, independente do ritmo e do local do evento (LÁZARO PARADINAS, 2012).

Os critérios de exclusão para HT incluem RCP por mais de 60 minutos; RCE a mais de 6h; lesão neurológica ou coma prévio; sangramento ou coagulopatia; pós-operatório de grande porte a menos de 14 dias; doenças terminais; choque cardiogênico ou choque séptico; instabilidade hemodinâmica; gestação; e idade <18 anos (ANANTHARAMAN, 2011; BECCARIA *et al.*, 2010; LÁZARO PARADINAS, 2012; RECH e VIEIRA, 2010; SO, 2010).

Estudos apontam as seguintes complicações possíveis para essa terapia: septicemia, neutropenia, trombocitopenia, arritmias, alteração eletrolítica, diminuição do débito cardíaco, broncoespasmos, redução da motilidade intestinal, poliúria, diminuição do metabolismo de alguns fármacos (principalmente dos sedativos e bloqueadores neuromusculares), tremores e maior risco para infecção. Entretanto, essas complicações não são estatisticamente significativas a ponto de contraindicar a prática (KARANJIA e GEOCADIN, 2011; REYNOLDS e LAWNER, 2012).

A indução deve ocorrer o quanto antes, até em 6h ou 8h após o retorno a circulação espontânea, de preferência logo após sua entrada no hospital ou ainda no atendimento pré-hospitalar. O paciente deve ser resfriado a uma temperatura de 32-34°C, durante 12-24h (KERN, 2012; REYNOLDS e LAWNER, 2012).

Esse processo pode ser realizado pela utilização de diversos métodos, sendo que não há um consenso sobre qual a melhor técnica. Para manutenção, o ideal é que a temperatura seja verificada continuamente por meio de um cateter de artéria pulmonar, mas podem ser utilizadas também a temperatura por cateter vesical e a via esofágica, sendo contraindicada a temperatura axilar (KARANJIA e GEOCADIN, 2011; LÁZARO PARADINAS, 2012).

O reaquecimento deve ocorrer de forma lenta e gradual, com uma taxa que varia entre 0.2-0.4°C/h e 0.5-1°C/h durante 12h-24h até que se atinja a temperatura de 35-37°C. A febre, comum nas primeiras 48h após a PCR, deve ser tratada de forma agressiva caso apareça, visto que ela está associada a desfechos desfavoráveis em pacientes pós-PCR, sendo indicado o uso profilático de antitérmicos nessa fase (GONZALEZ *et al.*, 2013; LÁZARO PARADINAS, 2012; MARTÍN-HERNÁNDEZ *et al.*, 2010).

Estudos avaliam a eficácia da HT com resultados positivos (FERREIRA *et al.*, 2009; KIM *et al.*, 2013; SHINOZAKI *et al.*, 2012; SOGA *et al.*, 2012; VAAHERSALO *et al.*, 2013; WALTERS *et al.*, 2011; YOKOYAMA *et al.*, 2011), embora dois estudos não assinalem resultados conclusivos (KORY *et al.*, 2012; PFEIFER *et al.*, 2011), sendo necessários mais estudos a respeito dessa terapia.

1.2.6 Outras medicações

É indicado o uso profilático de antibióticos para o paciente em SPPCR, uma vez que ele está suscetível a infecções, tanto pela imunossupressão, quanto pelo risco de aspiração e pela ventilação mecânica (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

Apesar da relativa insuficiência adrenal que ocorre no paciente pós-PCR, apenas administram-se corticosteroides a pacientes com insuficiência adrenal prévia (REYNOLDS e LAWNER, 2012).

O uso de trombolíticos para pacientes que tiveram como causa da PCR um Edema Agudo de Pulmão não tem seu custo-benefício bem esclarecido nas evidências científicas. Esse medicamento é indicado para pacientes com elevação do segmento ST, quando não existe possibilidade de reperfusão invasiva (ANANTHARAMAN, 2011).

Compreender a fisiopatologia da SPPCR e o tratamento que será necessário para reestabelecer as funções vitais do indivíduo circunscreve a complexidade das ações pelas quais o enfermeiro é responsável frente ao paciente que sofreu PCR. E, como já vimos, os cuidados a esse paciente não se restringem apenas ao tratamento, sendo preciso também mobilizar a sua energia vital para a manutenção da vida. A seguir, apresentam-se os cuidados de enfermagem no pós-PCR.

1.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PÓS-PCR

Com base na descrição do tópico anterior, é possível verificar a riqueza da literatura em relação aos aspectos fisiopatológicos e terapêuticos do paciente que sofreu PCR e retornou

ao ritmo cardíaco espontâneo. Entretanto, durante a revisão da literatura evidenciou-se que os estudos que façam referências aos cuidados de enfermagem específicos são escassos.

Provavelmente, o motivo dessa incipiente produção entre os enfermeiros se dê porque o indivíduo que retornou à circulação espontânea após uma PCR configura-se como um paciente grave. Adicionalmente, esse paciente apresenta uma série de particularidades que dependem da causa precipitante da falha abrupta do coração, dificultando o estabelecimento de um plano de cuidados específicos para o perfil de paciente pós-PCR.

Evidenciou-se, na seção anterior, que as consequências do estado de hipoperfusão podem levar à disfunção dos órgãos vitais, e o principal objetivo do tratamento é reverter a causa subjacente e fornecer suporte para que os sistemas cardiovascular, respiratório e nervoso se reestabeleçam, evitando complicações adicionais.

Dessa forma, esta seção foi organizada de forma a confirmar o papel dos enfermeiros nos objetivos terapêuticos estabelecidos na seção anterior (*cure*) e na mobilização das forças vitais do indivíduo (*care*).

1.3.1 Cuidados (*Cure*)

1.3.1.1 Identificação e tratamento da causa da PCR

A PCR pode ser decorrente de diversas causas, de forma que o enfermeiro deve contribuir nessa etapa com uma atenta avaliação inicial do paciente. Essa avaliação deverá contar com anamnese e exame físico. O enfermeiro deverá contar com a ajuda da família ou do prontuário para obter mais informações sobre como ocorreu a PCR e dados sobre a história pregressa do paciente (SANTOS, VEIGA e ANDRADE, 2011).

O Quadro 3 mostra as 10 causas reversíveis da PCR, as situações que podem desencadeá-las e os cuidados de enfermagem no tratamento de cada uma delas.

Quadro 3. Causas da Parada Cardiorrespiratória e os cuidados de enfermagem. Brasília, 2014.

Causa	Situações desencadeantes	Cuidados de enfermagem
Hipovolemia	Trauma, desidratação, grandes queimaduras.	Contenção de sangramentos, administração de fluidos e hemocomponentes, monitorização rigorosa e vigilância para novos episódios de sangramento.
Hipóxia	Insuficiência Respiratória Aguda, Estados de choque, obstrução das vias aéreas, Lesão do centro respiratório.	Monitorização hemodinâmica e oferta de adequado suporte ventilatório, baseado na avaliação da oxigenação sanguínea.
Hipo/hipercalcemia	Acidose metabólica, hemólise, insuficiência renal, rabdomiólise, lise tumoral, distúrbios das glândulas tireoide, paratireoide e glândula suprarrenal e iatrogenias.	Monitorização hemodinâmica, avaliação dos níveis sanguíneos de potássio e do estado ácido-básico do paciente.
Hipotermia	Exposição a baixa temperatura.	Retirar roupas molhadas e evitar hipotermia severa (<32°C)
Hidrogênio (acidose)	Insuficiência respiratória, insuficiência renal, cetoacidose, intoxicação por salicilato, diarreia e fístulas intestinais.	Monitorização hemodinâmica, avaliação de estado ácido-básico do paciente.
Trombose coronariana	Síndromes Coronarianas Agudas.	Monitorização hemodinâmica. Em caso de ICP e uso de trombolíticos, monitorizar sinais de sangramento.
Trombose pulmonar	Tromboembolismo Pulmonar	Monitorização hemodinâmica, suporte ventilatório e vigilância para episódios de sangramento.

Tamponamento cardíaco	Infecção, doença autoimune, neoplasia, trauma.	Monitorização hemodinâmica.
Tensão no tórax por pneumotórax (Pneumotórax Hipertensivo)	Espontâneo, traumático (trauma, iatrogenia e barotrauma).	Oferecer suporte ventilatório e estabelecer cuidados com drenos de tórax.
Tóxicos	Intoxicação exógena.	Administração de antídotos.

Fonte: Martins *et al.* (2010); Morton e Fontaine (2014).

1.3.1.2 Monitorização hemodinâmica

O enfermeiro é primordial na monitorização hemodinâmica, uma vez que se encontra tão próximo ao paciente. Essa monitorização é essencial por permitir a avaliação e evolução do estado do paciente, bem como a intervenção precoce diante de quaisquer intercorrências, evitando complicações e que uma nova PCR aconteça.

A pressão arterial é uma importante medida do estado hemodinâmico do paciente, orientando a reposição de volume a fim de atingir um débito urinário adequado (POTHITAKIS *et al.*, 2011).

A frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico (ECG) permitem a avaliação do ritmo cardíaco do paciente e, durante a PCR, quando as manobras de RCP são iniciadas, indicará se é um ritmo passível de desfibrilação, no caso da taquicardia ventricular ou fibrilação ventricular, ou não, quando se identifica assistolia ou atividade elétrica sem pulso (POTHITAKIS *et al.*, 2011).

Nos cuidados pós-PCR, a monitorização do ECG permitirá a identificação de sinais da disfunção do miocárdio, como alteração na frequência cardíaca, arritmias e alterações típicas de isquemia do músculo cardíaco (IAM, por exemplo) (POTHITAKIS *et al.*, 2011).

Para melhor avaliação do estado hemodinâmico do paciente, é importante considerar a monitorização invasiva para o paciente no momento pós-PCR, devido à sua maior precisão e por seu caráter contínuo. Por um cateter inserido na veia cava superior, podem ser verificadas: a PVC, que permite uma avaliação da função cardíaca e o volume sanguíneo; a resistência da artéria pulmonar e a função ventricular direita, por meio de um cateter de artéria pulmonar; e a Saturação Venosa Central, que reflete o consumo de oxigênio pelo organismo. Com a

inserção de um cateter em artéria periférica, verifica-se ainda a Pressão Arterial Invasiva (POTHITAKIS *et al.*, 2011).

1.3.1.3 Suporte ventilatório

A enfermagem, na assistência ventilatória, tem como objetivo manter a oxigenação e perfusão adequadas dos órgãos e tecidos para prevenir a hipóxia. Para tanto, cabe à enfermagem monitorar sinais e sintomas de hipóxia, como taquicardia, aumento súbito da pressão arterial, arritmias e cianose, comunicar à equipe médica e de fisioterapia as alterações observadas e administrar a terapia prescrita (DORNELLES, OLIVEIRA e SCHWONKE, 2012).

O suporte ventilatório pela VM é uma atribuição compartilhada por fisioterapeutas e enfermeiros, porém, mesmo em unidade que aquele profissional atua, os enfermeiros devem conhecer e interpretar os parâmetros relacionados, bem como compreender os princípios da VM e reconhecer as implicações para o paciente do modo e nível do suporte mecânico (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Para o ajuste dos parâmetros da VM, devem ser utilizados os valores da gasometria arterial e da frequência respiratória (POTHITAKIS *et al.*, 2011). Além de avaliar a função respiratória e a qualidade das trocas gasosas, traduzindo as condições de perfusão tecidual em que o paciente se encontra, a gasometria arterial também permitirá a avaliação do estado ácido-básico do paciente. A coleta de sangue arterial é função específica do enfermeiro, exigindo-lhe conhecimento e habilidade para executar a técnica, assim como para interpretar seus resultados (SOLER, SAMPAIO e GOMES, 2012).

1.3.1.4 Suporte neurológico

O suporte neurológico será baseado na identificação precoce, bem como na prevenção do agravo da lesão cerebral. Assim, o paciente exige percepção aguda e acompanhamento vigilante da enfermagem, cuja avaliação da condição neurológica incorpora o monitoramento do nível de consciência e do nível de sedação, a reação pupilar, as funções motoras e a observação dos sinais vitais (ALCÂNTRA e MARQUES, 2009).

1.3.1.5 Controle da temperatura

Mesmo que a HT não seja indicada ou não se tenha condições de aplicá-la, a literatura aponta que se deve evitar a hipertermia nas primeiras 48 horas depois da PCR. Assim, além da monitorização rigorosa da temperatura e administração de antipiréticos, caso haja febre, o enfermeiro não deve aquecer o paciente, permitindo a hipotermia se ela ocorrer espontaneamente (KARANJIA e GEOCADIN, 2011).

Durante a HT, o papel do enfermeiro na aplicação inclui, além das medidas já citadas: o cuidado com os olhos; manutenção da com alimentação por SNE; avaliação dos sinais de sangramento e de reinfecção; e registro contínuo e rigoroso dos sinais vitais. O enfermeiro deve estar atento aos sinais de infecção, bem como do aparecimento de úlcera por pressão (UP), visto que durante a HT, o paciente fica mais suscetível a essas complicações. A família deve ser esclarecida sobre o procedimento, uma vez que não é uma terapia comum e pode referir a uma situação de descuido com o paciente (LÁZARO PARADINAS, 2012).

1.3.2 Cuidados (*Care*)

Os cuidados (*care*) que o enfermeiro terá que prestar ao paciente que sofreu PCR envolvem principalmente os cuidados para manutenção da vida e compensação, a fim de mobilizar suas forças vitais, nesse momento em que ele não o consegue. Serão necessários cuidados para manutenção da higiene corporal, manutenção da dieta e promoção das eliminações fisiológicas. Esses cuidados são rotinas da equipe de enfermagem para qualquer paciente grave, principalmente para os que estão inconscientes.

O estabelecimento de relações interpessoais muitas vezes é prejudicado quando se trata de um paciente grave, pois, normalmente, o paciente está sedado ou em coma. Dessa forma, a comunicação se estabelece como um desafio para a equipe de enfermagem, pois se criam dúvidas sobre o grau de percepção auditiva e sensitiva. Quando não se conhece a demanda do paciente, torna-se difícil a implementação de cuidados voltados para as suas necessidades específicas (TAKESHITA e ARAÚJO, 2011).

Assim, além dos cuidados físicos e dos cuidados estabelecidos no tópico anterior, de importância irrefutável, é necessário estabelecer uma relação com o paciente, a fim de mover

sua capacidade cognitiva para sua recuperação. Como estratégias, é possível orientar o paciente sobre o tempo e o espaço diariamente, evitar comentários negativos próximos ao indivíduo, informar quanto aos procedimentos que estão sendo executados e atuar sobre o ambiente, reduzindo sons desagradáveis, selecionando de forma criteriosa algumas músicas e leituras e favorecendo a sensação de harmonia e bem-estar (TAKESHITA e ARAÚJO, 2011).

A presença do familiar também será importante neste momento, visto que tornará o ambiente, mesmo que por pouco tempo, mais doméstico, aliviando a angústia que, mesmo inconsciente, o paciente pode experimentar. Afinal, mesmo inconsciente, estudos evidenciam que o indivíduo mantém atividade cognitiva e responde a estímulos externos, com alterações na frequência cardíaca, na frequência respiratória e com movimentos corporais e faciais (JESUS, SIMÕES e VOEGELI, 2013; TAKESHITA e ARAÚJO, 2011).

Estabelecer tais cuidados em uma situação de cuidados emergenciais é um desafio para a equipe de enfermagem, devido ao contexto tumultuado e suscetível a abruptas mudanças, mas que deve ser encarado diariamente pelos profissionais a fim de manter o ambiente e a relação mais humanas possíveis.

Também será necessário promover no ambiente medidas para prevenção de infecções, mobilização do paciente para evitar úlceras por pressão e voltar a atenção para a família, tão fragilizada nesse momento.

1.3.2.1 Prevenção de infecções

O enfermeiro terá importante papel na prevenção de infecções, principalmente a pneumonia, e as relacionadas aos cateteres e sondas. Além da utilização de técnicas assépticas, a higienização das mãos é uma medida simples para se prevenirem infecções.

A Pneumonia Associada à Ventilação tem grande incidência no paciente grave e é associada à alta taxa de mortalidade, ao maior tempo de internação e maior tempo sob suporte da ventilação mecânica. Os fatores de risco podem ser intrínsecos (idade, comorbidades) ou extrínsecos (potenciais riscos do ambiente hospitalar, uso prévio de antibióticos, intubação traqueal) (JAM GATELL *et al.*, 2012).

O enfermeiro tem um papel importante nas medidas não farmacológicas de prevenção da PAV, que incluem manutenção da cabeceira elevada, aspiração da secreção endotraqueal e subglótica (acima do balonete do TOT), sondagem nasogástrica ou nasoenteral, higiene oral,

interrupção diária da sedação e cuidados para evitar a extubação e a reintubação (ANVISA, 2013).

1.3.2.2 Prevenção de Úlcera por Pressão

A mudança de decúbito é uma importante medida para se prevenir a UP. Essa complicação pode acontecer no paciente que sofreu PCR, devido à sua imobilidade no período após esse evento, devido à necessidade de sedação ou ao estado comatoso que se instala. Como a UP está associada a várias causas, a prevenção dessa complicação exige mais do que a redistribuição mecânica periódica do peso corporal.

Os profissionais de enfermagem, apontados como os principais responsáveis pela prevenção dessa complicação, precisam identificar precocemente os fatores de risco, manter o tratamento das patologias de base e garantir uma nutrição adequada ao indivíduo (ALVES *et al.*, 2008).

1.3.2.3 Atenção e suporte à família do paciente

Desde a época de Florence Nightingale, já havia a preocupação em integrar a família aos cuidados, especialmente dos pacientes com doenças graves. Assim, por tradição e por natureza, a enfermagem é uma das profissões em saúde que interagem de forma muito próxima aos familiares. O ato de cuidar implica a interação entre quem cuida e quem é cuidado, de forma que a família se torna fonte de informações para a enfermagem e de apoio para o doente (BORGES e PINHO, 2013).

A família é definida como um grupo de indivíduos que mantém um vínculo por uma profunda ligação emotiva e pelo sentimento de pertença ao grupo (GALERA e LUÍS, 2002).

Dentro da abordagem sistêmica, a família é comparada a um móbile, composto por várias peças que se movem a velocidades diferentes. Quando se coloca a mão em uma das peças, imediatamente o funcionamento de todas as outras é afetado e, após algum tempo, o móbile retoma seu movimento harmônico, não necessariamente na mesma direção que assumira antes de ser tocado. Assim como o móbile, vários membros compõem a família e qualquer fenômeno que afete um dos membros, afeta todo o grupo. A família, porém, tem

habilidades de criar um balanceamento entre mudanças e estabilidade (GALERA e LUÍS, 2002).

No modelo sistêmico, a família mantém um espaço privilegiado de cuidados de suporte ao longo de todo o ciclo vital e de proteção, garantindo a sobrevivência de seus membros (BORGES e PINHO, 2013). Assim, ao saber que um ente sofreu uma PCR, esse sistema se rompe e toda a família se desestrutura. A falha repentina da função cardíaca é entendida com uma ameaça ao sistema familiar, afetando as perspectivas que seus membros tinham para o futuro.

Posteriormente, os familiares vão se organizando e priorizando as necessidades do ente que se encontra em estado crítico. Como a PCR é um evento que, apesar dos inúmeros avanços no tratamento, ainda apresenta alta taxa de mortalidade, pode ser que essa reorganização ocorra somente após a morte do paciente. Entretanto, para que isso ocorra, independente do momento, será preciso apoiar os familiares para enfrentar os estágios psicológicos da morte e do morrer (BORGES e PINHO, 2013).

Dentro dessa perspectiva, os profissionais de saúde têm o desafio de compreender os sentimentos e as necessidades manifestadas pela família no momento que um de seus membros está doente, a fim de contribuir para o ajustamento familiar capaz de promover condições para o enfrentamento daquela situação (BORGES e PINHO, 2013).

As terapias (*cure*) e os cuidados (*care*) que serão dispensados ao paciente que sofreu PCR ocorrem, via de regra, nas emergências de hospitais públicos. Esses, por sua vez, estão inseridos no Sistema Único de Saúde. Assim, apresenta-se na próxima seção o desenvolvimento e a atual conformação da rede de atendimento ao paciente em situações de urgência e emergência e as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMERGÊNCIA NO BRASIL E NO DISTRITO FEDERAL

A Constituição Federal de 1988 representou a vitória de vários movimentos sociais e políticos na redemocratização do Brasil. Na área da saúde, com os esforços do movimento sanitário, a saúde foi estabelecida como direito de todos e dever do Estado. A reorganização dos serviços de saúde, que já vinha acontecendo discretamente na década de 1980, tomou

impulso e um rearranjo de toda a estrutura do setor começou a ser implantada na forma do SUS.

O princípio da integralidade, instituído pela Constituição e confirmado pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, garante ao cidadão uma assistência articulada e contínua das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de acordo com a complexidade do seu caso (BRASIL, 1990).

Inicialmente, a atenção do governo foi direcionada às ações preventivas e de promoção da saúde, principalmente com a criação e ampliação do Programa Saúde da Família, a partir de 1994. Somente em 1998, a reorganização dos serviços de urgência e emergência entrou em discussão, principalmente com o lançamento do programa *Avança, Brasil*, no segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso (CARDOSO, 1998).

No documento que lançou esse programa, reconheceu-se que para melhorar o sistema de atendimento às emergências, era necessário trabalhar em duas áreas: nos postos e centros de saúde, para que eles se tornassem mais resolutivos, diminuindo a procura pelos serviços de emergência; e nos próprios serviços de emergência, com aumento dos recursos, melhora da infraestrutura hospitalar e pré-hospitalar e incentivo à especialização profissional (CARDOSO, 1998).

A partir de então, o desenvolvimento da política de urgência e emergência pode ser dividido em três momentos. O primeiro, que corresponde ao período de 1998 a 2002, foi caracterizado pela emissão de normas pontuais para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar, para o atendimento de urgência e emergência, e para a normatização do atendimento pré-hospitalar. Ainda não existia uma política nacional estruturada, mas foi nessa época que começaram os debates que subsidiariam sua formulação, com discussão de experiências internacionais e alternativas para a realidade brasileira (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

Nesse período, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/02, instituída pela Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, contribuiu com o tema ao estabelecer as responsabilidades do atendimento às urgências e emergências, tanto entre os níveis de gestão, como entre os níveis de atenção (BRASIL, 2002a).

A formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria MS/GM n.º 2.048, de 5 de novembro de 2002) marcou o início do segundo momento (2003-2008). Como primeiro componente da política a ser implantada, estava o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), destaque na agenda do governo de Luís Inácio Lula da Silva (BRASIL, 2002b; MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

O Ministro da Saúde da época, Humberto Costa, afirmou que a implantação dela avançaria na construção do SUS, “tendo como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito”. E que a Atenção às Urgências deveria fluir em todos os níveis dos SUS, tanto na atenção básica como na assistência especializada (BRASIL, 2002b).

Durante o período em questão, houve a inclusão, na estrutura do Ministério da Saúde, da Coordenação Geral de Urgência e Emergência e a instituição de mecanismos específicos de financiamento dessa área, até então inexistentes. A conformação do sistema de atenção às urgências e emergências foi norteada pelos princípios dos SUS, conformando-se em estruturas estaduais, regionais e municipais (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

A Política estruturou-se em cinco eixos: **promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada, e humanização da atenção.**

O terceiro momento se configurou a partir de 2008, quando a Unidade de Pronto Atendimento passou a ser destaque como o componente do atendimento pré-hospitalar fixo, mobilizando esforços federais normativos, financeiros e políticos (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011). Atualmente, o atendimento às urgências e emergências está sendo reorganizado e estruturação pela Rede de Atenção Saúde Toda Hora, que foi implantada pela Presidente Dilma Rousseff.

1.4.1 Rede de Atenção às Urgências e Emergências – Saúde Toda Hora

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Essa estratégia foi definida em 2010, pela Portaria MS/GM n.º 4.279, de 30 de dezembro, e caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde o centro de comunicação. A inovação desse modelo está em ultrapassar cuidados de saúde isolados, buscando obter macroeficiência para o conjunto de ações dentro do sistema (BRASIL, 2010).

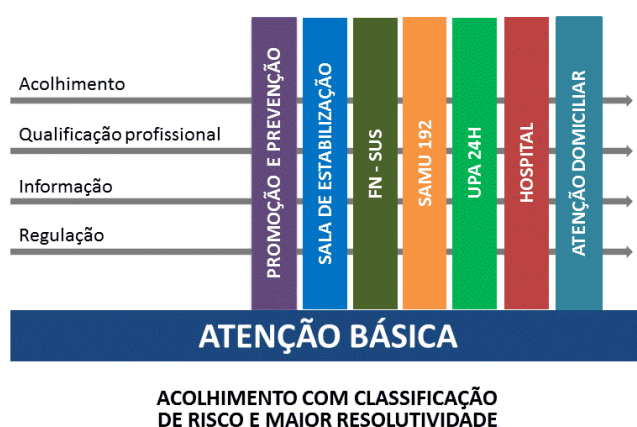
Como uma das redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, também definida como Rede Saúde Toda Hora, foi

estabelecida em 2011 (Portaria MS/GM n°. 1.600, de 7 de julho de 2011), com a finalidade de articular e integrar, no âmbito do SUS, todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência, de forma ágil e oportuna.

Essa rede foi instituída com os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011). A Figura 3 apresenta esses componentes e as relações horizontais entre os níveis de atenção.

No componente Atenção Hospitalar, no final de 2011, foi lançado o S.O.S. Emergências, uma ação estratégica para a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais que atendam pelo SUS. O objetivo é alcançar, até 2014, as 40 maiores emergências brasileiras, abrangendo 26 estados e o Distrito Federal, enfrentando as principais necessidades desses hospitais, qualificando a gestão, ampliando o acesso aos usuários em situações de urgência e garantindo o atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. No início do Programa, eram 11 hospitais. No final do ano de 2013, 21 hospitais já estavam cadastrados, sendo que, no Distrito Federal, apenas o Hospital de Base faz parte deste programa.

Figura 3. Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências.



Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1829>.

Dentre as medidas anunciadas para melhorar o atendimento às urgências e emergências, estão:

- A implantação do acolhimento e classificação de risco que objetiva: organizar a fila de espera e priorizar o atendimento, garantindo atendimento imediato ao paciente com risco elevado; possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento; dar melhor condições de atendimento; e favorecer o trabalho em equipe (BRASIL, 2009).
- Gestão de leitos e fluxos de internação: abrange desde o desenvolvimento de sistemas de informação de monitoramento e planejamento da ocupação hospitalar à elaboração de processos operacionais de admissão e alta, com relevância no que concerne ao uso eficiente de recursos escassos (FARIA *et al.*, 2010).
- A implantação de protocolos clínico-assistenciais e administrativos; e investimentos na estrutura hospitalar e capacitação dos profissionais.

1.4.2 Atendimento às urgências e emergências no Distrito Federal

O Distrito Federal é uma Unidade da Federação atípica em relação à sua organização administrativa, porém compartilha diversos problemas comuns a outras regiões brasileiras. Originalmente projetado para uma população de 500 mil habitantes, em 2010 o DF contava com uma população aproximada de 2.570.160 habitantes, sendo a quarta cidade mais populosa do Brasil. Além dessa população, os setores da Saúde, da Educação, da Segurança e da Habitação também são utilizados pelos municípios que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) (SESDF, 2012).

A RIDE destina-se à articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, de Minas Gerais e do Distrito Federal e é constituída pelo DF; pelos Municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso e Vila Boa, no Estado de Goiás; e de Unai e Buritis, no Estado de Minas Gerais (BRASIL, 2011).

Atualmente, o Distrito Federal é dividido em trinta Regiões Administrativas (RAs). Para a administração dos serviços de saúde, essas RAs são agrupadas em 15 Diretorias

Regionais de Saúde, que compõem as sete Regiões de Saúde. A Figura 4 apresenta o mapa do DF com a divisão dessas Regiões (SESDF, 2012).

Figura 4. Regiões de Saúde do DF.



Fonte: SESDF/2012.

Em sua estrutura de atendimento fixo às emergências e urgências, o DF contava no início de 2012 com doze unidades hospitalares regionais, um hospital terciário (Hospital de Base do DF) e uma unidade de pronto atendimento (UPA) em Samambaia (SESDF, 2012).

O Plano Distrital de Saúde 2012-2015 previa a construção de mais 14 UPAS até o final de 2015. Desde então, foram construídas mais quatro: Núcleo Bandeirante, Recanto das Emas, São Sebastião e Ceilândia (inaugurada em abril de 2014). A Tabela 1 apresenta a distribuição das unidades hospitalares e das UPAs entre as Regiões Administrativas do DF, bem como o número de atendimento destas unidades no ano de 2013 (SESDF, 2012).

Tabela 1. Distribuição dos serviços de emergência fixos e dos atendimentos realizados no Distrito Federal no ano de 2013. Brasília, 2014.

Região de Saúde	Coordenação Geral de Saúde	Serviço de Emergência	Atendimentos de Emergência no ano de 2013
Norte	Sobradinho	HRS	199.417
	Planaltina	HRPI	214.846
Sul	Gama	HRG	270.664
	Santa Maria	HRSM	100.915
Sudoeste	Taguatinga	HRT	265.338

	Samambaia	HRSam	46.177
		UPA de Samambaia	103.068
	Recanto das Emas	UPA do Recanto das Emas	167.165
Leste	Paranoá	HRPa	205.781
	São Sebastião	UPA de São Sebastião	135.264
Oeste	Ceilândia	HRC	299.053
		UPA da Ceilândia	Inaugurada em 2014.
	Brazlândia	HRBz	161.862
Centro-Norte	Asa Norte	HRAN	150.926
	Guará	HRGu	87.978
	Asa Sul	HBDF	131.697
		HMIB	92.359
Centro-Sul	Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Park Way	UPA Núcleo Bandeirante	126.782
Total:			2.759.292

HRS – Hospital Regional de Sobradinho; HRPI – Hospital Regional de Planaltina; HRG – Hospital Regional do Gama; HRSM – Hospital Regional de Santa Maria; HRT – Hospital Regional de Taguatinga; HRSam – Hospital Regional de Samambaia; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; HRPa – Hospital Regional do Paranoá; HRC – Hospital Regional de Ceilândia; HRBz – Hospital Regional de Brazlândia; HRAN – Hospital Regional da Asa Norte; HRGu – Hospital Regional do Guará; HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal; HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília. Fonte: SESDF, 2012.

O Plano aponta congruência com os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e afirma que para o período a que se refere, a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) atuaria mais intensivamente no estímulo e fomento ao desenvolvimento de ações de saúde e educação permanentes, voltadas para a vigilância e prevenção das violências, para a vigilância e prevenção de acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis. Adicionalmente, buscar-se-ia fortalecer o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado até a transferência para outros pontos de atenção (SESDF, 2012).

O SAMU, que compõe o atendimento móvel às emergências, iniciou sua atuação em unidades fixas de saúde em 2011, com atuação no Centro de Trauma do HBDF e nas Salas Amarela e Vermelha do HRGu. Essa estratégia é destacada no Plano Distrital, com a finalidade de equacionar o déficit de pessoal (SESDF, 2012). Após a publicação do Plano

Diretor, mais duas unidades de atendimento intra-hospitalar foram integradas ao SAMU: a sala vermelha do HRC e o Centro Neurocárdio do HBDF.

Também se prevê, nesse Plano Distrital, a reestruturação dos fluxos internos dos hospitais, bem como a priorização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica; o acolhimento com classificação do risco; e a qualidade e a resolubilidade na atenção às emergências (SESDF, 2012).

1.4.3 Desafios

Os desafios encontrados atualmente na Atenção às Urgências e Emergências são diversos e vão além de questões relacionadas somente a essa área, tanto no nível nacional como no Distrito Federal.

Em primeiro lugar, o perfil epidemiológico do brasileiro mudou. As doenças transmissíveis, que antes predominavam na população brasileira, cederam espaço para as doenças crônico-degenerativas. O crescimento demográfico, as mudanças econômicas, o crescimento desordenado das cidades e o aumento da violência têm forte influência sobre o crescimento dos agravos relacionados a situações de urgência, como o trauma e as doenças cardiovasculares (SCARPELINI, 2007).

Em segundo lugar, apesar da ampliação da cobertura da Atenção Básica, não houve proporcional aumento do acesso a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Assim, um paciente que necessita de uma consulta simples, que poderia ser resolvida em um ambulatório, por exemplo, se dirige às unidades de pronto-socorro dos hospitais à procura de solução para o seu problema. Isso porque, no senso comum, esses serviços dispõem de diversos recursos que os tornam mais resolutivos, como consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames diagnósticos e a possibilidade de internação (BRASIL, 2002b; MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011; SANTOS *et al.*, 2013).

Essa utilização inadequada dos serviços de emergência prejudica tanto os pacientes graves, que não têm o atendimento adequado, como aqueles não graves, que não têm uma continuidade da assistência, visto que o tratamento é pontual, sem adequada referência aos serviços básicos ou especializados (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

Diante desse quadro, os serviços de emergência acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita,

pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2002b).

Outra lacuna se constitui na falta de leitos especializados, pela incipiência dos mecanismos de referência e pela falta de estrutura física adequada. Muitos recursos têm sido dispensados aos atendimentos pré-hospitalar e hospitalar, entretanto, os serviços especializados ainda carecem de investimentos, inviabilizando a integralidade do atendimento a pacientes que precisam destes serviços (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

Em quarto lugar, a formação dos profissionais de saúde ainda não é voltada para o contexto do SUS, e os incentivos previstos pela Política de Atenção às Urgências e Emergências na capacitação desses profissionais ainda são poucos (MACHADO, SALVADOR e O'DWYER, 2011).

Os municípios pequenos também são outro desafio para o SUS. Sem demanda e condições para hospitais especializados, a população de muitos desses municípios sofre com a falta de atendimento adequado para as urgências e emergências. A própria Política de Atenção às Urgências e a Rede Toda Hora preveem, para esses casos, a regionalização do atendimento, de forma que os municípios tenham unidades preparadas para os primeiros atendimentos e garantia de transporte para a unidade mais próxima especializada. Entretanto, essa estratégia ainda carece de maior regulação e investimentos (BRASIL, 2002b). Esse desafio é exemplificado pela sobrecarga causada nos serviços de saúde pelos moradores da RIDE ao sistema de saúde do DF, pois não encontram, em seus municípios, uma estrutura adequada de atendimento a emergências e de serviços especializados.

Principalmente em grandes centros urbanos, como no DF, facilmente encontramos como cenário uma atenção pré-hospitalar minimamente satisfatória, que transfere o paciente para um hospital lotado, frequentemente carente de profissionais, principalmente médicos. Ao chegar ao atendimento hospitalar de emergência, o paciente pode até ser prontamente atendido, dependendo da gravidade do caso, mas a continuidade e a integralidade da sua assistência são interrompidas pelo despreparo dos profissionais, pela falta de leitos especializados ou pela ineficiência dos serviços de contra referência. O maior prejudicado é o paciente que perde a sua vida ou convive com as sequelas (talvez evitáveis) do agravo que sofreu.

Como proposta de atuação em redes de saúde, o Governo pretende fortalecer todos os níveis de atenção e integrá-los, a fim de oferecer serviços de saúde mais resolutivos e em maior nível de abrangência, a fim de reverter essa realidade.

Nesse contexto, os cuidados pós-PCR, objeto de estudo desta pesquisa, representam bem a necessidade da atenção em rede, pois a maior causa de PCR são ainda as doenças cardiovasculares, passíveis de prevenção e tratamento na Atenção Básica. Se esse nível de atenção atuar de forma mais efetiva, poder-se-ia diminuir o número de vítimas desse evento, diminuindo a demanda nos serviços de urgência e emergência. Para os pacientes que sofrem uma PCR, é necessário um atendimento pré-hospitalar e hospitalar resolutivo, que disponha de recursos tecnológicos adequados e recursos humanos com uma formação voltada para atenção ao paciente crítico. Por fim, volta-se à Atenção Básica, que precisa receber as vítimas desse evento, dando continuidade ao tratamento e instituindo medidas de prevenção de novos episódios e acompanhamento dos pacientes que ficaram com sequelas.

2 MÉTODO

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, optou-se por realizar um estudo misto de caráter exploratório-descritivo. Os métodos mistos são aqueles que

combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. [...] No método misto, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado (DAL-FARRA e LOPES, 2013).

Sendo assim, a escolha de uma abordagem mista se deu na busca de entender mais profundamente a complexidade dos problemas que dizem respeito ao universo da prestação dos cuidados de enfermagem no Pós PCR.

A pesquisa descritiva começa com algum fenômeno de interesse e tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, proporcionando uma nova visão do problema, por meio da relação estabelecida entre as variáveis estudadas (GIL, 2008). A pesquisa exploratória extrapola a característica observacional e descritiva e investiga a natureza complexa do fenômeno estudado e os outros fatores com os quais ele está relacionado (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Para uma melhor compreensão do caminho percorrido, dividiu-se a pesquisa em duas etapas:

- Na **Etapa 1** foi utilizada a abordagem quantitativa, empregando como instrumento um questionário (Apêndice 1). O objetivo dessa etapa foi verificar o conhecimento dos enfermeiros (saber) acerca dos cuidados pós-PCR e traçar o perfil desses profissionais..
- Na **Etapa 2** foi utilizada a abordagem qualitativa, na qual se realizaram entrevistas, utilizando como instrumento um roteiro semiestruturado. O objetivo dessa etapa foi apreender as percepções e as vivências dos enfermeiros sobre o saber, o fazer e o sentir no cotidiano da prestação dos cuidados pós-PCR, identificando as facilidades e dificuldades encontradas nesse contexto.

A partir do diálogo entre esses dois métodos, buscou-se identificar as relações entre as diferentes dimensões que organizam o cuidado de enfermagem após uma PCR revertida com êxito nas unidades de emergência.

2.1 LOCAL DE ESTUDO

Apesar da literatura indicar a unidade de terapia intensiva para seguimento da assistência ao paciente que sofreu PCR, sabe-se que o primeiro atendimento será realizado em ambiente de cuidados emergenciais e a transferência do paciente para uma UTI dependerá da disponibilidade de leitos e do estado clínico do paciente para o transporte. Assim, a equipe de profissionais do serviço de emergência intra-hospitalar será essencial na assistência prestada nas horas subsequentes a PCR. Por este motivo, esta pesquisa foi realizada em prontos socorros de hospitais públicos da SES/DF

Devido à limitação de tempo para o cumprimento do estudo, optou-se pela escolha de quatro hospitais, priorizando Regionais de Saúde próximas umas das outras. Considerando que no mesmo hospital coexistem equipes de enfermagem diferentes com características próprias, foi utilizado o termo **cenário**, definido aqui como ambiente de atuação de uma determinada equipe de enfermagem, que compartilha, além do espaço físico, a mesma supervisão. Os dados referem-se ao período da coleta de dados.

É importante ressaltar que os quatro hospitais funcionam segundo o que preconiza o sistema de classificação de risco, e os pacientes são acolhidos de acordo com a gravidade do caso. Dessa forma, na Sala Vermelha, são recebidos os que chegam em situações de emergência, sendo prestados cuidados de reanimação e estabilização. Na Sala Amarela, são atendidos os que ainda necessitam de monitorização e cuidados especiais, aguardando melhora ou transferência para outras unidades de maior complexidade. Na Ala Verde, são recebidos os pacientes que não são graves e que permanecem em tratamento e observação. De acordo com os critérios de atendimento, esta pesquisa foi realizada nas Salas Vermelha e Amarela, pois nesses espaços é que são prestados os cuidados pós-PCR.

Assim, no Quadro 4 apresenta-se a descrição dos cenários do estudo.

Quadro 4. Caracterização dos cenários da pesquisa. Brasília, 2014.

Hospital	Cenário	Características
Hospital Regional da Ceilândia	Sala Vermelha do HRC	<p>Unidade sob a gerência do SAMU. É a porta de entrada para pacientes graves que chegam a esse hospital e também recebe pacientes que já estavam em tratamento, mas que tiveram piora abrupta do quadro. A equipe de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, dos quais 16 fazem apenas hora-extra no local.</p> <p>Possui 4 leitos. 1-2 enfermeiros/4 leitos. 1 monitor multiparamétrico/leito. 1 ventilador mecânico/leito. 1 carrinho de emergência/4 pacientes. 1 ponto de oxigênio/leito.</p> <p>Geralmente não há equipe médica exclusiva para o setor. O médico que está responsável pela demanda do pronto-socorro avalia durante a manhã os pacientes e atende, caso haja alguma intercorrência durante o dia ou durante a noite.</p> <p>O hospital conta com os seguintes suportes diagnósticos: exames laboratoriais, ECG, radiologia e tomógrafo computadorizado.</p>
	Sala Amarela do HRC	<p>Unidade de cuidados semicríticos/críticos. Recebe paciente com quadro clínico instável que aguarda melhora ou transferência para uma unidade de cuidados intensivos.</p> <p>A equipe de enfermagem é composta de 6 enfermeiros, sendo 4 fixos do setor.</p> <p>Possui 7 leitos. 1 enfermeiro/7 leitos 1 monitor multiparamétrico/leito 5 ventiladores mecânicos/7 leitos 1 carrinho de emergência/7 leitos 1 ponto de oxigênio/leito.</p> <p>Não há médico exclusivo para o setor. O médico que está responsável pela demanda do pronto-socorro, avalia durante a manhã os pacientes e é chamado, caso haja alguma intercorrência durante o dia ou durante a noite.</p> <p>O hospital conta com os seguintes suportes diagnósticos: exames laboratoriais, ECG, radiologia e tomógrafo computadorizado.</p>
Hospital Regional de Taguatinga	Sala Vermelha e Ala Amarela	<p>Não está sob a gerência do SAMU. A Sala Vermelha é a porta de entrada dos pacientes graves e possui 3 leitos. Na Enfermaria de cuidados intensivos (Ala Amarela) ficam os pacientes graves, mas que já foram estabilizados; possui 15 leitos.</p> <p>Plantão diurno: 1 enfermeiro para Ala Amarela e 1 enfermeiro para Ala Vermelha.</p> <p>Plantão Noturno: 2-3 enfermeiros assumem todo o PS adulto e infantil (sala vermelha, ala amarela, ala verde).</p> <p>1 monitor multiparamétrico/leito. 5 ventiladores mecânicos para as duas salas. 1 carrinho de emergência/18 leitos. 1 ponto de oxigênio/leito na Ala amarela e 2 pontos de oxigênio para Sala Vermelha.</p> <p>A equipe médica é fixa do setor e conta com o apoio do cardiologista em todos os períodos.</p>

		O hospital conta com os seguintes suportes diagnósticos: exames laboratoriais, ECG, radiologia e tomógrafo computadorizado.
Hospital Regional do Guará	Sala Vermelha do HRGu	<p>Unidade sob a gerência do SAMU. Recebe paciente grave e com quadro clínico instável que aguarda melhora ou transferência para uma unidade de cuidados intensivos.</p> <p>Possui 4 leitos.</p> <p>A equipe de enfermagem é composta de 6 enfermeiros. 2 enfermeiros /4 leitos no período do dia e 1 enfermeiro /4 leitos no período da noite.</p> <p>1 monitor multiparamétrico/leito 1 ventilador mecânico/leito 1 carrinho de emergência/4 leitos</p> <p>Apenas em alguns dias tem médico exclusivo para o setor. Nos outros dias, o médico que atende à demanda do pronto-socorro todo também é responsável pelo atendimento aos pacientes graves da unidade.</p> <p>O hospital conta com os seguintes suportes diagnósticos: exames laboratoriais, ECG e radiologia.</p>
Hospital de Base do Distrito Federal	Centro de Neurocárdio do HBDF	<p>Unidade sob a gerência do SAMU. Referência para atendimento a emergências cardiovasculares.</p> <p>Dividida em 3 ambientes:</p> <p>Sala vermelha: onde são recebidos e estabilizados os pacientes graves (3 leitos).</p> <p>Sala amarela: onde ficam os pacientes instáveis e graves (3 leitos).</p> <p>Sala de estabilização: onde ficam os pacientes estáveis, que ainda estão em tratamento, ou aguardam transferência para outra unidade (5 leitos).</p> <p>A equipe de enfermagem é composta de 18 enfermeiros, sendo que a cada período o setor conta com a assistência de no mínimo 3 enfermeiros/11 pacientes.</p> <p>1 monitor multiparamétrico/leito. 1 ventilador mecânico/leito. 1 carrinho de emergência/sala. 1 ponto de oxigênio/leito.</p> <p>A equipe médica é fixa do setor e conta com o apoio do cardiologista em todos os períodos.</p> <p>O hospital conta com os seguintes suportes diagnósticos: exames laboratoriais, ECG, radiologia e tomógrafo computadorizado.</p>

2.2 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa enfermeiros da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, que exercem suas atividades nos cenários de pesquisa do estudo.

Na **Etapa 1** da pesquisa, foram convidados a responder os questionários todos os enfermeiros atuantes nas salas vermelhas e amarelas, considerando que não havia dados

prévios acerca dessa população que embasassem uma representatividade estatística. Assim, nesses setores, o quantitativo de profissionais cujos nomes constavam na escala do mês de abril/2013 perfazia um total de 69 enfermeiros, população estimada como o universo do estudo.

Na **Etapa 2**, os enfermeiros que participaram da primeira etapa foram também convidados para colaborarem na entrevista. O critério para definir a amostra nessa segunda etapa foi a saturação dos dados, que ocorre quando a avaliação dos fenômenos do estudo são corroborados pelo *corpus* obtido pelas entrevistas (BAUER e GASKELL, 2008).

2.2.1 Critérios de inclusão

- a. Enfermeiros que atuassem na assistência direta aos pacientes nas salas amarelas e vermelhas.
- b. Enfermeiros que tivessem experiência de trabalho no PS de, no mínimo, seis meses. Para a realização das entrevistas, foram priorizados os profissionais com maior tempo de trabalho na unidade e/ou que atuem na supervisão do setor, partindo do entendimento de que esses têm uma experiência acumulada maior sobre o tema da pesquisa.
- c. Enfermeiros que concordassem em participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2.2 Critérios de exclusão

- a. Enfermeiros que se encontrassem afastados das atividades devido a férias, afastamentos prolongados ou licenças médicas no período de coleta de dados.
- b. Enfermeiros que não concordassem em participar da pesquisa e ou não assinassem o TCLE.

No decorrer da pesquisa, observou-se a necessidade de incluir um novo critério de inclusão na primeira etapa. Observou-se que, no cenário da Sala Vermelha do HRC, a maioria

dos enfermeiros cumpria apenas hora-extra no setor, de forma que a carga horária dos mesmos variava entre 18 horas e 60 horas mensais. Assim, devido à dificuldade de encontrar os enfermeiros que trabalhavam poucas horas no setor, e levando em conta a escassa vivência deles no atendimento intra-hospitalar de emergência, optou-se por aplicar o questionário apenas aos que trabalhavam mais de 30 horas por mês no setor.

Assim, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra selecionada para a primeira e para a segunda etapas foi de 55 e 14 enfermeiros, respectivamente.

2.3 COLETA DE DADOS

2.3.1 Etapa 1 - Aplicação de Questionário

O questionário é um instrumento que permite obter respostas a questões por um formulário que o próprio entrevistado preenche. Os itens devem refletir as questões de pesquisa previamente estabelecidas (MARCONI e LAKATOS, 2009).

O questionário utilizado (Apêndice 1) foi aplicado no período de outubro à dezembro de 2013, sendo composto de duas partes: na primeira constavam perguntas acerca de identificação e caracterização dos enfermeiros; a segunda continha questões sobre os cuidados que devem ser prestados ao paciente no momento pós-PCR. As questões foram elaboradas com base nas Diretrizes da AHA para RCP e ACE de 2010, bem como na revisão de literatura apresentada na primeira parte desta dissertação. O questionário foi avaliado por duas enfermeiras, sendo uma com experiência na área de emergência e outra com experiência na elaboração de questionários.

A parte referente ao conhecimento dos enfermeiros foi composta por 13 questões. Para cada questão foi atribuído o valor de um ponto, totalizando 12 pontos, em virtude da questão 11 não pontuar, por ser de caráter consultivo. Ao final da correção, o resultado foi dividido por 1,2 para transformar o total de pontos em uma nota com valores entre zero e dez.

As respostas atribuídas pelos participantes foram consideradas corretas, quando todos os conteúdos mínimos foram descritos e/ou assinalados; parcialmente corretas, quando um ou

mais conteúdos mínimos não foram descritos e/ou assinalados; e incorreta, quando nenhum dos conteúdos mínimos foram descritos e/ou assinalados (BELLAN, 2006).

Para guiar a correção, foi elaborado um Roteiro para Avaliação do Questionário (Apêndice 2), contendo os objetivos de cada questão e os pontos atribuídos a cada item correto.

Considerando que o ambiente dos cuidados emergenciais são espaços onde os profissionais estão sempre muito atarefados, encontrou-se dificuldade para efetivar essa fase da pesquisa. Nesse contexto, houve necessidade de retornar inúmeras vezes para aplicar os questionários, esperando pacientemente que os enfermeiros tivessem tempo para respondê-los.

Entretanto, registre-se que apesar das idas e vindas, a receptividade dispensada funcionou como fator positivo, assim como o interesse dos sujeitos sobre o tema do estudo.

Considerando que a pesquisadora trabalha no Hospital Regional da Ceilândia, mesmo que em cenário distinto da realização da pesquisa, é conhecida por muitos dos sujeitos do estudo. Esse fato poderia representar um viés na coleta. Nessa etapa da coleta de dados, a preocupação foi minimizar essa possibilidade, embora com a clareza de não poder eliminá-la. Assim, foi permitido aos enfermeiros responderem calmamente o questionário e enfatizado que o resultado da avaliação não seria identificado.

2.3.2 Análise dos dados da Etapa 1

A análise dos dados coletados foi realizada com a utilização do software Epi Info 7 e com o auxílio de um estatístico, visando verificar possíveis associações entre as variáveis.

Na caracterização do perfil epidemiológico dos enfermeiros, são apresentadas tabelas de frequências, por meio de valores absolutos e relativos. A variável *nota* foi descrita por sua média, desvio padrão, e pelos valores mínimo, mediana e o máximo.

As médias das notas foram comparadas com as categorias *sexo*, *tempo de PS*, *curso de atualização*, *tempo da última atualização em PCR* e *local de atuação* (estar em unidade gerenciada pelo SAMU ou não). Visando verificar a significância estatística das comparações, utilizaram-se o teste t, que é empregado para comparação de médias onde há normalidade dos dados, e ANOVA, uma análise de variância utilizada para verificar se os grupos exercem

influência nas respostas, comparando suas médias. A normalidade dos dados foi verificada a partir do Teste de Shapirowilk.

As respostas atribuídas a cada questão também foram associadas à lotação do profissional, sendo as associações entre as variáveis mensuradas pelo teste Qui-Quadrado X^2 , utilizado para medir o nível de associação entre variáveis nominais e, em casos específicos, complementadas com o teste exato de Fisher ou com a simulação de Monte Carlo, quando mais de 20% e 25%, respectivamente, dos valores esperados da tabela de contingência são inferiores a 5. O nível de significância utilizado nesta pesquisa foi de 5%.

2.3.3 Etapa 2 - Realização de Entrevista

Nesta etapa, os enfermeiros participaram de uma entrevista realizada a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice 3), durante o período de dezembro de 2013 à fevereiro de 2014.

A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro com uma sequência de questões que facilitam a abordagem e asseguram que as hipóteses ou pressupostos serão cobertos na conversa. Esse roteiro deve desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Não se deseja o somatório dos depoimentos, mas um conjunto de significados que conforme uma lógica própria do grupo ou mesmo suas múltiplas lógicas. Assim, as modificações do roteiro em campo precisam ser devidamente acompanhadas, constituindo um processo reflexivo permanente do pesquisador (MINAYO, 2010).

Nesta perspectiva, o roteiro da entrevista foi criteriosamente elaborado com perguntas abertas, que objetivaram conceder ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2010).

Essa etapa da coleta de dados foi mais difícil de ser executada comparando-a com a primeira, visto que para a aplicação do instrumento era necessário tempo e local adequado. Primeiramente, optou-se por determinar um horário com o enfermeiro antes ou depois do período de trabalho. Porém, essa estratégia não obteve sucesso, devido à indisponibilidade de tempo dos sujeitos. Assim, passou-se a acompanhar a escala de plantões para verificar quais enfermeiros estavam no dia, indo aos cenários quando os enfermeiros convidados estavam escalados. Aguardava-se um horário mais tranquilo para que as entrevistas pudessem ser

realizadas. Devido a esse contexto, foi necessário retornar inúmeras vezes até que essa etapa do estudo pudesse ser concluída.

A receptividade e o interesse dos participantes foram similares aos encontrados na primeira etapa. De forma análoga à primeira, procurou-se minimizar um possível viés na coleta, pelo fato da pesquisadora trabalhar no Hospital Regional da Ceilândia. Nesse sentido, foram enfatizados novamente os objetivos do estudo, assegurando o anonimato e deixando claro que nenhuma resposta seria identificada. Ainda assim, alguns enfermeiros não se sentiram seguros para conceder a entrevista, por medo de serem identificados.

2.3.4 Análise dos dados da Etapa 2

As entrevistas foram transcritas e analisadas com base na técnica de análise de conteúdo. Para auxílio na análise do *corpus* das entrevistas, foi utilizado o *software* Alceste (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de um texto), que analisa a concordância e co-ocorrência, considerando palavras-chave em seu contexto (BAUER e GASKELL, 2008).

Esse software analisou quantitativamente o *corpus* das entrevistas, descobrindo as informações essenciais contidas no texto. A partir da análise Qui-Quadrado (teste estatístico não paramétrico), identificaram-se as palavras de maior relevância, permitindo um refinamento dos resultados. A partir deste ponto, utilizando os dados quantitativos, iniciou-se a análise qualitativa, agrupando os conteúdos verbalizados em categorias, explorando e buscando compreender seu significado dentro da fala dos sujeitos.

2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da SES/DF, por meio do CAAE de número 16244313.1.0000.5553, e do parecer favorável de número 270.507, no dia 13 de maio de 2013. Todos os participantes assinaram o TCLE.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 ETAPA 1 - A AVALIACAO SOBRE O SABER DOS ENFERMEIROS

Nesta etapa, 55 enfermeiros responderam ao questionário, sendo que o perfil do profissional ficou delineado da seguinte forma: os profissionais, em sua maioria, são do sexo feminino 60% (33), enquanto que os do sexo masculino representam 40% (22). A idade média foi de 33,1 anos, variando entre 22 e 55 anos, sendo que 26 (47,3%) estão na faixa etária entre 22-30 anos, 15 (27,3%) entre 30-40 anos, 12 (21,8%) entre 40-50 anos e 2 (3,6%) estão na faixa etária acima de 50 anos. Na Tabela 2 apresenta-se o perfil de acordo com o sexo, idade, Instituição e tempo de formação, grau de especialização e tempo de atuação em PS.

Em relação à Instituição de formação do enfermeiro, 20 profissionais (36,4%) relataram ter realizado o curso em instituição pública, enquanto que 34 (61,8%), em instituição privada. O tempo médio de formação foi de 6,5 anos, sendo que 4 (7,3%) profissionais concluíram a graduação há menos de 2 anos, 10 (18,2%) entre 2-4, 20 (36,4 %) entre 4-6, 8 (14,5 %) entre 6-8, 5 (9,1%) entre 8-10 e 6 (10,9%) enfermeiros tinham mais de 10 anos de formado. Em adição, verificou-se que 50 (90,9%) têm especialização *lato sensu*, 1 (1,8%) tem especialização *Stricto Sensu* na modalidade de mestrado, e 4 (7,3%) possuem somente graduação.

O tempo de experiência dos enfermeiros no PS variou entre 6 meses e 22 anos, com média de 4,4 anos. Entre esses profissionais, 23 (41,8%) trabalham no PS há menos de 2 anos, 12 (21,8%) têm entre 2-4 anos de experiência nesse setor, 8 (14,5%) entre 4-6, e 12 (21,8%) atuam há mais de 6 anos no serviço de emergência intra-hospitalar. Os enfermeiros ficaram distribuídos da seguinte forma nos cinco diferentes cenários: 14 (25,5%) no HRC SV, 14 (25,5%) do HRT, 12 (21,8%) do HBDF, 10 (18,2%) do HRGu, e 5 (9,1%) do HRC SA.

Tabela 2. Perfil dos enfermeiros que atuam nos cenários da pesquisa. Brasília, 2014.

Variáveis		Mulheres n° (%)	Homens n° (%)	Total n° (%)
Sexo		33 (60)	22 (40)	55 (100)
Idade	20-30 anos	17 (51,5)	9 (40,9)	26 (47,3)
	30-40 anos	9 (27,3)	6 (27,3)	15 (27,3)
	40-50 anos	7 (21,2)	5 (22,7)	12 (21,8)
	Mais de 50 anos	-	2 (9,1)	2 (3,6)
	Total	33 (100)	22 (100)	55 (100)
Instituição de Formação	Pública	11 (33,3)	9 (40,9)	20 (36,4)
	Privada	21 (63,6)	13 (59,1)	34 (61,8)
	Não informou	1 (3)	-	1 (1,8)
	Total	33 (100)	22 (100)	55 (100)
Anos de formação	6 meses - 2 anos	3 (9,1)	1 (4,5)	4 (7,3)
	2-4 anos	7 (21,2)	3 (13,6)	10 (18,2)
	4-6 anos	11 (33,3)	9 (40,9)	20 (36,4)
	6-8 anos	5 (15,2)	3 (13,6)	8 (14,5)
	8-10 anos	3 (9,1)	2 (9,1)	5 (9,1)
	Mais de 10 anos	3 (9,1)	3 (13,6)	6 (10,9)
	Não informou	1 (3,1)	1 (4,5)	2 (3,6)
	Total	33 (100)	22 (100)	55 (100)
Grau de Especialização	Especialização <i>lato sensu</i>	30 (90,9)	20 (90,9)	50 (90,9)
	Mestrado	-	1 (4,5)	1 (1,8)
	Não tem	3 (9,1)	1 (4,5)	4 (7,3)
	Total	33 (100)	22 (100)	55 (100)
Tempo de atuação no PS	6 meses - 2 anos	17 (51,5)	6 (27,3)	23 (41,8)
	2-4 anos	8 (24,2)	4 (18,2)	12 (21,8)
	4-6 anos	4 (12,1)	4 (18,2)	8 (14,5)
	Mais de 6 anos	4 (12,1)	8 (36,4)	12 (21,8)
	Total	33 (100)	22 (100)	55 (100)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em um estudo que apresentou o perfil de enfermeiros de todas as regiões do país, verifica-se um resultado semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Houve predomínio dos enfermeiros na faixa etária abaixo dos 40 anos (71,7%). Em relação ao tempo de formação, constatou-se que 76,5% dos enfermeiros tinham concluído a graduação há menos de 15 anos e que o tempo médio atuação no PS foi de 3 anos. Os cursos de pós-graduação *lato sensu* também predominaram (97,9%) (MENZANI e BIANCHI, 2009).

As instituições privadas prevaleceram na formação dos enfermeiros em outro estudo (BELLAN, 2006). Com relação ao sexo do profissional, observou-se que este estudo

apresentou uma diferença menor entre os dois grupos, visto que outros autores encontraram frequência do sexo feminino de 90,9% e 75% (MENZANI e BIANCHI, 2009; MONTEZELI, 2009).

Apesar de não ter sido objetivo inicial da pesquisa, verificaram-se importantes diferenças entre a prática dos profissionais que são lotados no SAMU e os que não fazem parte desse serviço. Por essa razão, foram divididos em dois grupos: profissionais que atuam em unidades gerenciadas pelo SAMU e profissionais que não possuem esse serviço no setor onde trabalham. Assim, os grupos ficaram dispostos da seguinte forma: 36 (65,5%) enfermeiros no primeiro, e 19 (34,5%) no segundo.

Em relação aos cursos de atualização em PCR, constatou-se que 42 profissionais (76,4%) já tinham realizado algum curso que abordava esse tema, dentre os quais se destacaram o ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*), o BLS (*Basic Life Support*), o PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*) e outros cursos específicos de reanimação cardiorrespiratória que não possuem certificação internacional. Entre os enfermeiros do SAMU (36), a frequência da realização desses cursos foi de 32 (88,9%), enquanto entre os que não atuam em unidades com a presença desse serviço (19), essa frequência foi de 10 (52,6%). A relação entre essas duas variáveis foi significativa ($p=0,005$), indicando que o enfermeiro do SAMU possui maior possibilidade de realizar curso de atualização em PCR, comparado aos enfermeiros lotados em outras unidades. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos enfermeiros que realizaram curso com relação ao tempo decorrente da realização do mesmo.

Tabela 3. Distribuição das frequências de enfermeiros pelo tempo de realização de curso sobre parada cardiorrespiratória. Brasília, 2014.

	SAMU		Não SAMU		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
Até 1 ano	21	65,6	5	50	26	61,9
2-3 anos	10	31,3	3	30	13	31
Mais de 3 anos	1	3,1	2	20	3	7,1
Total	32	100	10	100	42	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

A frequência de enfermeiros que realizaram esse curso no último ano foi de 21 (65,6%) entre os do SAMU, e de 5 (50%) entre os que não pertencem a esse grupo. A diferença entre os dois grupos também foi significativa nessa associação ($p=0,001$), apontando que aqueles enfermeiros apresentam mais chances de terem realizado cursos no último ano.

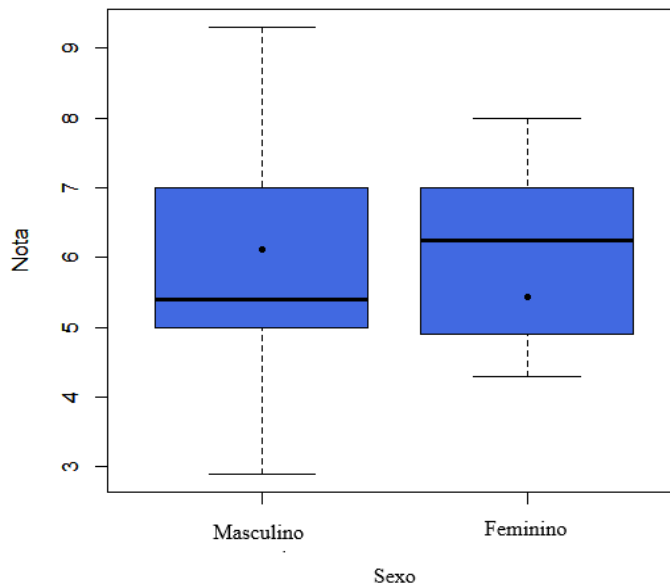
Verificou-se ainda que 28 enfermeiros (50,9%) tiveram a SPPCR abordada em algum momento da sua formação. Dentre os profissionais do SAMU, essa frequência foi de 21 sujeitos (58,3%); enquanto entre os enfermeiros que não estão sob a gerência desse serviço, a frequência foi de 7 (36,8%). A associação dessas duas variáveis não foi significativa ($p=0,217$).

Assim, ainda que os enfermeiros do SAMU realizem mais cursos de atualização, esses ambiente de formação ainda não abordam adequadamente os cuidados pós-PCR e a síndrome que ocorre nesse caso.

3.1.1 Avaliação das notas obtidas no questionário

Conforme os critérios de correção apresentados no Apêndice 2, a média das notas obtidas foi de $5,9 \pm 1,3$, com a nota mínima de 2,9, mediana de 5,5 e nota máxima de 9,3. A Figura 5 apresenta a distribuição das médias das notas em relação ao sexo dos sujeitos da pesquisa.

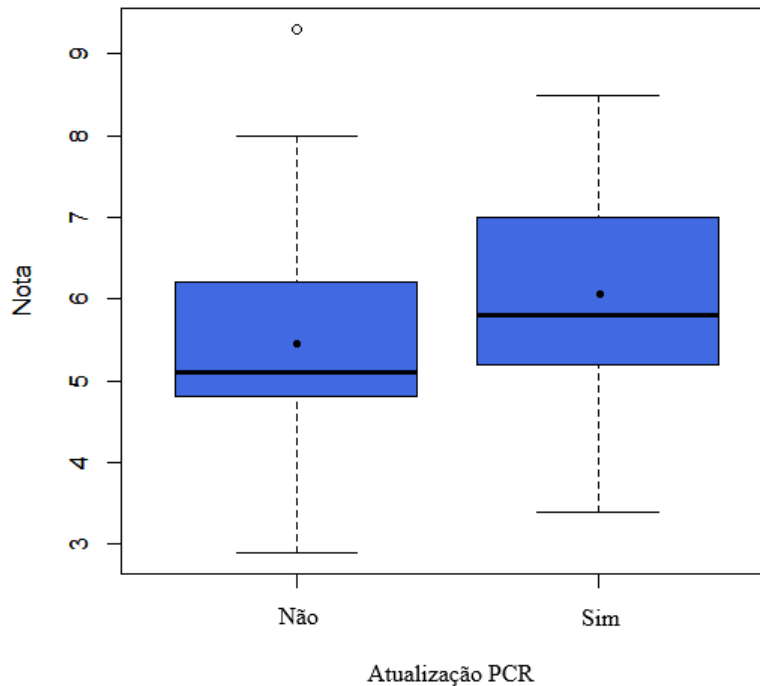
Figura 5. Distribuição das médias das notas em relação ao sexo dos enfermeiros. Brasília, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa.

A média das notas entre as mulheres foi de 5,76 e entre os homens foi de 6,05, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,469$). A Figura 6 apresenta a distribuição das médias das notas comparadas em relação à variável curso de atualização em PCR.

Figura 6. Distribuição das médias das notas em relação a atualização em PCR. Brasília, 2014.

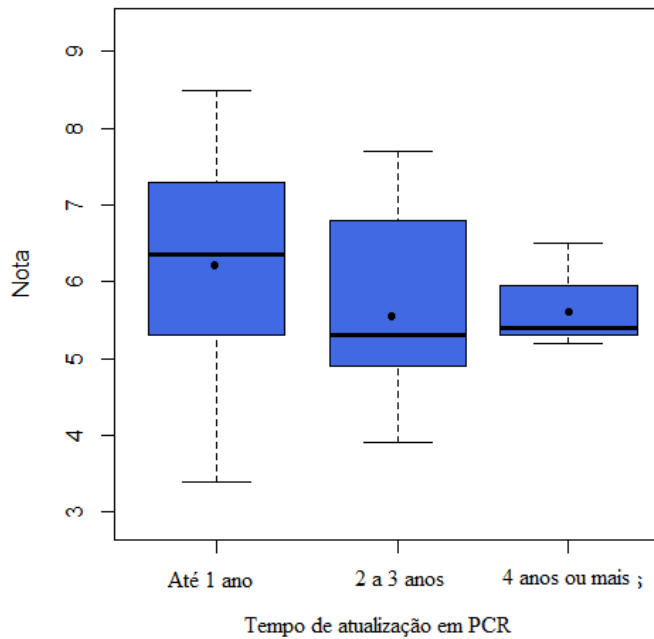


Fonte: Dados da Pesquisa.

Entre os enfermeiros que relataram ter realizado curso de atualização em PCR, a média foi de 6,01, sendo que os que informaram não ter feito nenhum curso nessa área obtiveram média de 5,45. Apesar da diferença entre os dois grupos não apresentar relevância significativa ($p=0,207$), há uma tendência dos enfermeiros que fizeram algum curso de atualização em PCR a apresentar maior média no questionário.

A Figura 7 apresenta a distribuição das médias das notas obtidas no questionário em relação ao tempo decorrido da realização do último curso de atualização em PCR. Verifica-se que a maior média foi verificada entre os enfermeiros que fizeram o curso há menos de um ano (6,2). Os que fizeram o curso entre 2-3 anos e há mais de 4 anos obtiveram médias próximas, respectivamente 5,6 e 5,7.

Figura 7. Distribuição das médias das notas em relação ao tempo decorrido da última atualização em PCR.

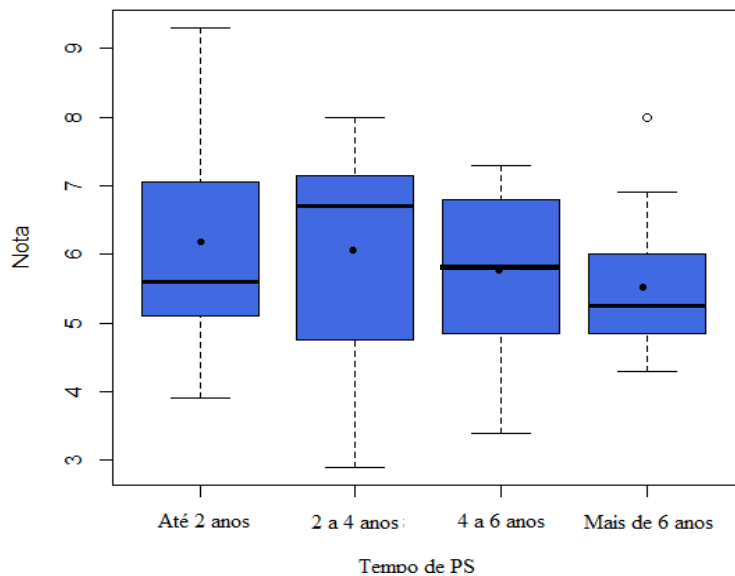


Fonte: Dados da Pesquisa.

Não houve associação significativa entre a variável tempo do último curso de atualização e a média obtida no questionário ($p=0,310$). De toda forma, a não associação pode ser em decorrência do tamanho da amostra.

O tempo de atuação de PS também não mostrou associação significativa com a média das notas obtidas nos questionários ($p=0,705$). Na Figura 8 são apresentadas as distribuições das médias das notas em relação a essa varável.

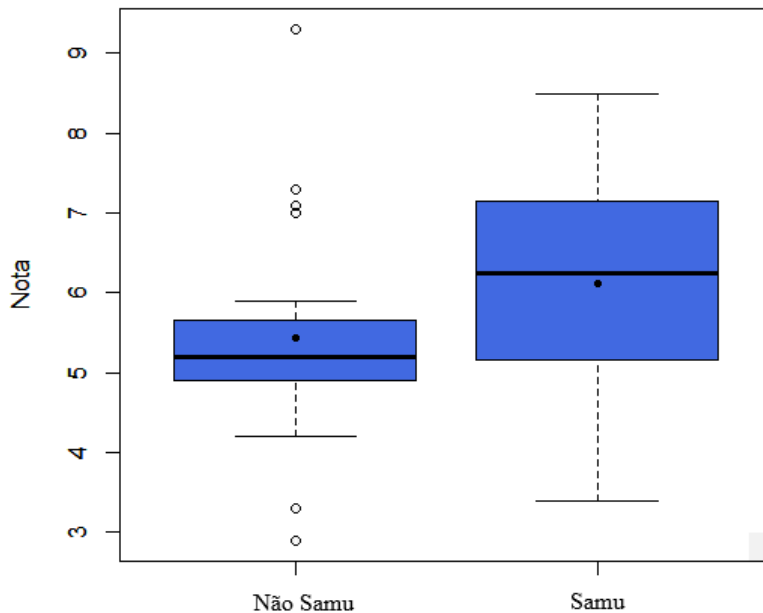
Figura 8. Distribuição das médias das notas em relação ao tempo de atuação no PS. Brasília, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Verifica-se que a maior média das notas se deu na faixa até dois anos de atualização (6,1), seguida pela de 2 a 4 anos (6,0), enquanto que a mais baixa ocorreu nas faixas de 4 a 6 anos (5,7) e de mais de 6 anos (5,5). Por último, a média das notas foi associada à lotação dos enfermeiros, conforme se apresenta na Figura 9.

Figura 9. Distribuição das notas em relação à lotação dos enfermeiros. Brasília, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Entre os enfermeiros do SAMU, verificou-se que a média das notas foi 6,1, enquanto entre os enfermeiros não pertencentes ao programa essa média foi de 5,42, com $p=0,047$, indicando relação entre as duas variáveis, confirmando a influência do serviço na formação dos profissionais em ambiente de atendimento de emergência intra-hospitalar.

A avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre os cuidados pós-PCR não foi verificada em outros estudos, impossibilitando a comparação direta desta pesquisa com outras populações. Entretanto, um estudo que avaliou o conhecimento desses profissionais sobre a atenção a PCR em si e o comparou aos dados sociodemográficos também constatou que as variáveis *sexo* e o *realização de curso prévio sobre o tema* não apresentaram relação estatisticamente significativa com o *score* obtido no teste. Todavia, houve relação inversamente proporcional deste quando comparado ao tempo de experiência profissional (LIMA *et al.*, 2009).

Em estudo de coorte que objetivava verificar o impacto de uma capacitação profissional na assistência à PCR, foram realizados três testes (um antes da capacitação, um depois e outro após três meses). Verificou-se que o grupo submetido à capacitação obteve nota maior no segundo teste em relação ao grupo que não teve a capacitação, porém houve diminuição da nota no terceiro teste, após três meses da capacitação, reforçando a necessidade do caráter contínuo da educação (BELLAN, ARAÚJO e ARAÚJO, 2010).

3.1.2 Avaliação das questões

A primeira questão da segunda parte do questionário teve por objetivo verificar quais situações os enfermeiros identificavam como causadoras da PCR. Os conteúdos descritos pelos sujeitos são apresentados na Tabela 4, onde se verifica que as causas da PCR mais frequentemente indicadas pelos enfermeiros foram: hipóxia (67,3%), hipovolemia (52,7%), hiper/hipocalemia (41,8%), acidose (34,5%), hipotermia (30,9%) e TEP (30,9%). O tamponamento cardíaco, a intoxicação e o pneumotórax hipertensivo foram as causas menos referidas pelos enfermeiros, com as respectivas frequências de 16 (29,1%), 13 (23,6%) e 10 (18,2%). Importante lembrar que a trombose das artérias coronárias (Infarto) era citado no enunciado da questão.

Tabela 4. Causas da parada cardiorrespiratória identificadas pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

Causas da PCR	n ^o	%
Hipóxia	37	67,3
Hipovolemia	29	52,7
Hiper/Hipocalemia	23	41,8
Acidose	19	34,5
Hipotermia	17	30,9
Trombo embolismo pulmonar	17	30,9
Tamponamento cardíaco	16	29,1
Tóxicos	13	23,6
Pneumotórax hipertensivo	10	18,2
Não responderam ou não responderam corretamente	8	14,5

Fonte: Dados da Pesquisa.

Para que essa questão fosse considerada correta, todos os itens deveriam ser descritos. Verificou-se, assim, que 3 enfermeiros (5,5%) responderam corretamente a questão, 44 (80%)

parcialmente correta e 8 (14,5%) responderam incorretamente a questão. Não houve diferença significativa ($p=0,30$) entre os enfermeiros lotados no SAMU e os que não estão inseridos nesse serviço.

A identificação das causas que levaram a uma PCR é essencial na execução dos cuidados prestados aos pacientes vítimas desse evento, visto que se não resolvido o motivo subjacente, provavelmente ele irá apresentar outro episódio de falência súbita da atividade mecânica do coração. Apesar de o enfermeiro não ser responsável pela prescrição das medidas terapêuticas que tratem essas causas, é importante que ele tenha conhecimento delas, tanto para colaborar na identificação das mesmas, como para prever a ocorrência de nova PCR. Logo, essa é uma lacuna importante no conhecimento dos enfermeiros, pois a não identificação da causa da PCR pode postergar a correção da mesma e aumentar as possibilidades de lesões adicionais e de morte da vítima.

Além da identificação da causa da PCR, é importante que a equipe de saúde se volte para as consequências desse evento, que envolvem a lesão cerebral, a disfunção miocárdica e a resposta sistêmica à isquemia/reperfusão. A segunda questão solicitava que os enfermeiros apontassem os mecanismos patológicos envolvidos na síndrome pós-PCR. Na Tabela 5, apresenta-se a distribuição das frequências das respostas relativas a essa questão.

Tabela 5. Mecanismos fisiopatológicos da Síndrome pós-parada cardiorrespiratória identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n ^o	%
Lesão cerebral	41	74,6
Disfunção miocárdica	29	52,7
Persistência da condição precipitante	25	45,5
Resposta sistêmica à isquemia/reperfusão	18	32,7
Não sabe	1	1,8

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os mecanismos mais referidos pelos enfermeiros foram: lesão cerebral (74,6%), a disfunção miocárdica (52,7%) e a persistência da condição precipitante (45,5%). Constatou-se que apenas 6 enfermeiros (10,9%) responderam corretamente a questão, 47 (85,5%) de forma parcialmente correta, e 2 (3,6%) responderam a questão de forma incorreta. Não houve diferença estatística em relação à lotação dos enfermeiros ($p=0,362$).

Enfatiza-se, assim, a necessidade de incluir essa temática nos cursos voltados ao atendimento a esse paciente, a fim de que a compreensão do quadro que se instala possibilite direcionar as medidas terapêuticas a serem estabelecidas.

Diante da importância da pressão arterial na avaliação do estado hemodinâmico do paciente, a questão 3 tinha o objetivo de verificar se os enfermeiros identificavam a reposição volêmica como a primeira medida terapêutica a ser empregada em caso de hipotensão pós-PCR. A Tabela 6 apresenta a distribuição das frequências das respostas a essa questão.

Tabela 6. Medidas terapêuticas empregadas em caso de hipotensão identificadas pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n°	%
Reposição volêmica	28	50,9
Noradrenalina	11	20
Reposição volêmica e noradrenalina	9	16,4
Reposição volêmica e dobutamina	2	3,6
Noradrenalina, dopamina e dobutamina	2	3,6
Dopamina	2	3,6
Noradrenalina e dobutamina	1	1,8
Dobutamina	-	-
Adrenalina	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa.

Assim, 28 enfermeiros (50,9%) identificaram a reposição volêmica como primeira alternativa terapêutica, 11 (20%) identificaram a noradrenalina, e 2 (3,6%) a dopamina. Nenhum identificou a adrenalina ou a dobutamina como alternativa para esse caso. Alguns enfermeiros apontaram mais de uma alternativa, de forma que 9 (16,4%) identificaram a reposição volêmica associada à noradrenalina, 2 (3,6%) identificaram a associação entre reposição volêmica e dobutamina, 2 (3,6%) a associação a noradrenalina, dopamina e dobutamina e 1 (1,8%) apontou a noradrenalina junto com a dobutamina. Verificou-se que a proporção de respostas corretas e incorretas foi de 50,9% e 49,1% respectivamente. Não houve diferença significativa entre os dois grupos de enfermeiros ($p=0,851$).

Considerando a otimização do suporte ventilatório, a quarta questão tinha o objetivo de identificar qual a SaO₂ ideal para se evitar a hipóxia. Na Tabela 7 apresenta-se a frequência das respostas a essa questão.

Tabela 7. Saturação de oxigênio ideal identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
< 80%	-	-
entre 80-90%	1	1,8
entre 90-94%	8	14,5
acima de 94%	40	72,7
100%	6	10,9

Fonte: Dados da Pesquisa.

A alternativa correta, que indica a SaO₂ maior que 94%, foi assinalada por 40 enfermeiros (72,7%), seguida pelas alternativas 90-94% e 100%, que obtiveram respectivamente as frequências 8 (14,5%) e 6 (10,9%). Comparando os enfermeiros do SAMU e aqueles que não fazem parte do programa, verifica-se que 29 enfermeiros (80,6%) do primeiro grupo responderam corretamente a questão, enquanto 11 (57,9%) do segundo grupo obtiveram o mesmo conceito. Apesar da diferença encontrada não indicar associação significativa ($p=0,072$), há uma maior tendência dos enfermeiros pertencentes ao primeiro grupo responder corretamente essa questão.

A quinta questão perguntava qual a Fração de Inspiração de Oxigênio (FiO₂) ideal deveria ser oferecida pela VM para se evitar a hiperóxia nos pacientes após a PCR. Na Tabela 8, apresenta-se a distribuição das respostas assinaladas pelos enfermeiros a essa questão.

Tabela 8. Fração de inspiração de oxigênio ideal identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
Depende da SaO ₂	34	61,8
100%	7	12,7
75%	6	10,9
50%	4	7,2
21%	1	1,8
Não sabe	3	5,4

Fonte: Dados da Pesquisa.

SaO₂ – Saturação de oxigênio

A alternativa correta (depende da SaO₂ do paciente) foi assinalada por 34 enfermeiros (61,8%), 7 (12,7%) assinalaram a alternativa que apontava 100%, 6 (10,9%) a que apontava 75%, 4 (7,2%) a que apontava 50%, e 1(1,8%) a que apontava 21%. Assim, 34 enfermeiros (61,8%) responderam corretamente a essa questão. Não houve associação significativa entre essa variável e a lotação dos enfermeiros ($p=0,188$).

A questão 6 visava verificar se os enfermeiros sabiam qual distúrbio metabólico era mais comum após uma PCR. A resposta correta (acidose) foi assinalada por 49 (89,1%) enfermeiros. Entre os enfermeiros do SAMU, 34 (94,4%) apontaram a acidose como distúrbio metabólico mais comum após uma PCR. Esta frequência entre o grupo de enfermeiros que não estão lotados no SAMU foi de 15 (78,9%). A diferença entre os dois grupos não foi significativa ($p=0,167$).

Na questão 7 objetivou-se verificar se os enfermeiros atribuíam corretamente os valores aos parâmetros da gasometria arterial (pH, HCO_3^- , PaCO_2 e PaO_2). A Tabela 9 apresenta a frequência das respostas corretas atribuídas a cada um desses parâmetros.

Tabela 9. Parâmetros da gasometria arterial corretamente definidos pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
pH	44	80,0
PaCO_2	39	70,9
HCO_3^-	35	63,6
PaO_2	31	56,5

Fonte: Dados da Pesquisa.

O parâmetro que os enfermeiros apontaram mais vezes corretamente foi o pH (80%), seguido da PaCO_2 (70,9%), do HCO_3^- (63,6%) e do PaO_2 (56,5%). Verificou-se que 23 enfermeiros (41,8%) atribuíam corretamente os valores a todos os parâmetros da gasometria arterial solicitados. Dentre os enfermeiros lotados no SAMU, 11 (30,6%) responderam corretamente essa questão e 19 (52,8%) deram resposta parcialmente correta. No outro grupo, essas frequências foram respectivamente 12 (63,2%) e 4 (21,1%). A diferença entre os dois grupos foi significativa ($p=0,042$), evidenciando que os enfermeiros que não estão lotados no SAMU obtiveram desempenho melhor nessa questão.

Sobre o controle da temperatura, os enfermeiros foram questionados sobre qual alteração nesse parâmetro eles deveriam evitar. Na Tabela 10 apresenta-se a frequência das respostas a essa questão.

Tabela 10. Alteração na temperatura a ser evitada identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
Hipertermia	28	50,9
Hipotermia	19	34,5
Hipertermia e Hipotermia	6	10,9
Não sabe	2	3,6

Fonte: Dados da Pesquisa.

Verificou-se que 28 enfermeiros (50,9%) apontaram corretamente que deveriam evitar a hipertermia no período pós-PCR, 19 (34,5%) assinalaram que deveriam evitar a hipotermia, e 6 (10,9%) assinalaram que deveriam evitar tanto a hipotermia como a hipertermia. Não houve associação estatística significativa dessa variável com a lotação dos enfermeiros ($p=0,343$).

Na questão 9, solicitou-se que o enfermeiro apontasse os parâmetros que deveriam ser avaliados no período pós-PCR. O Quadro 5 apresenta os parâmetros que deveriam ser assinalados pelos participantes e a justificativa de cada um, e na Tabela 11 expõe-se a distribuição das frequências das alternativas assinaladas pelos sujeitos nessa questão.

Quadro 5. Parâmetros que devem ser avaliados nos cuidados pós-Parada Cardiorrespiratória. Brasília, 2014.

Parâmetro (referência)	Motivo
Saturação de oxigênio	Evitar a hipóxia e a hiperóxia
Gasometria arterial	Correção de distúrbios metabólicos e respiratórios
Frequência cardíaca	Avaliação da função cardíaca
Glicemia	Evitar danos neurológicos adicionais
Eletrocardiograma	Avaliar função cardíaca
Potássio	Identificar e prevenir distúrbios desse eletrólito
Enzimas cardíacas	Avaliar função cardíaca
Ausulta pulmonar	Avaliar os danos ao pulmão decorrentes das manobras de RCP ou da disfunção cardíaca
Pressão venosa central	Avaliar volume sanguíneo
E _T CO ₂	Avaliar a qualidade das compressões torácicas durante a RCP e confirmar posicionamento do tubo orotraqueal

Fonte: American Heart Association, 2010; ARC e NZRC, 2011; Kakavas, Chalkias e Xanthos, 2011; Kim et al., 2013; Pothitakis et al., 2011; Reynolds e Lawner, 2012.

EtCO₂ – Exalação final de Dióxido de Carbono

Tabela 11. Parâmetros que devem ser avaliados no período pós-parada cardiorrespiratória identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
Saturação de oxigênio	52	94,6
Gasometria arterial	50	90,9
Frequência cardíaca	48	87,3
Glicemia	44	80
Eletrocardiograma	43	78,2
Potássio	33	60
Enzimas cardíacas	28	50,9
Ausulta pulmonar	26	47,3
Pressão venosa central	22	40
E _T CO ₂	16	29,1
Não sabe	1	1,8

Fonte: Dados da Pesquisa.

EtCO₂ – Exalação final de Dióxido de Carbono

Os parâmetros mais assinalados pelos enfermeiros foram SaO₂ (94,6%), gasometria arterial (90,9%), frequência cardíaca (87,3%), glicemia (80%), ECG (78,2%), potássio (60%) e enzimas cardíacas (50,9%). As alternativas que foram assinaladas com menor frequência foram Ausculta Pulmonar (47,3%), PVC (40%) e E_tCO₂ (29,1%). Todas as alternativas corretas foram marcadas por 10 (18,2%) enfermeiros. A diferença entre os dois grupos de enfermeiros não foi significativa (p=0,5367).

Considerando o papel do enfermeiro no suporte neurológico, a questão 10 perguntava quais parâmetros devem ser verificados para se avaliar a função neurológica do paciente no momento pós-PCR. Na Tabela 12 apresenta-se a distribuição das frequências das respostas a esse questionamento.

Tabela 12. Parâmetros para avaliar a função neurológica identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
Nível de consciência	49	89,1
Reação pupilar	40	72,7
Resposta motora	23	41,8
Sedação	23	41,8
Sinais vitais	9	16,4
Não sabe	1	1,8

Fonte: Dados da Pesquisa.

A avaliação do nível de consciência foi a alternativa mais assinalada (89,1%), seguida da reação pupilar (72,7%), da reação motora (41,8%) e da sedação (41,8%). Os sinais vitais foram os parâmetros menos citados pelos enfermeiros (16,4%). Entre os enfermeiros da amostra, 4 (7,3%) responderam corretamente a questão e 50 (90,9%) atribuíram uma resposta parcialmente correta. Não houve relação estatística entre essa variável e a lotação dos enfermeiros (p=0,526).

A questão 11 tinha caráter consultivo, ou seja, não pontuava, pois objetivava verificar se o enfermeiro já tinha presenciado a HT. Na Tabela 13 apresenta-se a frequência dos profissionais que presenciaram essa terapêutica.

Tabela 13. Enfermeiros que presenciaram a prática da hipotermia terapêutica. Brasília, 2014.

	SAMU		Não SAMU		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	17	47,2	3	15,8	20	36,4
Não	19	52,8	16	84,2	35	63,6
Total	36	100	19	100	55	100

Fonte: Dados da Pesquisa

Constatou-se, assim, que dos 20 enfermeiros (36,4%) que afirmaram ter presenciado a prática dessa técnica ao menos uma vez, 17 (85%) são do SAMU e 3 (15%) não pertencem a este serviço. A diferença entre os dois grupos foi significativa ($p=0,045$), evidenciando que os enfermeiros do SAMU têm mais chances de presenciar a prática da HT.

Ainda em relação a HT, a questão 12 tinha o objetivo de verificar se os enfermeiros sabem qual a temperatura deve ser atingida nessa terapia. A Tabela 14 exibe as frequências das respostas a essa questão.

Tabela 14. Temperatura que deve ser atingida durante a hipotermia terapêutica identificada pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
0-2°C	1	1,8
14-17°C	3	5,5
32-34°C	39	70,9
Não sabe	12	21,8

Fonte: Dados da Pesquisa

Assim, apesar de apenas 36,4% terem presenciado essa terapia, 39 (70,9%) assinalaram a resposta correta no questionário. Entre os enfermeiros do SAMU, 28 (77,8%) marcaram a resposta correta. Entre o outro grupo de enfermeiros, essa frequência foi de 11 (57,9%). Essa diferença não apresentou relevância estatística ($p=0,123$).

A última questão solicitava que os enfermeiros assinalassem cuidados que deveriam ser prestados a pacientes sob a HT. A Tabela 15 expõe a frequência das respostas que os enfermeiros assinalaram nessa questão.

Tabela 15. Cuidados que devem ser prestados durante a hipotermia terapêutica identificados pelos enfermeiros. Brasília, 2014.

	n	%
Sinais Vitais	51	92,7
Cuidados com a pele	39	70,9
Cuidado com os olhos	13	23,6
Aspiração de vias aéreas	12	21,8
Sangramento	11	20
Higiene Oral	6	10,9
Cabeceira Elevada	5	9,1
Manter dieta	3	5,5
Não sabe	3	5,5

Fonte: Dados da Pesquisa

Os cuidados necessários, durante a realização da HT, mais assinalados pelos enfermeiros foram: sinais vitais (92,7%), cuidados com a pele (70,9%). Cuidado com os olhos, aspiração das vias aéreas, monitorar e evitar sangramento, higiene oral, cabeceira elevada e manutenção da dieta obtiveram frequências menores que 25%. Nessa questão, nenhum dos enfermeiros assinalou todos os itens corretos e não houve relação estatística entre a resposta e o local de lotação do enfermeiro ($p=0,272$).

Dessa forma, o conhecimento sobre o controle da temperatura nos cuidados pós-PCR não está sistematizado e alguns participantes apontaram que deveriam evitar a hipotermia, evidenciando, assim, mais um assunto que precisa ser enfatizado nos ambientes de educação continuada.

O baixo índice de acerto na questão 13 ocorreu provavelmente em decorrência da pouca vivência com essa terapia no ambiente de cuidados de emergência.

A aplicação do questionário na Etapa 1 da pesquisa permitiu identificar lacunas de conhecimentos, principalmente com relação à identificação das causas da PCR e dos mecanismos envolvidos na SPPCR, na abordagem da hipotensão arterial, na definição dos valores da gasometria arterial, na avaliação da função neurológica, no controle da temperatura e nos cuidados com a HT.

Constatou-se, também, que o desempenho dos sujeitos, considerando as questões isoladamente, não foi estatisticamente diferente quando associados ao local de lotação, provavelmente devido ao pequeno tamanho da amostra. Porém, considerando a totalidade do questionário, o desempenho dos profissionais inseridos no SAMU foi melhor.

3.2 ETAPA 2 - VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS FRENTE AO CUIDADO PÓS-PCR

Nesta segunda etapa do estudo responderam as entrevistas 14 enfermeiros, sendo 7 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Essa proporção não foi intencional, sendo resultado da seleção entre os enfermeiros que haviam participado da primeira etapa da pesquisa.

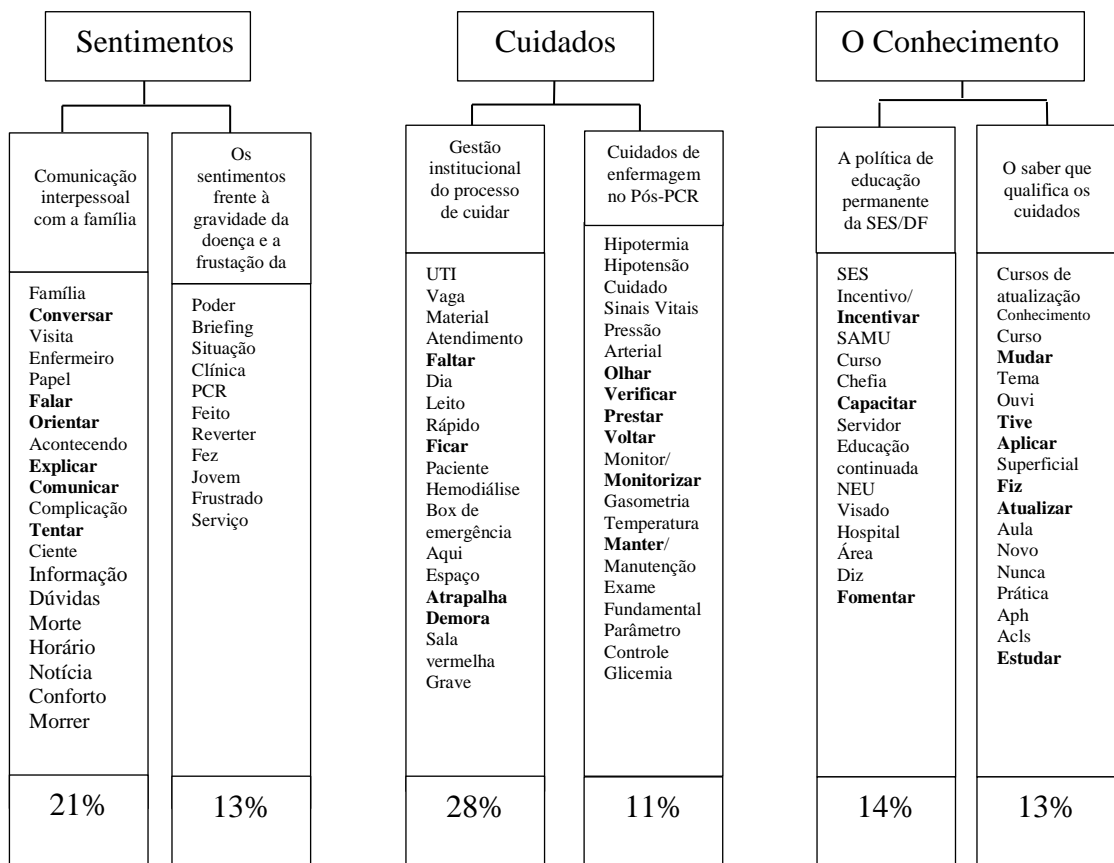
Na análise do conteúdo das entrevistas, emergiram três eixos temáticos. No primeiro eixo, denominado **Os sentimentos**, os profissionais fazem referência às emoções e aos sentimentos vivenciados na prática do cuidado, sobretudo frente à família do paciente. No segundo eixo, denominado **Os cuidados**, faz-se referência às diferentes ações do fazer do

enfermeiro, identificando as facilidades e dificuldades encontradas no processo de cuidar. No terceiro eixo, denominado **O conhecimento**, os enfermeiros relacionam o cuidado de qualidade ao nível de conhecimento que possui sobre o tema e explicitam suas percepções sobre o apoio e o incentivo auferido pela instituição onde exercem sua atividade para o aprimoramento de seus conhecimentos. Cada eixo foi composto por duas categorias, conforme apresentado no dendograma (Figura 10).

No dendograma, os percentuais que figuram abaixo de cada categoria denotam a relevância dos discursos, considerando a categoria/eixo. Verificou-se que o eixo de maior relevância foi dos **cuidados**, o que é esperado, pois se refere ao objeto de trabalho dos sujeitos. Observa-se que a soma dos percentuais do eixo dos Cuidados e dos Sentimentos perfazem 69% dos discursos dos sujeitos, revelando a importância dessas duas dimensões no exercício profissional.

A análise de conteúdo foi efetuada com base nas entrevistas dos 14 sujeitos no conjunto. Entretanto, os sujeitos foram identificados, recebendo a sigla EA (seguido pelo número de ordem) os enfermeiros que não são lotados no SAMU, e EB (seguido pelo número de ordem) os enfermeiros lotados em unidades onde o serviço está presente.

Figura 10. Dendograma com as categorias que emergiram da análise das entrevistas. Brasília, 2014.



3.2.1 O eixo dos Sentimentos

A expectativa de que nós podemos estar imersos em sofrimento e perda diariamente e não sermos tocados por isso é tão irreal quanto esperar ser hábil para andar pela água sem ficar molhado.

(Rachel Remen, Kitchen Table Wisdom)

Neste eixo, emergiram duas categorias de sentidos, denominadas **A comunicação interpessoal com os familiares** e **Os sentimentos frente à gravidade da doença/ frustração da perda**. Esse conjunto de categorias desvelou que o desafio maior dos profissionais gira em torno da gestão dos sentimentos frente à necessidade de comunicar/informar os familiares sobre o quadro clínico do paciente que sofreu PCR, bem como lidar com os próprios sentimentos, especialmente frente à morte, que comumente é associada ao fracasso e gera um sentimento de frustração.

No bojo dessa problemática desvela-se também a relação existente no padrão comunicacional subjacente na estrutura organizacional hospitalar, que, em última análise, deveria abraçar as necessidades dos profissionais e dos familiares, fornecendo as condições para o exercício da árdua tarefa de comunicar notícias difíceis.

Nessa perspectiva, apresenta-se a seguir a análise detalhada de cada categoria, a fim de favorecer a compreensão das diferentes interfaces que compõem o universo dos sentimentos dos sujeitos do estudo.

3.2.1.1 Comunicação interpessoal com os familiares

Nesta categoria, a presença de verbos **conversar, falar, orientar, explicar e comunicar**, acompanhados dos substantivos **família, visita, enfermeiro e papel**, fazem referência ao cuidado dispensado à família, utilizando-se da comunicação como estratégia terapêutica. Assim, os enfermeiros usam o ato de comunicar para auxiliar o familiar a compreender, aceitar e buscar mecanismos de adaptação às mudanças ocorridas após o evento da PCR. Os discursos dos sujeitos reafirmam que as competências comunicacionais têm um papel abrangente no cuidado e tratamento, pois privilegiam, para além da dimensão tecnicista, as dimensões psicológicas, sociais e espirituais da doença. O fragmento de discurso a seguir exemplifica essa atuação:

O relacionamento com a família é sempre bem esclarecido mesmo. A gente procura sempre orientar o que está acontecendo, as condições, o que falta fazer, o que está dependendo, os exames. Então, tudo a gente sempre procura atualizar o acompanhante, deixar ele mais calmo (EB.1).

A comunicação com a família é importante, pois o núcleo familiar é compreendido como uma unidade que focaliza a interação entre seus membros e que funciona como um sistema em que cada membro depende do apoio do outro para superar as crises, os conflitos e as dificuldades de toda ordem. Essa interação possibilita um espaço privilegiado de cuidados, de suporte no ciclo da vida e da morte, buscando a sobrevivência e a proteção integral de seus membros (BORGES e PINHO, 2013).

Assim, quando uma PCR ocorre, os familiares sabem que seu ente querido está em risco iminente de morte. Essa situação provoca separações abruptas e inesperadas; e os membros da família podem experimentar a desorganização, paralisação e impotência, evocando sentimentos de melancolia, impotência e culpa (TOME, POPIM e DELL'ACQUA, 2011).

Frente à desestabilização emocional dos familiares, há necessidade de um cuidado extra para que essa comunicação seja efetiva. Ela deve minimizar os conflitos, os mal-entendidos e precisa ter como objetivo definido a solução dos problemas detectados na interação com a família (BORGES e PINHO, 2013).

Nesse contexto, a hospitalização do paciente representa uma ruptura na unidade do familiar e, ao mesmo tempo, a entrada num mundo de incógnitas, dúvidas geradoras de insegurança emocional, de medos, que conformam necessidades que precisam ser atendidas pelo profissional de saúde (BORGES e PINHO, 2013).

Sendo assim, para atender as demandas da família, a comunicação será a principal ferramenta do enfermeiro e envolve, via de regra, o domínio da informação potencialmente dolorosa, que tende a mobilizar, por parte dos familiares, reações emocionais, nem sempre de fácil manejo. O cuidado às famílias irá exigir competência, para transmitir com clareza as informações a respeito do quadro do paciente, e empatia, para entender as reações dessa unidade.

Ressalte-se, ainda, que a comunicação é um instrumento terapêutico que dá acesso ao princípio de autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e à informação que o familiar necessita para ser ajudado e para que possa se transformar em agente de autoajuda. A informação deve ser individualizada, atualizada, preventiva, compreensível e ocorrer em um lugar tranquilo e aconchegante (BORGES, FREITAS e GURGEL, 2012).

No esforço de dar conta dos desafios impostos pelo contexto emocional dos familiares frente à gravidade do quadro de seu ente querido, os sujeitos do estudo referiram a utilização de algumas estratégias. Os seguintes extratos evidenciam essas estratégias:

Lidar com a família é uma conduta muito pessoal. Depende de enfermeiro para enfermeiro. Eu procuro orientar, eu chamo a família, eu converso, eu explico, eu sou realista, eu falo. Eu jogo bem preto no branco mesmo, mas sem deixar de ser humana, porque você não pode falar: está nas últimas. Você não pode falar isso. A gente tenta dar um conforto (EB.7).

Então o enfermeiro em relação a isso é o cara que tem que estar ali para dar apoio. Tanto apoio que não é caridade entendeu? É coisa técnica mesmo, mas de fazer de forma que tem uma acessibilidade maior, para deixar esta família ciente do que está acontecendo (EB.6).

Dentre as estratégias utilizadas, destacam-se a disponibilidade para o esclarecimento das dúvidas dos familiares e a preocupação em prestar informação sem encobrimento da verdade. Esse modo de agir pode ser validado como boa prática de comunicação, embora não seja possível afirmar que o profissional avalia as reais necessidades, capacidades de compreensão e o nível de ansiedade de quem está recebendo a informação (BORGES e PINHO, 2013).

Neste estudo, não se pode apreender se essas estratégias foram desenvolvidas empiricamente na prática cotidiana, se foram aprendidas na formação ou se reproduzem a tendência natural dos profissionais de proteger o paciente e seus familiares. Sabe-se que muitas vezes essa ação é inconsciente e advém do modelo tradicional da relação profissional-paciente em que prevalece o paternalismo (PEREIRA, 2008).

Nessa perspectiva, podem se mesclar a ação paternalista com a necessidade de tornar a comunicação eficaz. É possível também inferir que, no compromisso de minimizar o sofrimento dos familiares, haja por parte da equipe um movimento de permitir que eles ouçam a voz dos diferentes profissionais envolvidos no cuidado de seu ente querido. Por outro lado, pode-se fazer a leitura de que essa estratégia pode ainda significar uma forma de minimizar a carga emocional da equipe de enfermagem, pelo compartilhamento de responsabilidades.

Nesse contexto, a atenção multiprofissional é valorizada, na medida em que aproxima a família do contexto de cuidado, até então percebido como distante e amedrontador (CAMPONOGARA *et al.*, 2013).

Por outro lado, no horário da visita, este familiar é atendido pela equipe de enfermagem e pela equipe médica. E neste momento o familiar tem uma visita beira a leito com o médico assistencial e ali o familiar vai tirar todas as dúvidas que ele tiver (EB.5).

Considerando que a comunicação em saúde é um ato multidimensional que envolve diferentes áreas disciplinares, essa estratégia vai ao encontro do que preconizam os estudos sobre os aspectos que favorecem a comunicação eficaz. Esse tipo de ação permite que os familiares tenham acesso à complexidade dos cuidados dispensados pelos atores envolvidos no cuidado ao seu ente querido (CAMPONOVARA *et al.*, 2013).

Para a família, a atenção oferecida por uma equipe multiprofissional sinaliza que todos os esforços estão sendo empreendidos para que o doente receba o atendimento de melhor qualidade possível. Além disso, identificar os profissionais envolvidos no cuidado do ente confere segurança para o familiar, pois reforça a confiança e favorece a vinculação com a equipe de saúde (BORGES e PINHO, 2013).

Mas, ainda que haja confiança na equipe de saúde, o familiar angustia-se por não poder ficar ao lado do doente todo o tempo e tem que se adaptar às rotinas das unidades hospitalares. A fim de minimizar essa angústia, o horário de visita é uma estratégia institucional que permite aos familiares e às pessoas significativas visitarem o paciente, embora isso seja possível apenas por certo período, em um determinado horário do dia.

Nessa situação, os sujeitos do estudo, compreendendo a fragilidade do familiar, buscam flexibilizar o horário de visita:

Tem enfermeiro que não deixa entrar de jeito nenhum, que é um pouco mais duro, que pensa mais no sistema aí mesmo. Eu não. Deixo entrar mesmo se não está no horário de visita. O povo fala que eu tenho o coração meio mole. Mas eu não consigo. Eu deixo entrar, deixo ficar ali do lado, porque é um momento difícil, né (EB.7).

Os momentos nos quais o familiar fica ao lado do doente ajudam a diminuir parte da ansiedade e da angústia causada pela internação de seu ente. A estratégia adotada figura também como reforço na vinculação, favorecendo uma comunicação eficaz entre a equipe e os familiares (CAMPONOVARA *et al.*, 2013).

É muito importante que o enfermeiro, como responsável pela gestão do cuidado, leve em conta as particularidades de cada caso e busque a flexibilização das rotinas de acordo com as necessidades e possibilidades do familiar. Essa estratégia humaniza o cuidado prestado, na medida em que promove a autonomia e considera o universo particular de cada unidade familiar.

Nesse contexto, à medida que o familiar ganha protagonismo, a instituição, marcada por um viés autoritário e rígido, começa a ser percebida sob a ótica da solidariedade e da responsabilidade coletiva perante as necessidades do outro (BRASIL, 2007).

Observou-se que outra estratégia na comunicação com as famílias consiste na utilização das crenças religiosas como *coping* religioso-espiritual, definido como o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais para o enfrentamento de situações estressantes ou de crises que surgem no decorrer da vida (PANZINI e BANDEIRA, 2007). Sendo assim, rezar pode ser uma prática comum e confortadora na dificuldade (BOUSSO *et al.*, 2011), como se destaca:

Eu sou religiosa, então eu costumo usar esta abordagem religiosa mesmo. Olha, tem que esperar, então fazer o que te faz bem. Se você acredita em Deus, reza, e é isso (EB.2).

Aqui vale ressaltar que, por ser uma habilidade que pode ser aprendida, há evidências que profissionais não religiosos podem abordar o tema da espiritualidade na prática clínica de modo tão adequado quanto os religiosos. Para tal, é necessário receber treinamento específico, além de contar com o apoio de uma equipe também treinada para atender a dimensão espiritual do cuidado humano (KOENIG, 2013).

Ao incluir a dimensão espiritual da família no cuidado, o enfermeiro favorece a compreensão do sentido do adoecimento e do sofrimento e auxilia o familiar a lidar com os sentimentos de cansaço, esgotamento, angústia e revolta diante da situação (TOME, POPIM e DELL'ACQUA, 2011).

Como se pode depreender, há um esforço claro dos sujeitos do estudo em utilizar estratégias de comunicação para apoiar os familiares. Destaca-se que nem sempre esse manejo é muito fácil, mas sem dúvida o aspecto mais desafiante na relação interpessoal profissional/familiar é a comunicação da má notícia. Isso acontece não só devido à gravidade da situação a que diz respeito, mas também pela controvérsia em torno de quem, do quê, e do como transmitir a notícia (PEREIRA, 2005). No estrato a seguir, percebe-se essa angústia.

Até comento com os meninos, pra mim é a pior parte. Não é nem de atender, é depois que este paciente vai a óbito e você ter que ligar para família, comunicar a família. Porque cada família tem uma reação (EA.6).

É importante destacar que o anúncio da má notícia é uma realidade constante no cotidiano dos profissionais de saúde e produz sensações desagradáveis tanto para quem recebe a mensagem quanto para aquele que a emite (BORGES, FREITAS e GURGEL, 2012). A questão central é que ela está relacionada a uma situação que modifica, radical e negativamente, a ideia que a família projetou para o futuro do grupo (PEREIRA, 2005).

E, no contexto dos cuidados pós-PCR, é certeza que esse tipo de anúncio coloca o familiar em estado de angústia, visto que ele tem clareza que esse evento é uma situação ameaçadora da vida. Tanto os familiares quanto os profissionais vivenciam sentimentos de ansiedade, inutilidade e desconforto.

Ficou explicitado no discurso do sujeito que não é a informação que o assusta, mas a forma como o familiar pode reagir diante da morte ou do agravamento do quadro do paciente após uma PCR. O desafio para os enfermeiros protagonistas de más notícias gira em torno da sobrecarga que a situação acarreta. Além de planejarem e gerirem as possíveis hostilidades da família, precisam lidar com os próprios sentimentos de perda e aceitação da morte (PEREIRA, 2005).

Nesse contexto, os sentimentos estabelecidos na relação de cuidado com os familiares do paciente pós-PCR ecoam para além da dimensão profissional, de forma que a angústia e a frustração podem causar desconforto, dificuldades e somatizações.

3.2.1.2 Os sentimentos frente à gravidade da doença e a frustração da perda

Nesta categoria, os verbos **poder**, **fazer** e **reverter**, acompanhados das **palavras situação, clínico, PCR, jovem e frustração** denotam que, para os sujeitos do estudo, o cuidado parece gratificante. Mas, quando não se consegue evitar a morte de um paciente que sofreu PCR, são despertados sentimentos de angústia e pesar. Aprendeu-se ainda que, quando o quadro clínico é muito grave, os sentimentos são relativizados, embora permaneça um sentimento de frustração. Essa afirmação encontra respaldo no seguinte extrato:

Quando morre um paciente, o que eu sinto é muito relativo. Porque infelizmente são muitas as causas de PCR. [...] há uma frustração, mas não é uma frustração assim de que eu poderia ter feito algo a mais. Muitas vezes a gente fez o que podia, dentro das nossas capacidades, mas é a condição clínica do paciente que independentemente do que eu poderia fazer não iria reverter (EA.2).

Sendo assim, pode-se inferir que, mesmo em situações nas quais o sujeito está ciente das limitações terapêuticas, há uma frustração advinda da perda, pelo fato desses profissionais não poderem se eximir ou negligenciar suas responsabilidades e funções frente à morte de uma pessoa que estava sob seus cuidados ou de sua equipe (DUARTE, 2013).

Apesar dos avanços na ciência e na tecnologia, na maneira de lidar com doença e morte, esta última ainda é acompanhada da ideia de fracasso para a equipe de saúde. Para esse

profissional, não aliviar a dor ou evitar a morte pode acarretar intenso sofrimento (KOVÁCS, 2010).

Sabe-se que o modo como os profissionais lidarão com a perda e a dor é, por um lado, influenciada por sua própria visão da morte, história pessoal e formação a respeito do assunto. Como os profissionais de enfermagem não são adequadamente preparados para lidar com a morte, lidar com o luto pela perda de pacientes se traduz em sentimentos de impotência, frustração e revolta, gerando situações de estresse e de difícil resolução (KOVÁCS, 2010).

Os enfermeiros evidenciaram que o enfrentamento do luto é dificultado quando ocorre a perda de um paciente jovem, como se verifica a seguir:

Por exemplo, a gente pegou um paciente de trinta anos. O paciente passou em um concurso e foi fazer a prova do concurso de corrida e morreu. Então é uma coisa que mexe com toda a equipe, querendo ou não, é da nossa idade, é uma pessoa que saiu de casa só para fazer uma prova, que passou num concurso muito bom (EB.6).

Mas tem situação de pegar uma criança, um paciente jovem, você se sente mesmo impotente, você se dá ao máximo, às vezes os resultados não são os esperados (EB.1).

Esse resultado é associado ao fato da morte do jovem frustrar a expectativa do ciclo da vida: nascer, crescer e viver por determinado tempo. Quando se tem o sentimento de que a pessoa já cumpriu as etapas de sua vida, a morte é aceita mais facilmente. Todavia, quando acontece uma ruptura do processo natural, a morte é mais difícil de ser superada.

Ao perceber o fim da vida do outro, que se torna próximo pela idade ou pelo papel desenvolvido em seu meio, os sujeitos se colocam no lugar do paciente. Essa atitude favorece a possibilidade de repensar a sua própria experiência e planos, provocando uma reavaliação dos próprios valores (DUARTE, 2013).

Outro aspecto que influencia a forma como o luto será vivenciado pelo enfermeiro é a percepção que ele tem sobre a qualidade da assistência prestada ao paciente antes da sua morte (SHORTER e STAYT, 2010). Os sujeitos têm a necessidade de saber que fizeram tudo que era possível, para aceitarem uma perda.

Em estudo que analisou a natureza do luto de enfermeiros de uma unidade de cuidados críticos, verificou-se que esses profissionais entendem como uma boa assistência de enfermagem aquela na qual se tem controle da estrutura organizacional e dos cuidados prestados. Quando uma boa assistência é prestada e o paciente morre, há uma tendência a enfrentar e superar melhor essa perda (SHORTER e STAYT, 2010). Todavia, quando o

enfermeiro não encontra uma justificativa para compreender e superar a morte, ele sofre e isso afeta o seu cotidiano, como se observa nos discursos abaixo:

A não ser quando é um paciente jovem, ou às vezes quando eu vejo que poderia ter sido feito algo a mais, mas que não foi. Por falta de algumas coisas, falta de material, de pessoal. Aí lógico, não tem como você ir para sua casa e ficar com a cabeça tranquila, em paz. Eu sempre fico pensando: eu poderia ter feito aquilo. Mas quando eu tenho a oportunidade de fazer tudo aquilo que está dentro do nosso alcance e a gente faz, eu fico tranquila (EA.3).

Assim, a falta de recursos para a assistência ao paciente que passou por uma PCR, sobretudo quando há morte, gera angústia nos enfermeiros, que passam a sofrer com a ideia de que o paciente teria sobrevivido caso a assistência tivesse sido adequada.

Adicionalmente à falta de recursos, os enfermeiros evidenciaram, nessa categoria, que a sobrecarga de trabalho causada pela falta do quantitativo adequado de pessoal pode influenciar a qualidade de sua assistência e, conseqüentemente, isso impacta negativamente suas emoções:

Se você não tem outra pessoa para fazer aquilo ali, você tem que ser muito rápido e acaba que você não pensa, não raciocina, não coloca seu conhecimento científico para você executar aquilo. E isso é deletério para a atividade de enfermagem em si (EB.8).

Nós temos que supervisionar a instalação, o cuidado com essa administração desta medicação. Vê se ela está feita em dose adequada. É que no calor da emoção, pois temos vários pacientes, isso pode ocorrer de forma trocada ou reduzida (EA.2).

Os cuidados de enfermagem ficam prejudicados na medida em que a sobrecarga de trabalho favorece a ocorrência de erros e exige a priorização de certos cuidados em detrimento de outros, prejudicando a qualidade da assistência e a imagem do enfermeiro do ponto de vista pessoal e público. Fica a sensação de que poderia se fazer melhor, implicando cobranças pessoais, esgotamento físico e mental, repercutindo na saúde do trabalhador (AVILA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2010).

Mesmo que o insucesso não esteja diretamente relacionado à sua prática, o enfermeiro se cobra pelo resultado da assistência e sofre ao não conseguir ficar em paz. Portanto, cuidar de um paciente que sofreu uma PCR implica sentimentos relacionados tanto às condições da assistência dispensada a esse paciente como à gestão do luto pela sua perda.

Ao se deparar com a morte cotidianamente, o enfermeiro que trabalha na emergência acumula uma série de experiências que podem influenciar positivamente ou negativamente no luto vivenciado. Um dos sujeitos chama atenção para esse fato no seguinte extrato:

Então eu acho que isso é um fato importante. Embora uma grande parte dos profissionais lide bem com o insucesso, com a morte do paciente, eu acho que aquilo ali cumulativamente tem grande chance de prejudicar emocionalmente o profissional. E isso eu acho que tem que ser abordado. Tanto pela própria pessoa, como pela chefia e pela administração (EB.8).

A experiência de enfermeiros frente à morte de seus pacientes precisa ser sentida, apoiada e compartilhada, para que possa ser ressignificada. A falta de apoio e de espaço para externalizar os sentimentos torna a experiência com a morte algo traumático e doloroso. O profissional que não pensa nem vive o luto na sua integralidade fica vulnerável, munindo-se de mecanismos de defesa para se proteger da dor da perda (GEROW *et al.*, 2010).

Quando os sentimentos de impotência e frustração não encontram espaço para manifestação e reflexão, o cuidado produzido pode perder a sua dimensão cuidadora.

Nesse sentido, os enfermeiros apresentaram uma estratégia que parece uma tentativa de amenizar as condições de trabalho desfavoráveis, por meio da expressão e organização cognitiva das futuras ações: o *briefing*. Essa é uma palavra de origem inglesa que significa reunião onde são dadas informações ou instruções antes de se fazer algo (LONGMAN, 2002). No contexto da enfermagem, foi explicado da seguinte forma:

O *briefing* é assim: depois da PCR, reúne a equipe, os técnicos de enfermagem, o médico, o enfermeiro e o fisioterapeuta e aí cada um vai falar o que achou da PCR, o que achou que foi falha, aí a gente vai vendo o que poderia ter feito de melhor (EB.2).

Então, extrapolando o significado do dicionário, os sujeitos apontam que o *briefing* é mais que um momento de dar informações ou instruções, é um momento também de avaliar a conduta da equipe e direcionar os próximos passos.

A gente sempre faz um *briefing* para discutir como foi a PCR. E assim, não é para julgar uma pessoa ou outra, quem errou. Para estar esclarecendo onde a gente poderia ter agido melhor. Eu acho assim, a gente tenta fazer com este *briefing* pós-PCR uma forma de melhorar o atendimento pós-PCR (EB.4).

O que foi errado, o que foi certo e o que poderia ser melhor, o que a gente poderia mudar e acaba discutindo as comorbidades do paciente e discutindo o que vai ser feito posteriormente àquilo ali. E assim, eu, como enfermeira, eu posso falar da posição do médico e do técnico de enfermagem e vice-versa. O técnico de enfermagem pode falar do enfermeiro, o que ele achou, o que faltou. E a fisioterapia fala do médico, fala do enfermeiro. Então a gente discute (EB.5).

A revisão das ações favorecidas pelo *briefing* permite que cada membro da equipe fale e dê sua opinião para a melhor qualificação da assistência futura aos pacientes. Ao expressar sua subjetividade, o enfermeiro deixa de apenas cumprir normas e prescrições, passando a

participar da organização e avaliação do trabalho, valorizando-se como membro da equipe (ALMEIDA, 2007).

Não se pode afirmar que o espaço de fala provocado pelo *briefing* permite que os enfermeiros exponham seus sentimentos e suas angústias. Porém, pode-se inferir que o compartilhamento das responsabilidades de um cuidado qualificado no grupo ameniza o pesar e a frustração diante das perdas, suavizando a carga emocional à qual os enfermeiros estão submetidos.

Neste sentido, o *briefing* se apresenta como uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência prestada e diminuir a sobrecarga emocional, sinalizando que caminho deve ser seguido por outras equipes.

3.2.2 O eixo dos Cuidados

“[...] esses cuidados que assegura, mantêm, estimulam e permitem a continuidade da vida”.

Marie-Françoise Collière

O eixo dos Cuidados reuniu duas categorias de sentidos. Na primeira, denominada **O cuidado de Enfermagem no Pós-PCR**, foram expressos os cuidados prestados pelos enfermeiros, bem como o papel do profissional nessa assistência. A segunda, denominada **A Gestão Institucional do Processo de Cuidar**, refere-se a facilidades e dificuldades institucionais, considerando-se os níveis macro e micro do sistema de saúde.

Evidenciou-se, na análise das categorias que compõem este eixo, o papel central que os enfermeiros exercem no cuidado prestado ao paciente que sofreu uma PCR, sobretudo quanto às ações que envolvem a avaliação do indivíduo e a vigilância na prevenção de possíveis complicações. Conforme ficou explicitado na discussão do eixo sobre **Os sentimentos**, a sobrecarga emocional do enfermeiro se deve à gravidade do quadro apresentado pelo paciente que sofreu PCR. A análise deste eixo valida esses resultados e aponta que a infraestrutura oferecida pela instituição influencia a execução dos cuidados, ora limitando-os, ora facilitando-os.

3.2.2.1 Os cuidados de Enfermagem no Pós-PCR

Os substantivos mais relevantes desta categoria foram **hipotermia, hipotensão, sinais vitais, pressão arterial, e gasometria**, acompanhados dos verbos **olhar, verificar, prestar, voltar e monitorizar**. Esses termos indicam que, diante da gravidade e instabilidade do quadro que se instala após uma PCR, o enfermeiro volta o foco dos cuidados para monitorizar e avaliar constantemente o paciente, a fim de identificar qualquer sinal de complicação e prevenir maiores danos:

Uma das coisas que a gente sempre fica de olho é na pressão arterial e na frequência cardíaca, porque eles apresentam taquicardia ou bradicardia e às vezes fazem hipotensão. Então é uma das coisas que a gente sempre fica de olho (EA.3).

Nos cuidados que a gente presta ao paciente que sofreu PCR, geralmente a gente tenta fazer o suporte dos sinais vitais, controlar a pressão arterial, a frequência cardíaca, a temperatura e a parte respiratória, a questão da saturação de oxigênio [...]. A pressão arterial é tentar não deixar hipotenso, porque a tendência é ficar hipotenso (EB.1).

A avaliação e a monitorização do paciente são essenciais frente à instabilidade e destacam o protagonismo do enfermeiro, pois esse tipo de cuidado exige raciocínio lógico/intuitivo baseado em conhecimento teórico para melhor tomada de decisão diante de qualquer alteração no quadro do paciente (MONTEZELI, 2009).

Tal protagonismo é reconhecido pelos enfermeiros, como se observa nos trechos a seguir:

[...] eu acredito, que o enfermeiro tem um papel primordial. É ele que está na linha de frente ali. É ele que identifica as principais coisas. Porque na realidade o médico não fica aqui o tempo todo (EB.7).

O enfermeiro é fundamental nos cuidados pós-PCR para direcionar, para mostrar o que o paciente precisa, porque muitas vezes o técnico de enfermagem não tem muita noção, é novato. Não tem aquela noção de você manter uma droga (EB.2).

Esse tipo de cuidado está respaldado na Lei do Exercício Profissional, que enfatiza o papel do enfermeiro ao lhe direcionar privativamente os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, bem como cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Além das questões legais que envolvem os cuidados de enfermagem a esse paciente, os desafios diários impostos pelo ambiente de cuidados emergenciais tornam o enfermeiro

fundamental nesse contexto, por ser ele o profissional que está à frente das ações essenciais de cuidado e gerenciamento. Além disso, é o intermediário entre a família e a equipe de atendimento (MONTEZELI, 2009). A importância da atuação junto à família revelou-se bastante importante e se destacou no eixo **Os sentimentos**.

Mas, além da atenção constante aos parâmetros vitais, os enfermeiros citaram também outras ações que desenvolvem junto ao paciente, como a aspiração das vias aéreas, mudança de decúbito, manutenção dos acessos venosos e a medição do débito urinário:

Cuidados gerais do paciente: cabeceira elevada, para evitar o risco de broncoaspiração, manutenção dos acessos venosos pérvios (EB.2).

(...) a realização de outros tipos de cuidados de enfermagem, que aí vem aspiração traqueal, cuidado com a assepsia geral do paciente, mudança de decúbito quando o paciente tem que ser intubado e está em ventilação mecânica (EA.5).

(...) fazer sondagem vesical de demora, controlar o débito urinário, vê se está dentro dos padrões de normalidade de quarenta e cinco a sessenta mililitros por hora (EA.5).

Estes trechos remetem a importantes cuidados de enfermagem que não estão diretamente relacionados à fisiopatologia da SPPCR, mas à manutenção das funções vitais do paciente grave e se associam à prevenção de complicações ligadas à assistência a saúde, como a PAV e a UP. A sondagem vesical de demora é um cuidado de enfermagem essencial para avaliar o débito urinário, que reflete tanto o débito cardíaco como a função renal do paciente. A literatura aponta que o débito urinário do paciente após uma PCR deve ficar entre 0.5 a 1ml/kg/h (PÉREZ-VELA *et al.*, 2013), que fica próximo ao valor apontado pelo EA.5.

Os enfermeiros relataram também o papel que desempenham no oferecimento do suporte ventilatório, importante tanto durante as manobras de RCP como no momento pós-PCR:

(...) inicialmente ele vai estar em FiO₂ de 100%. Depois a gente coleta uma gasometria, aproximadamente de dez a quinze minutos depois, para ver se pode diminuir e se está com acidose e para poder corrigir este distúrbio e ajustar os parâmetros ventilatórios (EA.5).

Nos cuidados pós-PCR o protocolo fala: evitar a hiperóxia. Então assim que acabou a PCR, coletar a gasometria para ver como está o pH deste paciente, se ele está retendo CO₂, se ele está fazendo uma hiperóxia. Se puder, diminuir o oxigênio da ventilação. Não precisa ficar o tempo todo 100%, pode diminuir para que fique a SaO₂ fique entre 94 a 100% (EB.7).

Muitas vezes a gente não tem fisioterapeuta, principalmente de noite. Durante o dia tem, a gente tenta trabalhar junto com o fisioterapeuta na alteração dos parâmetros da ventilação mecânica (EA.2).

Os parâmetros apontados pelos sujeitos estão de acordo com o que a literatura preconiza, destacando que o enfermeiro é o responsável pelos ajustes desse suporte, seja pela avaliação da gasometria ou pela monitorização dos parâmetros respiratórios do paciente. É fundamental que o enfermeiro esteja atento a esses parâmetros no pós-PCR, a fim de otimizar a oxigenação do paciente e, conseqüentemente, sua recuperação.

Vale ressaltar que a presença do fisioterapeuta tem sido cada vez mais frequente no ambiente de cuidados críticos, assumindo o controle dos parâmetros da VM. Entretanto, o enfermeiro não pode e nem deve se eximir dessa responsabilidade por duas razões: a primeira é que o controle dos parâmetros VM é necessário para dispensar um cuidado integral ao paciente; a segunda está no fato de que o enfermeiro é o profissional que está sempre presente no ambiente de cuidado, de forma que a ausência do fisioterapeuta não deve acarretar prejuízos à continuidade do cuidado prestado.

No controle da temperatura, alguns profissionais afirmam que é necessário aquecer o paciente. Outros evidenciaram algum conhecimento sobre a HT, porém revelam pouca experiência com a terapia. Os extratos a seguir evidenciam esta afirmação:

(...) aquecimento do paciente porque muitas vezes ele volta em hipotermia, glicemia rigorosa e basicamente é isso (EB.2).

(...) controlar a temperatura, que eles indicam é aquela hipotermia permissiva, mas eu nunca vi na prática ser feito, não sei se por falta de suporte, mas na prática eu nunca vi realmente (EB.1).

Manter os níveis de temperatura normais, ou até mesmo em hipotermia, para evitar algum dano cerebral (EA.4).

A indução a hipotermia nas primeiras horas é protocolo padronizado importante só que a gente não tem estrutura para ser feito (EA.5).

Este resultado confere com as respostas fornecidas na primeira fase do estudo, evidenciando que esse cuidado precisa ser mais bem enfatizado durante a formação profissional. Vale ressaltar que mesmo que não haja condições ou indicações para se empregar a HT, não aquecer o paciente e permitir a hipotermia espontânea favorece a recuperação neurológica do mesmo.

A glicemia, outro parâmetro importante a ser avaliado frequentemente pelo enfermeiro, também é evidenciado no discurso dos sujeitos, como ratifica o extrato a seguir:

A normoglicemia. Antigamente a gente não tinha tanto cuidado com a glicemia do paciente, hoje mostra que é de fundamental importância (EB.7).

Extremamente importante o monitoramento da glicemia pós-PCR (EB.8).

Como é possível verificar, os sujeitos do estudo elencaram distintos cuidados necessários para a assistência ao paciente que sofreu PCR e retornou ao ritmo cardíaco espontâneo. Observou-se que, dentre os respondentes da pesquisa, apenas um sujeito descreveu todos os cuidados apontados na revisão de literatura. Numa comparação entre as duas fases deste estudo, desataca-se que o sujeito (EA.5) foi o mesmo que atingiu a maior nota no questionário aplicado, evidenciando assim uma correlação importante entre a teoria e a prática.

Outro aspecto importante no cuidado pós-PCR é que a avaliação neurológica não apareceu na categoria. A ausência da referência a esse tipo de cuidado está de acordo com os resultados da primeira fase do estudo, pois nela se evidenciou uma lacuna nesta área de conhecimento.

A ênfase ressaltada dos cuidados (*cure*) contrasta com o pouco destaque conferido aos cuidados (*care*) no relato dos enfermeiros. Observou-se que as poucas referências a esse tipo de cuidado ficaram restritas ao controle da diurese, à mudança de decúbito e ao “cuidado geral com assepsia do paciente” (EA.5). Entende-se que talvez um estudo observacional possa confirmar se, no fazer diário do enfermeiro, essa proporção se mantém. Entretanto, este resultado aponta que o olhar biomédico é preponderante no fazer. Em nenhum momento citou-se o paciente como indivíduo que precisa manter uma relação com o meio e que deve ter suas necessidades atendidas de forma individual.

No ambiente de cuidados emergenciais, os cuidados (*care*) tornam-se um verdadeiro desafio para a equipe de enfermagem, mas esta dimensão deve ser pensada e repensada continuamente, a fim de que o cuidado de enfermagem não se restrinja puramente a ações técnicas e que não levem em consideração o ser humano que recebe esses cuidados.

3.2.2.2 A gestão institucional do processo de cuidar

Nesta categoria, os verbos mais relevantes foram **faltar**, **ficar**, **atrapalhar** e **demorar** acompanhados dos substantivos **UTI**, **vaga**, **material**, **atendimento**, **leito**, **paciente** e **hemodiálise**. Depreende-se, assim, que a falta de leito de UTI, principalmente com suporte de hemodiálise, bem como a falta de materiais, por exemplo, atrapalha o atendimento frente à PCR.

Um paciente que sofreu PCR e foi reanimado precisa de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional. A UTI se apresenta como o lugar ideal para dar seguimento à assistência ao paciente, pois concentra recursos humanos e materiais voltados para o atendimento de situações graves e dispõe de recursos tecnológicos apropriados para a observação e monitorização contínua das condições vitais do paciente, possibilitando rápida intervenção em situações de descompensações (LEITE e VILA, 2005).

Na fala dos sujeitos, a falta de leitos de UTI foi o que mais se sobressaiu como dificuldade no cuidado ao paciente que sofreu PCR:

Às vezes consegue UTI mais rápido, mesmo sendo idosos, às vezes demora muito. É relativo. Às vezes vai até a óbito aqui na sala amarela por falta de leito de UTI, por semanas (EA.4).

Geralmente logo após a PCR e a intubação, tem pedido de UTI, só que às vezes demora, dependendo da idade, do prognóstico demora dias (EA.3).

Apesar dos sujeitos apontarem a idade como fator que influencia no tempo para se conseguir leitos de UTI, as diretrizes para admissão nos leitos de cuidados intensivos não citam especificamente a idade como critério dentro dos parâmetros para estabelecimento de prioridade. Estes critérios relacionam-se com a gravidade da doença e as possibilidades terapêuticas apresentadas. Os idosos poderão ter prioridade menor, caso a doença de base lhe confira uma reduzida probabilidade de sobrevida (VILARINS, 2012).

Quando o paciente necessita de suporte dialítico, parece que há ainda maior dificuldade para conseguir um leito de UTI:

[...] às vezes o paciente tem até prioridade alta, prioridade para que realmente consiga esta vaga, mas ele tem necessidade de suporte de UTI com hemodiálise. [...] Este é o problema: UTI com suporte de hemodiálise (EB.8).

A Insuficiência Renal Aguda é uma complicação comum entre aqueles que desenvolveram choque após a reversão da PCR. E a realização de terapias de substituição renal em paciente grave é feita prioritariamente em ambientes de terapia intensiva. Assim, além de sobrecarregar o pronto-socorro, o paciente que sofre PCR e necessita de suporte dialítico terá importantes prejuízos, principalmente devido à deterioração progressiva, característica da IRA.

Embora o serviço de emergência possa contar com os recursos humanos e materiais para um cuidado intensivo, manter o paciente no pronto-socorro significa ocupar um leito que

poderia atender outra emergência. Desta forma, há uma sobrecarga para o serviço, o que pode dificultar novos atendimentos:

Aqui eu vejo o que é uma UTI, por mais que ele não consiga uma vaga, ele está sendo bem assistido aqui. O problema de ele se manter aqui é que a gente tem um PS, que tem uma demanda grande, então às vezes este paciente está aqui, tem paciente grave lá fora e a gente não dá conta de dá todo o suporte. Aqui dá para dar todo o suporte ao paciente basicamente (EB.2).

Este resultado confirma os estudos de Deslandes (2000) e Montezeli (2009), que evidenciaram que a permanência prolongada de pacientes no PS, devido à indisponibilidade de leitos de UTI, por exemplo, gera uma lotação excessiva e compromete a qualidade do atendimento.

Segundo a literatura, a sobrecarga dos serviços de emergências e de cuidados críticos se deve, por um lado, ao crescente número de vítimas da violência urbana e de acidentes; por outro, pela incidência de doenças crônico-degenerativas, em decorrência do envelhecimento da população e dos hábitos da vida urbana (AZEVEDO *et al.*, 2010).

A disponibilidade de leitos de UTI é um direito do cidadão, uma vez que a Constituição atribui à assistência à saúde o caráter universal e integral (BRASIL, 1988). Entretanto, as unidades de cuidados intensivos não são suficientes para abarcar toda a demanda dos serviços de emergência e, mesmo com a terceirização de serviços particulares, muitos familiares ainda precisam recorrer à justiça para conseguir, via mandado judicial, uma vaga para o paciente, como um dos sujeitos exemplifica.

Quando o paciente é mais jovem, consegue vaga na UTI com um ou dois dias, é mais rápido mesmo, mas sempre consegue. Seja por mandado judicial, mas sempre consegue mesmo (EB.1).

Vilarins (2012), em um estudo sobre a regulação do acesso a terapia intensiva do DF, verificou que esta Unidade Federativa contava em 2011 com 340 leitos de UTI, dentre as especialidades adulta, pediátrica e neonatal; e entre os leitos da SES, contratados e conveniados. O Ministério da Saúde preconiza, na Portaria GM nº 1.101/2002, que o número de leitos de UTI deve corresponder de 4-10% dos leitos gerais da unidade (2,5-3 leitos/1.000 habitantes). Assim, considerando a população do DF (cerca de 2,5 milhões) mais a população da RIDE (1,2 milhões), onde não se encontra nenhum leito de UTI, o número mínimo recomendado de leitos de cuidados intensivos para a região seria 370, ou seja, havia naquela data um déficit de 30 leitos, considerando o mínimo preconizado pelo MS.

Vale ressaltar que 370 correspondem ao número mínimo de leitos preconizados pelo MS. O número máximo seria de 925 leitos (10% de cobertura) e um valor intermediário correspondente a 7% de cobertura equivaleria a 647 leitos. Vilarins (2012) verificou, ainda, que no ano de 2011 foram registradas 13.684 solicitações de vagas em leitos de cuidados intensivos, uma média de 37 solicitações por dia. Destas, cerca de 8 mil solicitações foram atendidas, sendo que 11,7% ocorreram via mandato judicial. Desta forma, mais de 5 mil pacientes não conseguiram vaga de UTI naquele ano.

No final do ano de 2013, a SES/DF já contava com 383 leitos de UTI ativos. Entretanto esses leitos ainda não atendem a demanda mínima preconizada pelos MS, visto que, ao final do mesmo ano, a população do DF chegou a 2,7 milhões de habitantes, aumentando o quantitativo mínimo de leitos de UTI para 390 leitos (IBGE, 2014; SES/DF, 2013).

Assim, a dificuldade vivenciada e relatada pelos enfermeiros justifica-se pela alta demanda dos serviços de cuidados intensivos, que não possuem leitos suficientes para atender a população. Esta dificuldade desvela um dilema para os profissionais, visto que eles lidam constantemente com a morte do paciente ocasionada por falta de suporte adequado e leito de UTI. Viver diariamente com esta realidade provoca uma sobrecarga emocional no enfermeiro, como se evidenciou na discussão do eixo **Os sentimentos**.

Importante advertir que o número de leitos de UTI nunca será suficiente se não houver uma atuação mais eficiente das políticas de promoção e prevenção em saúde, bem como de segurança pública, a fim de reduzir as situações de emergência e consequente demanda por cuidados intensivos.

Embora muito importante, a falta de leitos de UTI coexiste com as dificuldades relacionadas à estrutura física, aos recursos humanos e materiais.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2002) determina que as unidades de emergência hospitalares ajustem a planta física, de forma que a estrutura permita o acolhimento baseado na classificação de risco, favorecendo o atendimento individualizado e acolhedor, tanto ao paciente, quanto aos familiares.

Embora os cenários possuam o acolhimento baseado na classificação de risco, alguns sujeitos sinalizaram uma preocupante conjuntura ao apontar inadequações na estrutura física nos espaços onde atuam:

Não tem estrutura, não tem adequação física. O que dificulta o atendimento a este paciente é a infraestrutura total, tanto física, como recursos humanos, materiais,

espaço. Tem dia que não tem nem ponto de oxigênio, tem dia que é no chão mesmo (EA.5).

E o paciente que apresenta uma PCR lá na ala verde não tem como reanimar lá, tem que trazer para cá. Aí o tempo que leva para gente trazer ele e passar por entre as macas é um tempo perdido. Lá não tem como reanimar. [...] O que prejudica o atendimento é isso mesmo, é a falta de espaço físico, a falta de material, falta de pessoal (EA.3).

A RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) da ANVISA, de número 50/2002, que regulamenta os projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, preconiza que cada leito de emergência deve ter disponíveis dois pontos de oxigênio e que os espaços entre os leitos e a parede deve ter no mínimo um metro. Em relação aos corredores, a RDC preconiza ainda que os mesmos devem possuir no mínimo dois metros de largura (ANVISA, 2002).

Pode-se inferir, com base no relato dos sujeitos, que a recomendação desta norma não é observada. Desta forma, o atendimento ao paciente que sofreu PCR é prejudicado, visto que ele irá necessitar de um suporte ventilatório e fonte de oxigênio tanto no momento em que as manobras de reanimação estão sendo empregadas, como no momento pós-PCR. A inadequação do espaço pode retardar o cuidado qualificado, reduzindo as chances de sobrevivência e ampliando as chances de sequelas para o paciente.

O quantitativo e o qualitativo dos recursos humano foram também apontados como fator que influencia na prestação de cuidados aos pacientes no momento pós-PCR. Nesse aspecto foram abordadas tanto a relação enfermeiro/paciente quanto a disponibilidade de médicos no setor e a capacitação dos mesmos.

Na relação profissional de enfermagem/paciente, houve um padrão nas respostas dos sujeitos que trabalham em unidades gerenciadas pelo SAMU, diferente da realidade dos sujeitos que não estão inseridos nesse serviço. Esta diferença entre os cenários já havia sido apontada na descrição dos cenários no Quadro 4 (página 55). O extrato a seguir exemplifica a realidade dos locais onde o SAMU está presente:

O que eu acho muito bacana aqui é a quantidade de pacientes por enfermeiro, no caso aqui a gente tem onze leitos e três enfermeiros. Então que eu estou na sala intermediária eu tenho cinco pacientes, um número bem menor que numa UTI que são dez (EB.2).

Entretanto, os enfermeiros das outras unidades revelam que uma menor relação enfermeiro/paciente sobrecarrega o sujeito e pode prejudicar o cuidado prestado ao paciente:

Levando em consideração principalmente a quantidade e a qualidade dos recursos humanos, é um cuidado muito ineficiente com o paciente pós-PCR. Principalmente com relação aos recursos humanos. Porque como está sempre lidando com o limite inferior, atrapalha muito. Então por exemplo na sala amarela que nós estamos com

quinze pacientes e três técnicas de enfermagem, se tiver uma PCR e uma técnica for comigo para a realização da RCP, a gente perde um terço da equipe, então dificulta muito a assistência ao paciente (EA.2).

Fica um enfermeiro para os quinze leitos. Às vezes fica um enfermeiro para cobrir o plantão do box de emergência e os quinze leitos da ECI. Às vezes ficam dois enfermeiros cobrindo o PS todo, e às vezes fica só um enfermeiro cobrindo o PS todo, que é dividido em adulto e pediátrico, em ala verde masculina e feminina, ECI e box de emergência (EA.5).

Os impactos da situação relatada pelos sujeitos são preocupantes e múltiplos. Em primeiro lugar, o cuidado perde em qualidade e fica profundamente prejudicado pela ausência do enfermeiro que possa atender as necessidades dos pacientes de forma competente. Segundo, o próprio enfermeiro sofre a pressão física e emocional por estar responsável pela atenção de número elevado de pacientes, ou seja, além de sua capacidade humana para atendê-los. Esta realidade prejudica a visibilidade do enfermeiro no momento em que as ações que consegue desenvolver se diluem diante de tamanha demanda.

Tal realidade implica inclusive em questões éticas, visto que precárias condições de trabalho são associadas a desmotivação e consequente falta de vínculo adequado com os serviços e com os pacientes, massificando e despersonalizando as relações com os indivíduos (MONTEZELI, 2009).

Os cuidados de avaliação e monitorização, citados com tanta ênfase na categoria **Os cuidados de Enfermagem no pós-PCR**, são prejudicados, podendo implicar em questões éticas, visto que será difícil assegurar à pessoa assistência de enfermagem livre de danos decorrentes da negligência que advém da falha nesses cuidados (COFEN, 2007).

Importante lembrar que a inserção do SAMU no serviço de emergência intra-hospitalar aconteceu justamente para equacionar o déficit de servidores. Entretanto, parece que as dificuldades foram solucionadas somente onde o serviço está presente. Nas unidades não abrangidas pelo SAMU, permanece o déficit de pessoal, que sobrecarrega os profissionais que ali trabalham e prejudicam o cuidado prestado.

Os diferentes resultados encontrados nos cenários evidenciam os benefícios de uma maior relação enfermeiro/paciente. Mas ainda é necessário que os enfermeiros se instrumentalizem e explicitem as reais condições de trabalho. A partir de métodos adequados de dimensionamento de pessoal, deve-se evidenciar a necessidade de ampliar o quadro de enfermeiros, ressaltando o risco ao qual os pacientes estão expostos, na ausência de recursos humanos suficientes para um cuidado seguro e de qualidade (MONTEZELI, 2009).

Ainda com relação ao dimensionamento da equipe, os sujeitos apontam também a necessidade da presença do médico adequadamente capacitado para assistir a um paciente que sofreu PCR.

Muitas vezes, por uma coisa ou por outra, ou você chama naquele momento e não tem médico, então você fica ali só seguindo protocolo mesmo. [...] Ou porque às vezes você chama o médico e às vezes ele não tem prática em atender (EA.6).

Então a gente tem um pouco de dificuldade com a equipe médica. E até mesmo a falta desse profissional. A falta desse profissional na sala e a falta de um pouco de conhecimento em assistir ao paciente mais grave, que realmente necessite de cuidados de uma sala vermelha (EB.8).

O paciente que sofreu uma PCR necessitará do suporte de uma equipe multiprofissional, na qual o médico tem importante papel por direcionar o tratamento do paciente, bem como executar procedimentos de competência exclusiva desses profissionais, como a intubação orotraqueal, a punção do acesso venoso central e a prescrição das medicações.

A falta de médicos nos serviços de emergências é constantemente veiculada pelos meios de comunicação e se põe como um desafio para todo o sistema público de saúde no Brasil. Além de encontrar uma solução para atrair mais médicos para o SUS, o governo deve investir na formação dos mesmos, pois, conforme foi destacado, não basta apenas ter o profissional na emergência, é preciso que o médico esteja apto a lidar com o paciente grave.

Por fim, outro ponto abordado pelos enfermeiros é a disponibilidade e organização dos materiais, na qual novamente se observam duas realidades, de acordo com os cenários da pesquisa:

Aqui no setor o que ajuda no atendimento a este paciente é o recurso material, que aqui dificilmente falta alguma coisa. Temos uma boa gestão de material e isso facilita. A organização deste material também; estamos sempre abastecendo as salas. Então a equipe é toda bem treinada com relação a isso (EB.4).

No discurso do sujeito, pode-se perceber que a vivência de uma realidade em que os materiais estão disponíveis e bem organizados para o seu uso. A responsabilidade pela organização desses materiais é compartilhada por toda a equipe, que é “bem treinada com relação a isso”. A realidade apresentada no discurso de EB.4 é comum aos sujeitos que atuam em unidades gerenciadas pelo SAMU.

Nos cenários onde o programa não está presente, uma diferente realidade é relatada, como se verifica a seguir:

Eu melhoraria a questão dos materiais [...]. Acho que é gestão de materiais, porque eu vejo que na UTI às vezes eles têm estoque de ambos novos, de última geração, e a gente fica com estes capengando, caindo, sabe? Falta medicamento, então a gente tem que substituir. Então a gente tenta improvisar muita coisa (EA.5).

Acho que são as duas coisas: falha na provisão e falta na gestão de materiais. Porque às vezes tem coisa que tem e era para estar no setor e por descuido, por alguém esquecer e não pegou (EA.6).

Os sujeitos relatam, assim, que os materiais não estão sempre disponíveis e reconhecem que tal dificuldade é devida tanto a provisão quanto a falha na gestão dos materiais, com prejuízo para a assistência. Esses achados ratificam o estudo de Montezelli (2009), que também evidenciou a falta de materiais como fator que compromete a assistência prestada, bem como culmina com a seleção dos cuidados que serão oferecidos (MONTEZELI, 2009).

Nesse contexto, o enfermeiro se apresenta como um importante elemento na gestão dos materiais por ser o profissional que assume o gerenciamento da unidade e a coordenação das atividades assistenciais realizadas pelo conjunto da equipe de saúde. Desta forma, atividade gerencial é uma importante ferramenta do trabalho do enfermeiro e tem o objetivo de organizar os recursos para facilitar a assistência de enfermagem, devendo ter como foco o próprio cuidado (GARCIA et al., 2013).

A diferença entre as duas realidades apresentadas vai além da presença do SAMU no cenário. Percebe-se que a disponibilidade e a organização dos materiais estão também relacionadas a fatores intrínsecos à própria equipe de enfermagem. Enquanto naqueles discursos, a equipe está comprometida com a gestão dos materiais, nestes, falhas da própria equipe são apontadas como causa da falta de materiais.

Não se exige, porém, a instituição da provisão dos materiais. Estudos evidenciam que a falta de recursos materiais pode ser resultado de um descaso do poder público para a gestão e administração dos serviços de atendimento, visto que há uma demanda maior que a capacidade de atendimento das unidades e dos materiais disponíveis (AZEVEDO et al., 2010; MONTEZELI, 2009).

Nessa categoria, fica evidente que o sucesso da assistência no pós-PCR requer uma infra-estrutura adequada, relacionada à presença de recursos humanos, financeiros, de materiais e equipamentos, que proporcione atendimento com o máximo de eficiência e um mínimo de riscos para o paciente e equipe. Quando estes requisitos não são preenchidos, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências iatrogênicas frequentes e a segurança do paciente fica seriamente comprometida (SILVA e PADILHA, 2001).

Silva e Padilha (2001) ressalta ainda que para se atingir um atendimento eficaz e seguro é importante qualificação técnica e científica dos profissionais e a implantação de protocolos de atendimento, visando a padronização das ações a serem seguidas, como forma de facilitar a abordagem terapêutica. A necessidade de qualificação é reconhecida pelos enfermeiros e se configura o tema do próximo eixo.

3.2.3 O eixo do Conhecimento

“O conhecimento é em si mesmo um poder”.

Francis Bacon

Este eixo foi organizado em duas categorias denominadas: **O saber que qualifica os Cuidados Pós-PCR** e **A Política de Educação Permanente da SES-DF**. Esse dueto revela que ao mesmo tempo em que os sujeitos identificam as lacunas no conhecimento necessário para a prestação de um cuidado qualificado, eles também requerem apoio e incentivo institucional que favoreçam a busca do conhecimento necessário para sua prática.

É importante que as instituições de saúde acompanhem a evolução das tecnologias, bem como as mudanças ocorridas na sociedade que determinam as práticas de saúde. Nesse caminho, o sucesso é determinado pela capacitação e qualificação dos profissionais, tendo como base a Educação Permanente em Saúde (MEDEIROS et al., 2010).

Como se constatou na primeira etapa do estudo, os cuidados pós-PCR exigem uma complexa rede de conhecimentos. Nesse sentido, verificou-se que há lacunas nos conhecimentos dos enfermeiros, e a análise que se segue parece indicar a origem dessas lacunas.

3.2.3.1 O saber que qualifica os cuidados pós-PCR

Nesta categoria os verbos que se destacaram na análise da fala dos sujeitos foram: **mudar, ter, aplicar, fazer, atualizar** e **estudar**, acompanhadas das expressões **curso de atualização, conhecimento** e **curso**. Por meio da associação dessas palavras, pode-se inferir

que os enfermeiros reconhecem a necessidade de estudar para atualizar os conhecimentos em decorrência das constantes mudanças nas diretrizes relacionadas ao atendimento de emergência, a fim de prestar um cuidado qualificado:

Todo dia eles estão fazendo nova descoberta e a gente tem que se atualizar. Esses cursos de atualização são muito importantes. Tem que fazer mesmo. Eu lembro que quando eu fiz o último, eu já tinha feito o BLS aí aprendi lá tudo bonitinho. Quando eu fiz o outro aí eu já vi o tanto que já tinha mudado (EA.6).

Eu acho que a gente sempre tem que melhorar, sempre tem que se aprofundar, porque as coisas vão mudando, mudam muito constantemente. Conheço um pouco, mas acho que tem que conhecer mais. Os cursos de atualização são fundamentais, eu acho importantíssimo, justamente por esta mudança de protocolo, de discussão de artigo (EB.2).

Conforme evidenciado na revisão de literatura, o tratamento da PCR vem sendo abordado há mais de 50 anos por organizações de especialistas. Inicialmente, cada país estabelecia um protocolo, de acordo com pesquisas clínicas locais. A partir do ano de 1990, reuniões internacionais começaram a padronizar os termos relacionados à PCR pelo protocolo de Utstein, dando os primeiros passos para o estabelecimento de uma conduta internacional. Em 1992, foi realizada a primeira reunião do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) e no ano de 2000, foram lançadas, pela primeira vez, as diretrizes internacionais para RCP (NOLAN, 2013).

Desde então, foram realizadas duas atualizações dessas diretrizes nos anos de 2005 e 2010, sempre baseadas em evidências científicas, com alterações importantes, a exemplo das orientações quanto à relação compressão/ventilação, a ênfase nas compressões torácicas, as medicações preconizadas e os cuidados pós-PCR (NOLAN, 2013).

A atualização do conhecimento é importante em qualquer área de atuação profissional, entretanto, na área da saúde, as relações de vida e morte atribuem ainda maior valor para esta questão (BARRETO et al., 2013). Observa-se, assim, a preocupação dos enfermeiros em se atualizarem e o interesse em incorporar os novos conhecimentos à sua prática.

Teve esta mudança do protocolo de 2005 para 2010. Se você não tiver o treinamento [...], muita coisa do que foi provado cientificamente que não era correto e que mudou, continua sendo aplicando [...]. Os cursos de atualização são muito importantes, eu acho que para quem lida diariamente com emergência deve se atualizar sempre, porque sempre tem mudança (EA.1).

A preocupação e o interesse referidos pelos sujeitos são corroborados por outros estudos que investigaram as necessidades dos enfermeiros em atualizar seus conhecimentos. Nesses estudos, as exigências atribuídas ao surgimento de novas tecnologias, à integração de

conhecimentos, aos problemas identificados nas unidades e à nova visão do trabalho de enfermagem justificam a necessidade dos enfermeiros demandarem das instituições uma política educativa de atualização constante de conhecimentos (MONTANHA e PEDUZZI, 2010; SILVA e SELFFERT, 2009).

Os enfermeiros precisam sentir-se preparados para cuidarem de pacientes graves, sobretudo frente à PCR. E é consenso entre eles que a construção do conhecimento é processual e não se finda.

Eles sempre focam os elos, aí tem as aulas práticas, as informações práticas, é bem focado nisso. Cada vez eu me sinto um pouquinho mais bem preparado, mas eu vejo que cada curso que eu faço, eu aprendo uma coisa diferente. Então é um detalhe, uma coisa diferente (EB.1).

A associação entre as atividades educativas em serviço e a melhor maneira de se preparar para o cuidado dos pacientes fundamenta-se no fato de que o saber técnico-científico permite a articulação entre a teoria e a prática e ampliam a reflexão crítica sobre a assistência prestada. Ao refletir criticamente sobre o que se está fazendo, o enfermeiro identifica pontos que precisam ser melhorados e meios para qualificar o cuidado prestado (MONTANHA e PEDUZZI, 2010).

Alguns sujeitos apontam falhas no processo de formação e atribuem a presença de lacunas no seu conhecimento ao processo formativo. Referem que o aprendizado ocorre de forma empírica pela necessidade prática:

Nem durante a graduação, nem na pós-graduação eu tive contato com esse tema cuidados pós-PCR, foi mais durante a vivência mesmo, nada científico. Meu preparo é baseado somente na experiência em lidar com o paciente crítico, em lidar com tratamento de cada sintoma, de cada situação, não aquele conhecimento adquirido e que depois você vai para prática (EA.2).

Eu ouvi falar na residência e na UTI que eu trabalho. Só que bem superficial, nada que um protocolo estabeleça: você vai fazer dessa forma e daquela forma. Nada disso. A gente sabe o que tem que fazer, mas nada determinado [...]. Então eu acho que é um conhecimento, digamos, superficial. Eu acho que os cursos de atualização são bastante importantes. [...] E a gente até faz curso frequentemente, mas nos nossos cursos, mesmo do SAMU, não vem sendo abordado os cuidados pós-PCR, até porque a principal abordagem dos cursos é o atendimento pré-hospitalar (EB.8).

Mas parece que essa realidade não é única, pois alguns sujeitos referiram ter aprendido sobre o tema após a graduação, em ambientes de educação em serviço.

Eu ouvi falar de cuidados pós-PCR na residência, a gente teve algumas aulas sobre PCR e sobre os cuidados pós-PCR. É bem discutido, até no protocolo de cuidados de 2010 no novo, eles colocam esta questão dos cuidados pós-PCR (EB.2).

Sobre os cuidados pós-PCR eu já tive contato principalmente no SAMU. Tem muitos cursos e tal. Ultimamente tem-se trabalhado muito o pós-PCR. [...] Antigamente não se via tanto este cuidado pós-PCR, mas principalmente este protocolo novo de 2010 pra cá, que tem-se trabalhado bastante este pós-PCR (EB.7).

Apesar dos cuidados pós-PCR terem referência desde as Diretrizes da AHA no ano de 2005, somente na atualização de 2010 o tema recebeu maior ênfase, quando uma seção foi dedicada somente a este assunto e estabeleceram-se objetivos que direcionam as terapias, bem como os cuidados de enfermagem que devem ser empregados no paciente após a PCR (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Como o tema é emergente no meio acadêmico, a abordagem do mesmo em cursos de atualização profissional é primordial, particularmente para os enfermeiros que irão lidar com o paciente crítico que sofreu ou está sob o risco de apresentar uma PCR. Entretanto, a aquisição do conhecimento teórico não garante sua aplicação com eficácia na prática. Para tanto, é necessário que o serviço ofereça as condições necessárias para a aplicação dos conhecimentos. Essa dificuldade de colocar em prática o que foi aprendido na teoria é mencionada no caso da HT:

E assim, não tem o local correto, porque para fazer hipotermia terapêutica, você tem que ter todos os recursos e não tem. Eu acho assim, que embora o protocolo tenha mudado, a realidade não mudou (EA.1).

A gente tinha que movimentar um paciente de um leito para o outro que tenha um termômetro transesofágico. Então, com o paciente instável, isso é uma dificuldade. Então a gente acaba se sentindo assim incapaz (EB.5).

Outra situação que impede a aplicação dos conhecimentos adquiridos é a reprodução do conhecimento defasado, que ocorre em ambiente onde a educação permanente não faz parte da rotina do serviço.

Os que já estão aí tem a questão dos vícios também, eles não aceitam o que é novo, que seria o correto. Eles acham que a forma como eles trabalham é o correto. Não se atualizam e tem esta dificuldade com eles (EA.4).

Então eles não se adaptam ao protocolo entendeu, aí você às vezes não aplica aquilo ali. Só aplica mesmo quem tem mais conhecimento, que fez curso que sabe o que tem que ser feito e etc. Mas as outras pessoas nunca vão fazer (EA.1).

O discurso dos sujeitos é legitimado no estudo de Jesus *et al* (2011), que identificou que enfermeiros motivados na busca de atualização também esbarravam na falta de atualização de outros profissionais e a falta de recursos para aplicarem o que sabem.

A aquisição e atualização de conhecimento promovem a valorização profissional e confere autonomia no exercício das atividades relacionadas à competência do enfermeiro.

Neste sentido, a realidade vivida pelo enfermeiro deve ser considerada para a definição de objetivos de aprendizagem, problematizando o próprio fazer. A partir da problematização e do conhecimento adquirido durante o processo, o enfermeiro será o agente de mudanças na sua realidade.

Entretanto, algumas situações fogem à sua responsabilidade e, por este motivo, as ações de educação permanente não podem ocorrer isoladamente das atividades gerenciais da instituição de saúde (DAVINI, 2009; JESUS et al., 2011). Desta forma, embora o enfermeiro incorpore o conhecimento, para que ele seja adotado, as mudanças organizacionais são essenciais para colocar em prática a aplicação do que se aprendeu de novo (JESUS et al., 2011).

3.2.3.2 A Política de Educação Permanente da SES/DF

Nesta categoria, os sujeitos abordam principalmente as formas de incentivo e apoio na busca do conhecimento, pelos profissionais, e a política de educação da SES/DF. Os verbos mais recorrentes nessa classe foram **incentivar**, **capacitar** e **fomentar**, evidenciando a importância dada pelos sujeitos às ações do serviço nesse contexto, como se verifica a seguir:

Eu acredito que a SES não tem só que nos prover (de cursos), mas acredito que ela perde no principal fator, que é fomentar (incentivar) o profissional a se capacitar (EA.2).

A necessidade de formação dos profissionais de saúde não é um tema recente. Em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) abordou pela primeira vez o assunto, com enfoque no “adestramento” dos profissionais que atuavam no trabalho sanitário e com foco nos médicos e outros técnicos da área. Nas CNSs seguintes, o tema continuou a ser abordado na mesma linha; e na 6ª CNS (1977), utilizou-se, pela primeira vez, o termo *educação continuada* para se referir aos processos educativos direcionados a profissionais já inseridos no serviço (MORAES, 2012).

Em 1986, a 8ª CNS, além dos inúmeros avanços alcançados com universalização do direito à saúde, também agregou contribuições com relação à formação dos profissionais de saúde, preconizando a necessidade de constante reciclagem desses profissionais de forma integrada ao sistema de saúde. A 12ª CNS, que aconteceu no ano de 2003, continuou a enfatizar a formação profissional como meio de qualificar a assistência e passou a utilizar o

termo educação permanente, que seria consolidado com a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicada no mesmo ano (MORAES, 2012).

Na Educação Continuada o conhecimento preside e define as práticas, com foco central na atualização científica. A Educação Permanente em Saúde, por sua vez, pressupõe a aprendizagem significativa, na qual os processos de capacitação são estruturados a partir da problematização do processo de trabalho vivenciado pelos sujeitos. Assim, a educação permanente tem propósito de transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho, a fim de atender as necessidades de saúde das pessoas e das populações, e das atividades de gestão e de controle social em saúde (DAVINI, 2009).

Na atenção às urgências e emergências, também se percebeu a carência de profissionais qualificados para atendimento. Assim, quando a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM 2048/2002) foi lançada, já se apontava como componente desta política a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU) pelos gestores do SUS (BRASIL, 2002).

A criação desses núcleos foi estimulada, pois nem a graduação (médica ou de enfermagem), nem os cursos de especialização davam atenção suficiente às urgências. O profissional que já estava trabalhando na área não dispunha de uma educação continuada [ainda se usava este termo na política] para melhorarem a qualidade da assistência, principalmente no componente pré-hospitalar (BRASIL, 2002).

Assim, os NEUs devem promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço e capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional. Este núcleo deve compreender, assim, a atenção pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, serviço pré-hospitalar móvel, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências, ambulatórios de especialidades), a atenção hospitalar e a atenção pós-hospitalar (internação hospitalar e reabilitação) (BRASIL, 2002).

Observa-se, na análise da fala dos sujeitos, que o papel da SES/DF na promoção da educação permanente parece adotar políticas distintas, a depender do público. De um lado, os profissionais que fazem parte do SAMU são apoiados pelo NEU e demonstram satisfação com a política disponível para eles; de outro, os profissionais que não estão dentro do referido programa expõem a sua dificuldade de acesso ao conhecimento e falta de apoio institucional para o aprimoramento profissional.

Assim, os enfermeiros do SAMU exaltam a importância do apoio institucional na sua formação:

A qualquer momento, se eu quiser ir ao NEU do SAMU e falar que eu estou tendo algum tipo de dificuldade em algum tipo de assunto ou de um conteúdo técnico eu vou ter apoio no mesmo momento (EB.6).

E então, realmente, a educação continuada deixa bastante a desejar nos outros setores da SES. No SAMU eu acho que acontece bem diferente. Até a quantidade de formação que eles oferecem para gente é, vamos dizer assim, uma quantidade satisfatória (EB.8).

Pelo SAMU ter NEU próprio, talvez o suporte seja mais voltado para os cuidados do SAMU (EB.1).

Como se observa nos discursos, os sujeitos identificam o NEU como articulador da política de educação somente para o SAMU/DF. Porém, o NEU não foi constituído unicamente para capacitar e qualificar os profissionais do SAMU, mas sim todos os profissionais que atuam nas áreas de urgência e emergência no DF (SAMU/DF, 2014). A atuação do NEU pode estar restrita aos enfermeiros do SAMU por falta de recursos que permitam abarcar toda a demanda dos outros setores.

Os profissionais que estão lotados no SAMU referem, ainda, que se sentem apoiados pela chefia e têm liberação da carga horária para fazerem cursos e atualizarem seus conhecimentos:

Sobre o papel da SES na minha formação, eu vejo mais a questão do SAMU. O SAMU, ele sim, ele investe, tem NEU, a gente é escalado. Então sempre a gente está atualizando. [...] Então é liberada a carga horária. São várias opções, você pode escolher o curso que você quer fazer. Você é avisado com antecedências, então ah não deu para ir. Eles dão todo apoio (EB.1).

Para atualizarem seus conhecimentos nas atividades de educação permanente, os enfermeiros querem que a instituição incorpore as ações educativas em sua política e promova estrutura e condições para os profissionais frequentar os cursos. A liberação da carga horária para participar dos cursos de atualização é imprescindível e deve fazer parte do planejamento das atividades. Observa-se, no cotidiano, que é bastante corriqueiro que enfermeiros que já sejam submetidos a carga horária exaustiva e a dupla jornada de trabalho não optem por utilizar suas horas de folga para fazer cursos, tornando inviável o seu processo de atualização de conhecimentos (LIMA et al., 2009).

O tratamento ambivalente de incentivo à educação permanente é criticado pelos profissionais, sobretudo, porque essa discrepância é clara para os sujeitos.

A SES é um dinossauro. Tudo na SES anda a passos mínimos. Enquanto você trabalha em um PS, sua chefe não te libera para ir num treinamento, já eu enquanto SAMU sou liberado na minha escala para fazer este treinamento (EB.6).

Eu acho que a SES deixa muito a desejar na questão de formar o profissional. Eles não incentivam o profissional em buscar conhecimento. Você entra na SES com seu conhecimento e se depender só da SES você continua com ele. [...] no SAMU eu sei que eles incentivam a fazer curso. Agora aqui na SES e aqui no hospital, nenhum (EA.4).

Trabalhando um ano na SES, eu só fiz um curso de atualização oferecido por eles. Eu corri atrás de outros cursos que eu sabia que estavam sendo oferecidos, mas no entanto eles não fizeram nenhuma questão de que a gente fizesse o curso (EA.1).

Logo, ao mesmo tempo em que educação permanente em saúde prima pela atualização cotidiana das práticas, é necessidade que se estabeleçam relações e processos no interior das equipes de saúde, nas práticas organizacionais e nas práticas interinstitucionais e intersetoriais, a fim de favorecer a realização das atividades educativas (CECCIM, 2004).

Como se percebe, a liberação da carga horária para realização dos cursos é importante, porém os enfermeiros apontam outra forma de incentivo:

Talvez para incentivar mais, talvez a carga horária, quem participa de um curso tem o direito a um abono no mês, talvez um incentivo neste sentido. Até o próprio profissional, não tem diferenciação. Tem os 30%. Vou ganhar do mesmo jeito (EB.2).

Ele não tem um incentivo muito grande, até com relação financeiramente. Não pelo fato de não pagar, porque nós temos a gratificação de titulação, de qualificação, mas muitas vezes esta titulação pode ser de cursos não específicos da área (EA.2).

Estes resultados confirmam estudo de Moraes (2012), que analisou a implementação da Política de Educação Permanente no DF e verificou, junto aos coordenadores dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS), que a maior dificuldade encontrada para promover cursos era precisamente a falta de liberação pela chefia imediata, seguida pela desmotivação do profissional.

Enquanto a falta de liberação pela chefia está diretamente relacionada ao déficit de pessoal nos serviços e à dificuldade de manter os cuidados aos pacientes na ausência do profissional do setor, a desmotivação profissional está ligada ao Plano de Carreira da SES/DF, que é estático e não incentiva a qualificação profissional. Este plano apresenta uma pontuação atribuída a cursos de atualização e de especialização, que podem conceder até 30% de gratificação por essa titulação. Após atingido o teto máximo, o profissional não pode ampliar este percentual, mesmo que faça um mestrado ou um doutorado (MORAES, 2012).

Quando questionados na primeira etapa da pesquisa sobre cursos de especialização, constatou-se que apenas um enfermeiro tinha especialização *Stricto Sensu* na modalidade de mestrado (1.8%). Pode-se inferir, que esse pequeno percentual seja justificado pela ausência de apoio e incentivo no plano de carreira.

Nesse contexto, os sujeitos evidenciam, ainda, a necessidade de se fortalecer NEPS da unidade como articulador das atividades educativas:

Esse incentivo poderia vir em primeiro lugar partir do núcleo de ensino e pesquisa do hospital [...]. Se eles querem que tenha capacitação, que tenham um melhor atendimento para o paciente, tem que partir dali. Acho que tem que ter mais incentivo e uma maior divulgação (EA.1).

Os NEPSs estão presentes em todas as regionais de saúde de DF e são responsáveis pelas atividades educativas realizadas nas unidades, porém carecem de estrutura física e material, além de recursos humanos para o adequado funcionamento (MORAES, 2012). Considerando que esses núcleos estão presentes em todas as regionais de saúde, conhecendo a realidade e as demandas de cada uma, há a necessidade de fortalecer esses órgãos como protagonistas da educação permanente dentro das instituições e articulá-los ao NEU, que já possuem a experiência e a estrutura voltadas para a atenção às urgências e emergências.

Os cuidados ao paciente que sofreu PCR, como a qualquer outro paciente, requerem um embasamento teórico e científico, treinamento prático e atualização devido às constantes descobertas e inovações tecnológicas, conforme requerido pelos enfermeiros do estudo. Contudo, o acesso aos cursos, apoio e incentivo para frequentá-los é uma responsabilidade institucional.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros que participaram deste estudo são predominantemente do sexo feminino, com idade média de 33,1 anos. Eles concluíram a graduação há cerca de 6 anos, a maioria em instituições privadas, e estão há 4 anos atuando em serviço de emergência. A especialização *lato sensu* foi comum a 90,9% dos enfermeiros.

Ao avaliar o conhecimento dos enfermeiros na primeira etapa da pesquisa, verifiquei que a pontuação média obtida pelo grupo de enfermeiros foi de 5,9. Foram identificadas lacunas de conhecimento importantes referentes à identificação das causas da PCR e dos mecanismos envolvidos na SPPCR, na abordagem da hipotensão arterial, na definição dos valores da gasometria arterial, na avaliação da função neurológica, no controle da temperatura e nos cuidados com a HT.

Embora 70,9% dos enfermeiros tenham realizado curso de atualização em PCR nos últimos três anos, quando as novas diretrizes da AHA já tinham sido publicadas e nas quais os Cuidados Pós-PCR Integrados foram enfatizados, apenas 50,9% dos enfermeiros relataram ter a SPPCR abordada ao longo de sua formação.

Verifiquei ainda que os enfermeiros lotados no SAMU têm mais chances de realizarem cursos e com maior frequência e que as notas obtidas por estes enfermeiros foram maiores que a nota dos profissionais que não são inseridos nesse serviço. Este resultado reforça a importância dos cursos de atualização a fim de agregar conhecimento à prática profissional.

A maior quantidade de cursos realizados pelos enfermeiros do SAMU relaciona-se não apenas a uma maior oferta, mas principalmente apoio para realização dos mesmos. Enquanto o NEU promove frequentemente cursos para enfermeiros que estão sob a gerência do SAMU, esses profissionais contam ainda com o apoio e o incentivo dos supervisores, que permitem que os cursos sejam realizados dentro da carga horária de trabalho, de forma que não é necessário utilizar o tempo de descanso para tal.

Ao contrário, os enfermeiros que não estão inseridos nesse serviço referem escassez na oferta de cursos. E mesmo para os cursos oferecidos pela SES/DF ou por outras instituições, esses enfermeiros relataram a falta liberação da carga horária como empecilho para realização dos mesmos. Os sujeitos cobraram também uma efetiva atuação do NEPS, como promotor e articulador dos cursos de educação permanente.

Importante ressaltar que os enfermeiros entendem a necessidade de atualizar seus conhecimentos para que se possam prestar cuidados qualificados ao paciente que sofreu PCR. É consenso que o conhecimento é um processo, visto que constantemente são feitas novas descobertas e criadas novas tecnologias, que somente serão incorporadas à prática a partir do momento que os profissionais tiverem acesso à informação.

Sobre o seu fazer, o enfermeiro se apresentou como o profissional que está no centro dos cuidados prestados, tanto os de natureza *care* como *cure*, e relataram que os principais cuidados prestados ao paciente que sofreu PCR envolvem a monitorização e a avaliação contínua do mesmo, a fim de identificar precocemente qualquer alteração do quadro. Os cuidados (*cure*) foram bem enfatizados, com ações voltadas para as limitações impostas pelo quadro que se instala após a PCR, como o suporte ventilatório, a compensação hemodinâmica, bem como a aspiração das vias aéreas. Entretanto, os cuidados (*care*) foram pouco enfatizados e incluíram a mudança de decúbito e a prevenção de infecções.

Conquanto este resultado evidencie um olhar biomédico por parte do enfermeiro, entende-se que um estudo observacional é necessário para confirmar se no fazer diário do enfermeiro se mantém essa proporção.

Ainda no âmbito do fazer do enfermeiro, as ações de cuidado são prejudicadas ou facilitadas pelo suporte oferecido pela instituição de saúde, que envolve recursos materiais e físicos, recursos humanos e suporte de cuidados intensivos para continuidade dos cuidados ao paciente que sofreu PCR.

Enquanto a insuficiência de leitos de UTI foi uma dificuldade reportada recorrentemente entre os sujeitos, a inadequação dos recursos físicos, materiais e humanos foi uma queixa comum nos cenários onde o SAMU não está presente.

Por último, os sentimentos tiveram relevante participação no *corpus* das entrevistas e revelaram reflexo do fazer e do saber do enfermeiro.

O cuidado dispensado pelo enfermeiro ao paciente que sofreu PCR, desperta sentimentos de angústia e sofrimento diante da tarefa de comunicar más notícias às famílias e de frustração diante da gravidade e da morte do paciente, que mobilizou diversos cuidados e manobras de RCP.

O *briefing*, citado pelos enfermeiros, se configura como uma estratégia para lidar com os sentimentos, como um mecanismo simples e que exige uma tecnologia leve: dar espaço para o profissional discutir com os outros profissionais sobre a assistência prestada, traçando caminhos a serem seguidos para o tratamento deste paciente. Ao partilhar com toda a equipe a experiência do atendimento ao paciente que sofreu PCR, o enfermeiro partilha também a

responsabilidade pelo mesmo e busca, junto a todos, a melhor estratégia de cuidados para aquele paciente. Há, assim, uma maior chance de que uma boa assistência seja prestada.

A reflexão sobre a assistência prestada pode ampliar, ainda, a dimensão cuidadora, muitas vezes sufocada frente à sobrecarga de tarefas a serem exercidas no dia-a-dia pelo enfermeiro, aliviando a angústia e a frustração que podem advir do cuidado ao paciente que sofreu PCR.

A análise dos cuidados pós-PCR nas dimensões do saber, fazer e sentir permitiu uma visão do importante papel do enfermeiro e dos desafios encontrados na assistência a vítimas de PCR.

Enquanto a família sofre com a inesperada retirada dessa vítima do seu convívio e com a frustração das expectativas que se tinham, para a equipe de saúde, a PCR representa um momento de estresse, no qual todos se mobilizam para que recuperar a atividade cardíaca e salvar aquela vida, gerando uma sobrecarga física e emocional para o profissional.

Apesar de não ter se configurado como objetivo inicial da pesquisa, a presença do SAMU mostrou-se relevante nas unidades de atendimento de emergência aos pacientes que sofreram PCR.

Lembro que esse serviço foi inserido no ambiente intra-hospitalar de emergência a fim de equacionar o déficit de funcionários dessas unidades e oferecer melhor suporte ao atendimento de urgência. Essa meta foi atingida onde o serviço está presente, contudo, esses cenários se configuram como exceções dentro dos prontos-socorros dos hospitais que participaram da pesquisa, com realidades bem diferentes das encontradas há menos de 2 metros de distância.

As características que sobressaem nesses cenários se devem à combinação entre alguns fatores: maior número de enfermeiros; maior possibilidade de atualizar o conhecimento da equipe; supervisores que incentivam a educação permanente e exigem o cumprimento de protocolos e rotinas estabelecidos; e espaços físicos mais adequados para o atendimento de emergência. Tais fatores parecem fortalecer o sentimento de equipe entre esses profissionais e, conseqüentemente, o senso de responsabilidade pelo que fazem e relacionam-se a uma assistência de melhor qualidade. Esse modelo deve se estender a outras unidades, a fim de aprimorar o atendimento às emergências como um todo.

Este estudo cumpriu, assim, seus objetivos e apontou caminhos para melhorar a assistência de enfermagem ao paciente que sofreu PCR e retornou ao ritmo cardíaco espontâneo. Entretanto o assunto não se esgota. É preciso estender o estudo a enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva, onde os cuidados pós-PCR devem ter continuidade.

São necessários, ainda, estudos que: 1-permitam o acompanhamento dos cuidados prestados a este paciente a fim de identificar outras dificuldades e/ou facilidades neste processo; 2-verifiquem o impacto das estratégias apontadas na qualidade da assistência prestada e nos sentimentos despertados nos enfermeiros.

Esta pesquisa surgiu de uma inquietação do cotidiano da prática profissional. Agora, a fim de validar todo o caminho percorrido, espero que os resultados possam embasar mudanças na realidade que contribuam para uma assistência de enfermagem mais qualificada, na qual paciente, família e profissional sejam beneficiados.

REFERÊNCIAS

- ADLER, C. *et al.* Fluid therapy and acute kidney injury in cardiogenic shock after cardiac arrest. *Resuscitation*, v. 84, p. 194-199, 2013.
- ALCÂNTRA, T. F. D. L. de; MARQUES, I. R. Avanços na monitorização neurológica intensiva: implicações para enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 62, n. 6, p. 894-900, 2009.
- ALMEIDA, P. J. dos S. **O conflito no processo de trabalho da equipe de emergência**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- ALVES, A. R. *et al.* A importância da assistência de enfermagem na prevenção da úlcera por pressão no paciente hospitalizado. **Revista Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, v. 16, n. 4, p. 397-402, 2008.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE, 2010.
- ANANTHARAMAN, V. The post-resuscitation bundle. **Singapore Medical Journal**, v. 52, n. 8, p. 607-610, 2011.
- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2013.
- ANVISA. RDC n. 50 - Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde Brasília: Anvisa, 2002.
- ARC; NZRC. Post-resuscitation Therapy in Adult Advanced Life Support. ARC and NZRC Guideline 2010. **Emergency Medicine Australasia**, v. 23, p. 292-296, 2011.
- AVILA, L. I. *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.
- AZEVEDO, A. L. de C. S. *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 736-745, 2010.
- BARRETO, B. M. F. *et al.* Educação Permanente como estratégia no gerenciamento de enfermagem nos Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n. 3, p. 85-93, 2013.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. São Paulo: Vozes, 2008.
- BECCARIA, P. F. *et al.* Post cardiac arrest therapeutic hypothermia in adult patients, state of art and practical considerations. **HSR proceedings in intensive care & cardiovascular anesthesia**, v. 2, p. 93-103, 2010.

- BELLAN, M. C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. E. M.; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1019-1027, 2010.
- BORGES, M. da S.; FREITAS, G.; GURGEL, W. A comunicação da má notícia na visão dos profissionais de saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 113-126, 2012.
- BORGES, M. da S.; PINHO, D. L. M. O cuidado à família do paciente grave. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO *et al.* (Eds.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto: Ciclo 8**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013. p. 95-126.
- BORGES, M. da S.; SILVA, H. C. P. Da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, p. 823-829, 2010.
- BOUSSO, R. S. *et al.* Crenças religiosas, doença e morte: experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 397-403, 2011.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011**. Regulamenta a Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7469.htm#art12>. Acesso em: 3 jun. 2014.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002**. Dispõe sobre a regulamentação técnica das urgências e emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Visita Aberta e Direito ao Acompanhante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPONOGARA, S. *et al.* Percepções e Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 5, n. 4, p. 622-634, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2309/2810>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

CARDOSO, F. H. *Avança Brasil – mais quatro anos de desenvolvimento para todos (propostas do governo)*. Brasília: [s.n.], 1998.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde : desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2004.

CICONET, R. M. *Atuação e Articulação das ações das equipes de suporte básico de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com a Central de Regulação e as portas de entrada da urgência*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

CITERIO, G. *et al.* Emergency system prospective performance evaluation for cardiac arrest in Lombardia, an Italian region. **Resuscitation**, v. 55, p. 247-254, doi:10.1016/S0300-9572(02)00267-8, 2002.

COLLIÈRE, M.-F. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2 ed. ed. Loures: Lusociência, 2003.

COLLIÈRE, M.-F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007.

DAVINI, M. C. Enfoques, Problemas e Perpectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL, M. DA S. (Ed.). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. De. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F. (Eds.). **Caminho do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 195-219.

DORNELLES, C.; OLIVEIRA, G. B. de; SCHWONKE, C. R. G. B. Experiências de doentes críticos com a ventilação mecânica invasiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 796-801, 2012.

DUARTE, G. D. M. **O ser enfermeira (o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de

Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial, Juiz de Fora, 2013.

FARIA, E. De *et al.* Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **Revista de Administração em Saúde**, v. 12, n. 47, p. 63-70, 2010.

FEITOSA-FILHO, G. S. *et al.* Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiopulmonar: evidências e aspectos práticos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 65-71, 2009.

FERREIRA, I. *et al.* Therapeutic mild hypothermia improves outcome after out-of-hospital cardiac arrest. **Netherlands Heart Journal**, v. 17, n. 10, p. 378-84, 2009.

FILIZOLA, C. L. A.; FERREIRA, N. M. L. A. O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: Realidade ou Mito? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 5, n. número especial, p. 9-17, 1997.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

GALERA, S. A.; LUÍS, M. A. V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e a sua família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 141-147, 2002.

GARCIA, S. D. *et al.* O enfermeiro no gerenciamento de material médico-hospitalar: revisão integrativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 2, p. 411-426, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/379>>. Acesso em: 23 maio 2014.

GEROW, L. *et al.* Creating a Curtain of Protection: Nurses' Experiences of Grief Following Patient Death. **Clinical Scholarship**, v. 42, n. 2, p. 122-129, 2010.

GOMES, A. M. de C. G. **Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiopulmonar cerebral em hospital geral**. 2004. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GONZALEZ, M. M. *et al.* I Guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care - Brazilian Society of Cardiology: Executive Summary. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 2, p. 105-113, 2013.

HAZINSKI, M. F. *et al.* Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**, v. 122, n. Suppl 2, p. S250-S275, 2010.

IBGE. Estados. **Distrito Federal**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

IGLESIAS-LLACA, F. *et al.* Supervivencia de las paradas cardíacas extrahospitalarias atendidas por una unidad de vigilancia intensiva móvil de Asturias en 2010. **Medicina intensiva**, Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias, v. 37, n. 9, p. 575-583, 2013.

JACOBS, I. *et al.* Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries: a statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resusci. **Circulation**, v. 110, n. 21, p. 3385-97, 2004.

JAM GATELL, M. R. *et al.* Assessment of a training programme for the prevention of ventilator-associated pneumonia. **Nursing in critical care**, v. 17, n. 6, p. 285-292, 2012.

JESUS, M. C. P. De *et al.* Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011.

KAKAVAS, S.; CHALKIAS, A.; XANTHOS, T. Vasoactive support in the optimization of post-cardiac arrest hemodynamic status: from pharmacology to clinical practice. **European Journal of Pharmacology**, v. 667, p. 32-40, 2011.

KARANJIA, N.; GEOCADIN, R. G. Post-cardiac arrest syndrome: update on brain injury management and prognostication. **Current treatment options in neurology**. v. 13, n. 2, p. 191-203, 2011.

KERN, K. Optimal treatment of patients surviving out-of-hospital cardiac arrest. **JACC: Cardiovascular Interventions**, v. 5, n. 6, p. 597-605, 2012.

KIM, J. *et al.* Post-resuscitation care and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest: A nationwide propensity score-matching analysis. **Resuscitation**, v. 84, p. 1068-1077, 2013.

KORY, P. *et al.* Outcomes of mild therapeutic hypothermia after in-hospital cardiac arrest. **Neurocritical care**, v. 16, n. 3, p. 406-412, 2012.

KOVÁCS, M. J. Instituições de Saúde e a Morte. Do Interdito à Comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

LÁZARO PARADINAS, L. Conocimiento del enfermero sobre hipotermia inducida tras parada cardiorrespiratoria: revisión bibliográfica. **Enfermería intensiva**, Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, v. 23, n. 1, p. 17-31, 2012.

LEITE, M. A.; VILA, V. da S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

LIMA, S. G. De *et al.* Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 6, p. 630-636, 2009.

LONGMAN. **Advanced American Dictionary**. Essex: Pearson, 2002.

LOURENCINI, R. R. **O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação em Enfermagem**: uma revisão integrativa da literatura. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MARTÍN-HERNÁNDEZ, H. *et al.* Manejo del síndrome posparada cardíaca. **Medicina intensiva**, v. 34, n. 2, p. 107-126, 2010.
- MARTINS, H. S. *et al.* **Emergências clínicas: abordagem prática**. Barueri: Manole, 2010.
- MARTINS, J.; ROBAZZI, M. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009.
- MEDEIROS, A. C. De *et al.* Gestão participativa na educação permanente em saúde : olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.
- MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto-socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009.
- MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. De; SOUZA, E. R. De. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MONTANHA, D.; PEDUZZI, M. Educação permanente em enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 597-604, 2010.
- MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, 2009.
- MORAES, K. G. **Análise do Processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Distrito Federal**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Fundamentos dos Cuidados Críticos em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- NADKARNI, V. M. *et al.* First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 295, p. 50-57, 2006.
- NOLAN, J. P. *et al.* Advances in the hospital management of patients following an out of hospital cardiac arrest. **Heart (British Cardiac Society)**, v. 98, n. 16, p. 1201-1206, 2012.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. supl. 1, p. 126-135, 2007.

PEREIRA, M. A. G. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 33-37, 2005.

PÉREZ-VELA, J. L. *et al.* Novelties in advanced life support. **Medicina intensiva**, v. 35, n. 6, p. 373-387, 2013.

PFEIFER, R. *et al.* Survival does not improve when therapeutic hypothermia is added to post-cardiac arrest care. **Resuscitation**, v. 82, n. 9, p. 1168-1173, 2011.

POTHITAKIS, C. *et al.* Nursing role in monitoring during cardiopulmonary resuscitation and in the peri-arrest period: a review. **Heart & Lung: The Journal of Critical Care**, v. 40, n. 6, p. 530-544, 2011.

RECH, T. H.; VIEIRA, S. Hipotermia terapêutica em pacientes pós-parada cardiorrespiratória: mecanismos de ação e desenvolvimento de protocolo assistencial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 196-205, 2010.

REYNOLDS, J. C.; LAWNER, B. J. Management of the post-cardiac arrest syndrome. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 42, n. 4, p. 440-449, 2012.

ROCHA, T. B. Da. **Vivência do enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**: detalhes de um grande desafio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

RODRIGUES, Y. C. S. J. *et al.* Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 789-795, 2012.

SAMU/DF. **O que é o NEU?**. Disponível em: <<http://www.samu192df.com.br/samu/ensino/neu/oqueeNeu.jsp>>. Acesso em: 23 maio 2014.

SANTOS, F. D. dos *et al.* O Estresse do Enfermeiro nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto: uma revisão da literatura. **Revista de Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.

SANTOS, J. L. G. dos *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 136-143, 2013.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. A importância do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011.

SCARPELINI, S. A organização do Atendimento às Urgências e Trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

SECRETARIA de Saúde do Distrito Federal. **Quantitativos de Leitos de UTI em 28/11/2013**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/component/content/article/254-sobre-a-secretaria/772-transparencia-na-saude.html>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

SESDF. **Plano Distrital de Saúde 2012-2015**. Brasília: SESDF, 2012.

SHERMAN-HEYL, B. Ethnographic interviewing. In: ATKINSON, P. A. *et al.* (Eds.). **Handbook of Ethnography**. London: SAGE Publications, 2007.

SHINOZAKI, K. *et al.* Duration of well-controlled core temperature correlates with neurological outcome in patients with post-cardiac arrest syndrome. **The American Journal of Emergency Medicine**, v. 30, n. 9, p. 1838-44, 2012.

SHORTER, M.; STAYT, L. C. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 1, p. 159-67, 2010.

SILVA, G. M. da; SELFFERT, O. M. L. B. Educação Continuada em Enfermagem: uma proposta metodológica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 62, n. 3, p. 362-366, 2009.

SILVA, S. C. da; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, p. 360-365, 2001.

SO, H.-Y. Therapeutic hypothermia. **Korean Journal of Anesthesiology**, v. 59, n. 5, p. 299-304, 2010.

SOGA, T. *et al.* Neurological Benefit of Therapeutic Hypothermia Following Return of Spontaneous Circulation for Out-of-Hospital Non-Shockable Cardiac Arrest. **Circulation Journal**, v. 76, n. 11, p. 2579-2585, 2012.

SOLER, V. M.; SAMPAIO, R.; GOMES, M. do R. Gasometria Arterial - Evidências para o Cuidado de Enfermagem. **Cuidarte enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 78-85, 2012.

TOME, L. Y.; POPIM, R. C.; DELL'ACQUA, M. C. Q. Enfermagem cuidando de paciente adulto e família no processo de morte em sala de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 650-657, 2011.

VAAHERSALO, J. *et al.* Therapeutic hypothermia after out-of-hospital cardiac arrest in Finnish intensive care units: the FINNRESUSCI study. **Intensive Care Medicine**, v. 39, n. 5, p. 826-37, 2013.

VILARINS, G. C. M. **Regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal**: um estudo exploratório. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

WALTERS, E. L. *et al.* Implementation of a post-cardiac arrest care bundle including therapeutic hypothermia and hemodynamic optimization in comatose patients with return of spontaneous circulation after out-of-hospital cardiac arrest: a feasibility study. **Shock** (Augusta, Ga.), v. 35, n. 4, p. 360-6, 2011.

YOKOYAMA, H. *et al.* Impact of Therapeutic Hypothermia in the Treatment of Patients with Out-of-Hospital Cardiac Arrest from the J-PULSE-HYPO Study Registry. **Circulation Journal**, v. 75, n. 5, p. 1063-1070, 2011.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

Código: _____

O objetivo deste trabalho é verificar o conhecimento que os enfermeiros da Secretaria de Saúde do Distrito Federal possuem sobre os cuidados prestados aos pacientes que tiveram uma parada cardiorrespiratória e retornaram à circulação espontânea.

Primeiro, gostaria de saber um pouco mais sobre você!

Identificação

1. Sexo

Feminino

Masculino

Formação Profissional

2. Instituição de graduação: _____

3. Ano de graduação: _____

4. Você fez algum curso de Pós-Graduação?

Sim

Não

5. Qual?

Especialização

Doutorado

Mestrado

Outro: _____

6. Quanto tempo você tem de experiência em atendimento em PS?

7. Você já participou de algum curso de atualização no atendimento ao paciente que sofreu parada cardiorrespiratória?

Sim

Não

Se sim,

qual? _____

Há quanto

tempo? _____

8. Você já ouviu falar em síndrome pós-parada cardiorrespiratória?

Sim

Não

Se sim, onde? (Livros, curso, artigo científico, etc.) _____

Agora que conheço um pouco você, por favor, responda as questões que se seguem. Elas se referem aos cuidados que devem ser prestados ao paciente que sofreu parada cardiorrespiratória e retornou à circulação espontânea após as manobras de reanimação cardiopulmonar. Nas questões fechadas, você pode marcar um ou mais itens.

1. Quando um paciente sobrevive a uma PCR, é importante identificar e tratar o que levou a esse evento. Além das síndromes coronarianas agudas (infarto), que outras situações podem levar a uma PCR?

2. Qual(is) o(s) principal(is) mecanismo(s) envolvido(s) na síndrome pós-parada cardiorrespiratória?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não sei | <input type="checkbox"/> Persistência da condição patológica que causou a PCR |
| <input type="checkbox"/> Lesão cerebral | <input type="checkbox"/> Nenhuma das alternativas |
| <input type="checkbox"/> Disfunção miocárdica | |
| <input type="checkbox"/> Resposta de reperfusão sistêmica à isquemia | |
| <input type="checkbox"/> Outras respostas | |

3. Qual a primeira alternativa terapêutica para corrigir a hipotensão, após o retorno à circulação espontânea?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não sei | <input type="checkbox"/> Dobutamina |
| <input type="checkbox"/> Reposição volêmica | <input type="checkbox"/> Dopamina |
| <input type="checkbox"/> Noradrenalina | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adrenalina | |

4. Para evitar a hipóxia, em quanto deve ser mantida a saturação de oxigênio do paciente?

- Não sei
 100%
 Acima de 94%
 Outras respostas
- Entre 90% e 94%
 Entre 80% e 90%
 Abaixo de 80%

5. Para evitar a hiperóxia, na ventilação mecânica, em qual o valor que deve ser mantido a FiO_2 após o retorno à circulação espontânea?

- Não sei
 100%
 75%
 50%
 21%
 Depende da Saturação de Oxigênio do paciente
- Outras respostas

6. Qual o distúrbio metabólico que o paciente que retornou ao RCE após uma PCR tende a desenvolver?

- Acidose
 Alcalose
 Outras respostas

7. Quais os valores normais para os seguintes parâmetros da gasometria arterial?

pH:	
PaO_2 :	
$PaCO_2$:	
Bicarbonato (HCO_3^-):	

8. Com relação ao controle da temperatura, deve-se evitar:

- Não sei
- Hipertermia
- Hipotermia
- Outra resposta

9. Além dos parâmetros citados acima, qual(is) do(s) seguinte(s) elemento(s) você acha que deve(m) ser monitorado(s) no período pós-PCR?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não sei | <input type="checkbox"/> Pressão Venosa Central |
| <input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio | <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Exalação de CO ₂ | <input type="checkbox"/> Ausculta Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Potássio | <input type="checkbox"/> Traçado eletrocardiográfico |
| <input type="checkbox"/> Valores da gasometria arterial | <input type="checkbox"/> Glicemia |
| <input type="checkbox"/> Enzimas Cardíacas | |
| <input type="checkbox"/> Outras respostas | |

10. Para avaliar a função neurológica do paciente, qual(is) do(s) seguinte(s) parâmetro(s) pode(m) ser avaliado(s)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não sei | <input type="checkbox"/> Nível de sedação |
| <input type="checkbox"/> Nível de consciência
(Escala de Coma de Glasgow) | <input type="checkbox"/> Sinais vitais |
| <input type="checkbox"/> Reação pupilar | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores |
| <input type="checkbox"/> Resposta motora | |
| <input type="checkbox"/> Outras respostas | |

11. Para se otimizar a função neurológica do paciente, as Diretrizes da AHA de 2010, indicam a hipotermia terapêutica. Você já presenciou esta prática?

- Sim
 Não

12. Qual a temperatura corporal que deve ser mantida durante a hipotermia terapêutica?

- Não sei Entre 14°C e 17°C
 Entre 0°C e 2°C Entre 32°C e 34°C
 Outras respostas
-
-

13. Que cuidados de enfermagem você identifica como necessários para um paciente que está sendo submetido à hipotermia terapêutica?

- Não sei.
 Monitorização constantes dos sinais vitais.
 Cuidados para evitar lesões de pele.
 Evitar tremores.
 Proteção dos olhos.
 Monitorar e evitar sangramentos.
 Manter a dieta.
 Manter o paciente com a cabeceira elevada.
 Manter adequada higiene oral.
 Realizar aspiração das vias aéreas sempre que necessário.
 Outras respostas
-
-

Muito obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA CORREÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Parte 1

Questão 1: Caracterizar os profissionais da amostra.

Questão 2: Verificar a predominância de instituições públicas ou privadas como formadoras dos profissionais, assim como o tempo de formação destes.

Questão 3: Verificar o grau de especialização dos profissionais da amostra.

Questão 4: Verificar o tempo de atuação do profissional na área de emergência.

Questão 5: Verificar a atualização dos conhecimentos dos enfermeiros no cuidado ao paciente que sofreu PCR.

Questão 6: Verificar a aproximação dos enfermeiros com relação ao quinto item da Cadeia de Sobrevivência estabelecido pela American Heart Association (2010).

Parte 2

Questão 1. Verificar se o enfermeiro sabe identificar as 10 causas tratáveis de PCR, que são elas: Hipóxia, Hiper/Hipocalemia, Acidose metabólica, Tamponamento Cardíaco, Pneumotórax Hipertensivo, Tóxicos e drogas, Hipotermia, Trombose das artérias coronarianas (infarto), Trombose Pulmonar Maciça, Hipovolemia (AEHLERT, 2013). Valor de cada item correto: **0,11**.

- **Resposta correta:** identificação de todas as causas de PCR.
- **Resposta parcialmente correta:** identificação de até 8 causas da PCR.
- **Resposta incorreta:** não identificou nenhuma causa.

Questão 2: Verificar se o enfermeiro compreende o mecanismo envolvido da síndrome pós-parada cardiorrespiratória (AHA, 2010). Valor de cada item correto: **0,25**.

- **Resposta correta:** itens “b”, “c”, “d”, “e”
- **Resposta parcialmente correta:** marcação de até 3 itens corretos.
- **Resposta incorreta:** não identificou nenhum item correto.

Questão 3. Um dos objetivos dos cuidados pós-PCR integrados é otimizar a função hemodinâmica do paciente, logo é importante que o enfermeiro saiba qual a primeira alternativa terapêutica para corrigir a hipotensão. Valor da questão: **1,0**.

- **Resposta correta:** letra “b”

Questão 4. O suporte ventilatório é outro objetivo dos cuidados pós-PCR (AHA, 2010), a fim de evitar a hipóxia. Valor da questão: **1,0**.

- **Resposta correta:** letra “c”

Questão 5. O suporte ventilatório é outro objetivo dos cuidados pós-PCR (AHA, 2010). A hiperóxia está associada ao aumento dos radicais livres e consequentemente ao aumento da lesão tecidual. Assim, deve-se controlar a fração de oxigênio inspirado de acordo com a saturação de oxigênio do paciente. Valor da questão: **1,0**.

- **Resposta correta:** letra “f”

Questão 6. Devido ao estado de hipoperfusão sistêmica ao qual o organismo fica submetido, as células começam a desenvolver o metabolismo anaeróbico com a liberação de ácido láctico, levando à acidose metabólica, que pode estar associada à acidose respiratória devido ao acúmulo de CO₂ (REYNOLDS e LAWNER, 2012). Valor da questão: **1,0**.

- **Resposta correta:** letra “a”.

Questão 7. Com a mesma justificativa do item anterior, é importante que o enfermeiro saiba identificar prontamente os distúrbios metabólicos para que, sob a orientação médica, possa providenciar a correção do distúrbio. Valor de cada item correto: **0,25**.

Resposta:

pH: 7,35 – 7,45

PaO₂: 80 – 100mmHg

PaCO₂: 35 – 45mmHg

Bicarbonato (HCO₃⁻): 22 – 26mEq/L

- **Resposta correta:** responder a todos os itens corretamente. Pequenas variações nos valores serão consideradas como corretas, uma vez que há diferença nos valores de referência segundo a literatura.
- **Parcialmente correta:** responder até 3 itens corretamente.
- **Incorreta:** não responder nenhum item corretamente.

Questão 8. A febre deve ser evitada em todos os pacientes que sofreram PCR (<37°C). Naqueles pacientes que atingiram a hipotermia espontaneamente, não se recomenda o reaquecimento nas primeiras 48h (KARANJIA e GEOCADIN, 2011). Valor da questão: **1,0**.

- **Resposta correta:** item “hipertermia”.

Questão 9. Valor de cada item correto: **0,1**.

- **Resposta correta:** marcar os 10 itens corretos: saturação de oxigênio, capnografia, potássio, gasometria arterial, enzimas cardíacas, pressão venosa central, temperatura, frequência cardíaca, ausculta pulmonar, traçado eletrocardiográfico.
- **Resposta parcialmente correta:** marcar até 9 itens corretos.
- **Resposta incorreta:** não marcar nenhum item correto.

Questão 10. O paciente com lesão neurológica exige percepção aguda e acompanhamento vigilante da parte da enfermagem. A avaliação de enfermagem da condição neurológica incorpora o monitoramento do nível de consciência, a reação pupilar, as funções motoras e a observação dos sinais vitais (ALCÂNTRA, 2009). Valor de cada item correto: **0,2**.

- **Resposta correta:** marcar os 5 itens corretos: “nível de consciência”, “reação pupilar”, “reação motora”, “nível de sedação”, “sinais vitais”.
- **Resposta parcialmente correta:** marcar até 4 itens corretos.
- **Resposta insatisfatória:** não marcar nenhum item correto.

Questão 11. Estudos têm evidenciado um possível benefício da hipotermia terapêutica após PCR intra ou extra-hospitalar com ritmo de apresentação de AESP/assistolia (AHA, 2010).

Esta questão propõe-se a verificar aproximação dos enfermeiros a esta terapia indicada pelo Guideline 2010. Esta questão não conta para pontuação.

Questão 12. O paciente deve ser resfriado a uma temperatura de 32-34°C, durante 12-24h (BOUSIKARIS e WINTER, 2012). Valor da questão: **1,0**.

Questão 13. Valor de cada item correto: **0,11**.

- **Resposta totalmente satisfatória:** marcar os 9 itens corretos: monitorização constantes dos sinais vitais; cuidados para evitar lesões de pele; evitar tremores; proteção dos olhos; monitorar e evitar sangramentos; manter a dieta; manter o paciente com a cabeceira elevada, manter adequada higiene oral, realizar aspiração das vias aéreas sempre que necessário (LÁZARO PARADINAS, 2012).
- **Resposta parcialmente satisfatória:** marcar até 8 itens corretos.
- **Resposta insatisfatória:** não marcar nenhum item correto.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

A. Perguntas gerais acerca do saber do enfermeiro no atendimento pós-PCR

1. Em algum momento da sua formação você recebeu informações teórica ou práticas sobre os cuidados que devem ser prestados no momento pós-PCR?
2. Qual são as suas percepções sobre o seu preparo para atender um paciente que sofreu PCR? Você se sente devidamente preparado para prestar com competência técnica esse tipo de cuidado? Sim ou não? Por quê?
3. Considerando as suas percepções sobre essa temática, qual a importância que você atribui aos cursos de atualização em serviço? E fora do serviço?
4. Você considera relevante o papel da Secretaria de Saúde na atualização dos seus conhecimentos? Sim ou não? Por quê?

B. Perguntas gerais acerca do fazer do enfermeiro no atendimento pós-PCR

1. Quais são os cuidados que você presta ao um paciente que sofreu PCR? Descreva minuciosamente, passo a passo.
2. Em sua opinião, qual deve ser o papel do enfermeira(o) no atendimento a este paciente?
3. Na sua visão quais são os fatores que interferem positivamente no atendimento a este tipo de paciente? E negativamente ? Explique cada um deles.
4. Quando você pensa em um paciente que sofreu PCR e que será atendido por você no seu setor, o que você acha que acontecerá com ele?
5. Na opinião o que você acredita que poderia fazer para melhorar a prestação de seu cuidado a esse paciente a este paciente?

C. Perguntas gerais acerca do sentir do enfermeiro no atendimento pós-PCR

1. Como você avalia o cuidado que você presta ao paciente pós-PCR? Como você se sente diante desse fato?
2. Como você lida com a família deste paciente?
3. Em sua opinião, qual o papel do enfermeiro na atenção às famílias?
4. Como você se sente quando um paciente que foi reanimado pela sua equipe, morre?
5. Quais são os seus sentimentos quanto a seu trabalho neste setor? Por quê?

Tem alguma coisa que você ainda gostaria de acrescentar sobre esse assunto?