



Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro*

Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses

Factores que comprometen la calidad de la reanimación cardiopulmonar en unidades de estancia hospitalaria: percepción del enfermero

Clairton Marcos Citolino Filho^{1,2}, Eduesley Santana Santos², Rita de Cassia Gengo e Silva¹, Lilia de Souza Nogueira¹

* Extraído do trabalho de conclusão de residência “Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro”, Residência em Enfermagem em Cardiopneumologia de Alta Complexidade, Escola de Enfermagem, Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto do Coração, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify, in the perception of nurses, the factors that affect the quality of cardiopulmonary resuscitation (CPR) in adult inpatient units, and investigate the influence of both work shifts and professional experience length of time in the perception of these factors. **Method:** A descriptive, exploratory study conducted at a hospital specialized in cardiology and pneumology with the application of a questionnaire to 49 nurses working in inpatient units. **Results:** The majority of nurses reported that the high number of professionals in the scenario (75.5%), the lack of harmony (77.6%) or stress of any member of staff (67.3%), lack of material and/or equipment failure (57.1%), lack of familiarity with the emergency trolleys (98.0%) and presence of family members at the beginning of the cardiopulmonary arrest assistance (57.1%) are factors that adversely affect the quality of care provided during CPR. Professional experience length of time and the shift of nurses did not influence the perception of these factors. **Conclusion:** The identification of factors that affect the quality of CPR in the perception of nurses serves as parameter to implement improvements and training of the staff working in inpatient units.

DESCRIPTORS

Heart Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation; Emergency Nursing; Inpatient Care Units.

Autor Correspondente:

Clairton Marcos Citolino Filho
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
clairtonmarcos@yahoo.com.br

Recebido: 17/03/2015
Aprovado: 08/06/2015

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição que, por meio da cessação das funções cardíaca e respiratória, as células e os tecidos corporais deixam de receber oxigênio e nutrientes necessários para manter a vida. A cessação dessas funções, se não revertida rapidamente, leva a danos celulares e cerebrais irreversíveis, causando a morte rapidamente⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, estima-se que, anualmente, ocorre em torno de 200 mil PCR e 50% deste total acontece no ambiente intra-hospitalar⁽²⁾. Estudos internacionais mostram que a Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e a assistolia são os ritmos iniciais mais diagnosticados no momento da PCR ocorrida no ambiente intra-hospitalar, seguidas pela Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem Pulso (TVSP), sendo que esses dois últimos estão associados a menores taxas de mortalidade das vítimas⁽³⁻⁴⁾.

A sobrevida dos pacientes pós-parada cardíaca depende de vários fatores, como a integração dos suportes básico e avançado de vida em cardiologia, além dos cuidados pós-ressuscitação. O atendimento inicial do paciente em PCR deve envolver uma abordagem sistemática estabelecida nos cinco elos da cadeia de sobrevivência: detectar precocemente um indivíduo em PCR, solicitar imediatamente ajuda especializada, iniciar Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) por meio de compressões torácicas efetivas, abrir via aérea e ofertar oxigênio e, na vigência dos ritmos TVSP e FV, proceder a desfibrilação precoce, além de oferecer suporte avançado de vida eficaz e cuidados pós PCR integrados⁽¹⁻²⁾.

A Fundação Interamericana do Coração recomenda que os profissionais de saúde recebam constantes treinamentos que enfoquem o atendimento a um paciente em PCR e preconiza que estes sejam disseminados de maneira uniforme por meio da padronização de procedimentos e técnicas. Esta recomendação salienta que os treinamentos melhoram a qualidade do atendimento da vítima em PCR, uma vez que o mesmo será realizado de maneira mais rápida, organizada, calma e efetiva. Além disso, a Fundação orienta sobre a importância da presença de todos os materiais e equipamentos necessários para o atendimento, para que o insucesso da reanimação não seja oriundo da falta de algum desses itens⁽⁵⁾.

O enfermeiro, por prestar assistência ao paciente durante 24 horas por dia e possuir habilidades técnicas e conhecimentos científicos é, na maioria das vezes, o primeiro profissional a detectar este evento nas unidades de internação, iniciando a RCP através do suporte básico de vida e acionando o Time de Resposta Rápida (TRR) ou a equipe da unidade para o início das ações que envolvem o suporte avançado de vida⁽⁶⁻⁷⁾. Diante deste fato, o enfermeiro necessita ser um profissional ágil, que tenha raciocínio clínico rápido, além de possuir habilidades técnicas e controle emocional para agir frente a uma situação de emergência⁽⁷⁾.

Entretanto, não somente as características profissionais descritas anteriormente e a capacitação da equipe são determinantes para assegurar a qualidade de uma RCP. Fatores como a capacidade do profissional de controlar o estresse durante o atendimento e a garantia de harmonia e sincronismo de toda a equipe multiprofissional são indispensáveis

para o alcance da excelência do atendimento ao paciente em PCR no ambiente intra-hospitalar⁽⁸⁾.

A *American Heart Association* (AHA) corrobora com tal afirmação e salienta que, para alcançar o sucesso na RCP, é necessário que os profissionais tenham treinamento em *Advanced Cardiovascular Life Support* (ACLS) e executem diversas tarefas simultaneamente, exigindo da equipe eficiência na comunicação e dinamismo no atendimento, facilitados pela intervenção de um líder que tem como principais objetivos organizar o grupo, dar assistência a cada membro da equipe e ser o facilitador nas execuções de tarefas no momento da PCR⁽¹⁾.

No contexto de unidade de internação, é esperado que este evento aconteça com menos frequência, uma vez que os pacientes apresentam menor gravidade e, conseqüentemente, melhor estabilidade clínica do que aqueles admitidos em unidades críticas. Neste sentido, é essencial conhecer a opinião dos profissionais destas unidades sobre aspectos que dificultam a RCP para que estratégias de melhorias sejam estabelecidas.

Considerando que o sucesso no atendimento de pacientes em PCR depende de conhecimentos e habilidades técnico-científicas e interpessoais e que pouco se conhece na literatura sobre os fatores que comprometem o atendimento destes pacientes na percepção dos profissionais envolvidos na assistência, justifica-se a realização deste estudo, que tem como pergunta norteadora: *Quais os principais fatores que interferem na qualidade da RCP realizada em pacientes admitidos nas unidades de internação na percepção dos enfermeiros?*

O objetivo do estudo foi identificar, na percepção dos enfermeiros, os fatores que comprometem a qualidade da assistência prestada durante o atendimento do paciente em PCR em unidades de internação hospitalar e analisar a influência do turno de trabalho e do tempo de experiência dos profissionais na percepção destes fatores.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, desenvolvido no período de agosto a setembro de 2014 no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor/HCFMUSP), instituição pública, de alta complexidade, especializada em cardiopneumologia, localizada na cidade de São Paulo, Brasil.

Participaram da pesquisa os profissionais que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial em unidade de internação adulto da instituição, ter prestado, pelo menos, um atendimento à vítima em situação de PCR nesta unidade e concordar em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A diretoria de enfermagem do hospital disponibilizou uma lista contendo os nomes de todos os enfermeiros das unidades de internação de pacientes adultos. Dos 63 profissionais que compuseram esta lista, 51 enfermeiros foram abordados e aceitaram participar do estudo. Doze enfermeiros não foram incluídos na pesquisa, pois encontravam-se afastados ou no período de férias durante a coleta.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas relacionadas ao

perfil sociodemográfico e profissional do sujeito da pesquisa e à percepção do enfermeiro no atendimento a um paciente em PCR no contexto da unidade de internação. Este questionário era entregue ao enfermeiro por um dos pesquisadores no início do plantão e recolhido após período estabelecido conforme a conveniência de cada participante.

Os dados coletados foram armazenados em uma planilha do aplicativo Microsoft Excel 2010 e, em seguida, exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.

As variáveis foram analisadas por estatísticas descritivas e inferenciais. A comparação dos grupos (turno de trabalho diurno ou noturno) foi realizada por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as médias do tempo de experiência dos profissionais em relação às variáveis do estudo. Em todas as análises foi estabelecido o nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE: 30903614.2.0000.5392) com anuência da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

(CAPPesq) vinculada ao InCor/HCFMUSP.

RESULTADOS

Dos 51 profissionais convidados para participar da pesquisa, dois não retornaram o questionário preenchido, totalizando 49 enfermeiros na amostra final. Destes, 44 (89,8%) eram do sexo feminino, com média de idade de 38,1 anos (DP 9,9). O tempo médio de formação e de experiência dos profissionais foi de 11,9 anos (DP 8,3) e 10,9 anos (DP 8,8), respectivamente, e 23 profissionais (46,9%) tinham mais de 10 anos de experiência na área da enfermagem. Um total de 47 profissionais (95,6%) relatou ter tido conteúdo prévio relacionado ao atendimento de PCR durante a graduação e 36 (73,5%) tinham cursado Pós-Graduação *Lato Sensu* nas áreas de Urgência e Emergência, Terapia Intensiva ou Cardiologia. Em relação ao curso ACLS, 44 (89,8%) dos profissionais eram certificados e 93,9% consideraram que estavam atualizados sobre as diretrizes de RCP de 2010 da AHA.

Os dados da Tabela 1 mostram a análise descritiva das respostas dos enfermeiros referentes à percepção sobre o atendimento da PCR em unidade de internação, assim como o resultado da comparação dos grupos (período de trabalho dos profissionais) segundo as variáveis do estudo.

Tabela 1 – Comparação dos grupos (turno de trabalho dos profissionais) segundo variáveis relacionadas à percepção dos enfermeiros sobre o atendimento da PCR em unidade de internação – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Variáveis	Turno de trabalho		p-valor	Total n (%)
	Diurno n (%)	Noturno n (%)		
Elevado número de profissionais (>6) durante a RCP				
Ajuda no atendimento	6 (18,8)	5 (29,4)		11 (22,4)
Atrapalha o atendimento	25 (78,1)	12 (70,6)	0,664*	37 (75,5)
É indiferente	1 (3,1)	-		1 (2,1)
Presença de um líder no cenário				
Melhora a qualidade da RCP	31 (96,9)	15 (88,2)	0,273*	46 (93,9)
Não interfere na qualidade da RCP	1 (3,1)	2 (11,8)		3 (6,1)
Falta de relação harmoniosa da equipe				
Interfere na qualidade da RCP	25 (78,1)	13 (76,5)	1,000*	38 (77,6)
Não interfere na qualidade da RCP	7 (21,9)	4 (23,5)		11 (22,4)
Falta de material e/ou falha de equipamento				
Interfere na qualidade da RCP	19 (59,4)	9 (52,9)	0,665**	28 (57,1)
Não interfere na qualidade da RCP	13 (40,6)	8 (47,1)		21 (42,9)
Falta de familiarização com carrinho de PCR				
Compromete o atendimento	31 (96,9)	17 (100,0)	1,000*	48 (98,0)
Não compromete o atendimento	1 (3,1)	-		1 (2,0)
Presença do familiar durante a RCP				
Interfere o início do atendimento	18 (56,2)	10 (58,8)	0,862**	28 (57,1)
Não interfere o início do atendimento	14 (43,8)	7 (41,2)		21 (42,9)
Estresse pessoal				
Atrapalha o desempenho durante a RCP	4 (12,5)	5 (29,4)	0,244*	9 (18,4)
Não atrapalha o desempenho durante a RCP	28 (87,5)	12 (70,6)		40 (81,6)
Estresse de algum membro da equipe				
Interfere na qualidade da RCP	24 (75,0)	9 (52,9)	0,117**	33 (67,3)
Não interfere na qualidade da RCP	8 (25,0)	8 (47,1)		16 (32,7)

* Teste Exato de Fisher.

** Teste Qui Quadrado de Pearson.

Na percepção dos enfermeiros, o elevado número de profissionais (acima de seis) durante a RCP atrapalha o atendimento (75,5%), e quase a totalidade desses profissionais (93,9%) reforçou que a presença de um líder melhora a qualidade da assistência ao paciente em PCR. Os participantes salientaram também que a ausência de uma relação harmoniosa da equipe (77,6%), a falta de material e/ou falha de equipamento (57,1%) e de familiarização com o carrinho de PCR (98,0%), a presença de algum familiar do paciente no momento da PCR (57,1%) ou o estresse de algum membro da equipe durante o atendimento (67,3%) interferem na qualida-

de da RCP realizada em pacientes na unidade de internação. Segundo a maioria dos profissionais (81,6%), o estresse pessoal gerado durante o reconhecimento de um paciente em PCR não atrapalha o autodesempenho durante a RCP (Tabela 1).

A análise comparativa dos grupos (turno de trabalho dos profissionais) mostrou que não houve associação significativa entre eles em relação às variáveis do estudo (Tabela 1).

A análise comparativa das médias do tempo de experiência profissional segundo variáveis relacionadas à percepção dos enfermeiros sobre o atendimento da PCR em unidade de internação está descrita na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das médias do tempo de experiência profissional segundo variáveis relacionadas à percepção dos enfermeiros sobre o atendimento da PCR em unidade de internação – São Paulo, SP, Brasil, 2014.

Variável	Tempo de experiência profissional		
	Média (DP)	Mediana (mín-máx)	p*
Elevado número de profissionais (>6) durante a RCP			
Ajuda no atendimento	14,6 (11,4)	11,9 (2-31,5)	
Atrapalha o atendimento	10,2 (7,9)	8,0 (1,0-32,5)	0,350
É indiferente	2,4 (-)	2,4	
Presença de um líder no cenário			
Melhora a qualidade da RCP	10,9 (8,8)	8,8 (1,0-32,5)	
Não interfere na qualidade da RCP	11,6 (11,0)	8,0 (2,9-24,0)	0,851
Falta de relação harmoniosa da equipe			
Interfere na qualidade da RCP	11,24 (9,1)	8,0 (1,0-32,5)	
Não interfere na qualidade da RCP	9,9 (8,1)	10,4 (1,6-24,0)	0,632
Falta de material e/ou falha de equipamento			
Interfere na qualidade da RCP	11,7 (9,5)	9,0 (1,3-32,5)	
Não interfere na qualidade da RCP	9,9 (7,9)	8,0 (1,0-24,0)	0,621
Falta de familiarização com carrinho de PCR			
Compromete o atendimento	11,1 (8,9)	8,8 (1,0-32,5)	
Não compromete o atendimento	4,6 (-)	4,6	0,479
Presença do familiar durante a RCP			
Interfere o início do atendimento	10,3 (8,3)	7,0 (1,3-31,5)	
Não interfere o início do atendimento	11,8 (9,6)	11,7 (1,0-32,5)	0,762
Estresse pessoal			
Atrapalha o desempenho durante a RCP	8,4 (7,8)	5,7 (2,0-11,7)	
Não atrapalha o desempenho durante a RCP	11,5 (9,0)	9,8 (1,0-32,5)	0,409
Estresse de algum membro da equipe			
Interfere na qualidade da RCP	10,5 (9,3)	7,0 (1,3-32,5)	
Não interfere na qualidade da RCP	11,9 (8,0)	12,45 (1,0-24,0)	0,412

*Teste Mann-Whitney

Enfermeiros com maior tempo de experiência profissional apontaram que os aspectos que interferem na qualidade da RCP são a falta de relação harmoniosa da equipe, de material e/ou falha de equipamento durante o atendimento e de familiarização com o carrinho de PCR, e que o elevado número de profissionais durante o atendimento, a presença de um líder ou de um familiar durante a RCP, bem como o estresse de algum membro da equipe não influenciam a qualidade do atendimento. Entretanto, os dados da Tabela 2 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do tempo

de experiência dos profissionais segundo as variáveis relacionadas à percepção sobre o atendimento da PCR em unidade de internação ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

O sucesso no atendimento de uma PCR depende de contínuos treinamentos dos profissionais, com a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades suficientes para iniciar as manobras de RCP com efetividade⁽⁹⁾. Esses fatores, associados ao ambiente de trabalho organizado e, principalmente, à harmonia e ao sincronismo de toda a equipe multi-

profissionais contribuem para a excelência do atendimento ao paciente em PCR no ambiente intra-hospitalar⁽⁸⁾.

Pesquisadores investigaram as equipes de enfermagem que atuavam em enfermarias de clínica médica e identificaram que a falta de profissionais foi caracterizada como uma das principais interferências negativas enfrentadas durante o atendimento de um paciente em PCR⁽¹⁰⁾. Ressalta-se que o presente estudo mostrou que o excesso de profissionais também interfere negativamente na qualidade da RCP prestada. Esta vivência dos enfermeiros pode estar relacionada à característica da instituição desta pesquisa: um hospital universitário, que recebe frequentemente estudantes de diferentes cursos da área da saúde, aumentando consideravelmente o número de profissionais da saúde nas unidades de internação em processo de aprendizagem.

Ainda em relação à equipe, diretrizes sobre RCP publicada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia reforçam que os dois princípios fundamentais do trabalho em equipe são liderança e comunicação. O líder deve ser o profissional que centraliza a comunicação entre os membros da equipe e assume a condução do caso, garantindo que todas as tarefas sejam compreendidas e executadas corretamente⁽²⁾. Tal recomendação reforça a percepção da maioria (93,9%) dos enfermeiros do estudo sobre a importância deste profissional na melhora da qualidade da RCP.

Uma equipe bem treinada e com harmonia e liderança é fundamental para manter-se a qualidade do atendimento em situações de PCR^(8,11). De todos os enfermeiros entrevistados, 77,6% afirmaram que a falta de uma relação harmoniosa da equipe interfere negativamente na assistência prestada ao paciente em PCR. Estudo realizado em São Paulo, Brasil, mostrou que um dos comportamentos mais presentes durante a RCP é a falta de coordenação das atividades realizadas e que a harmonia é essencial para um atendimento eficaz e coordenado⁽¹²⁾.

Tão importante quanto a presença de profissionais capacitados e de uma relação harmoniosa da equipe no cenário da PCR é a disponibilidade imediata de todos os materiais e equipamentos essenciais para um atendimento seguro e eficaz.

Neste sentido, recomenda-se que os materiais e equipamentos essenciais para o atendimento da PCR (classificados como nível 1) devem estar disponíveis imediatamente após a solicitação e os altamente recomendados (classificados como nível 2) em, no máximo, 15 minutos após a solicitação⁽¹³⁾.

Vinte e oito profissionais da pesquisa (57,1%) relataram que a falta de material e/ou falha de algum equipamento no momento da assistência interfere na qualidade da RCP, resultado que corrobora com outros estudos^(12,14-15).

Pesquisadores analisaram os carros de emergência de dois hospitais universitários e detectaram que todos apresentavam falta de algum equipamento que comprometia o atendimento do paciente em PCR⁽¹⁴⁾. Investigação realizada em Unidade de Terapia Intensiva mostrou que, de todas as dificuldades encontradas durante o atendimento de PCR, 31% estavam relacionadas a problemas de recursos materiais⁽¹²⁾.

Estudo realizado na Inglaterra que comparou as condições dos carros de emergência de três instituições antes e depois da intervenção (selagem das bandejas de procedimentos de via aérea e punção venosa) detectou que apenas um carro de emergência estava de acordo com as recomendações daquele país antes da intervenção, a maioria continha em seu interior itens vencidos, em falta ou em excesso. Três anos após a implantação de selagem das bandejas, todos os carrinhos analisados estavam de acordo com as normas estabelecidas⁽¹⁵⁾, mostrando a importância da padronização e estratégia de selagem das bandejas de procedimentos na garantia do material adequado para o atendimento da PCR.

Corroborando com tal achado, a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que os carros de emergência sejam padronizados com o objetivo de uniformizar o conteúdo e a quantidade de material nas diferentes unidades do hospital, permitindo um atendimento de emergência rápido e organizado, sem desperdício⁽¹³⁾.

Entretanto, além desta padronização, estudo descritivo realizado por espanhóis mostrou que é de grande importância a familiarização com o carrinho de emergência, não somente pelos profissionais de enfermagem, mas por toda a equipe multiprofissional⁽¹⁶⁾. Os enfermeiros desta pesquisa afirmaram que esta falta de familiarização interfere na qualidade do atendimento, pois podem ocorrer atrasos na disponibilização dos materiais necessários. Pesquisa realizada na Dinamarca que analisou um banco de dados sobre segurança do paciente mostrou que falha de equipamento (16,0%) e material de ressuscitação não disponível (11,0%) estavam entre os 122 incidentes críticos identificados durante o atendimento de pacientes em PCR⁽¹⁷⁾.

Em relação à presença de familiares durante a RCP, destaca-se que, neste estudo, esta questão teve um equilíbrio nas respostas: 57,1% dos entrevistados relataram que a presença de um membro da família interfere o início da RCP, e 42,9% não expressaram esta dificuldade. Essa divisão de opiniões é também identificada em outros estudos: alguns resultados mostram que a presença de familiares durante a RCP é avaliada como benéfica pelos enfermeiros e/ou membros da equipe multiprofissional⁽¹⁸⁻²⁰⁾, enquanto outros mostram que os profissionais não aprovam, não possuem opinião formada sobre o assunto ou nunca vivenciaram esta experiência⁽²⁰⁻²¹⁾.

Neste estudo, identificou-se que o estresse pessoal gerado ao identificar a situação de emergência não atrapalhou o desempenho da maioria dos enfermeiros no atendimento de um paciente em PCR. Entretanto, quando o estresse esteve presente em algum membro da equipe durante a assistência, houve interferência na qualidade da RCP na percepção destes profissionais. Estudo desenvolvido em São Paulo, Brasil, constatou que o estresse e o nervosismo estavam presentes na maioria dos relatos dos profissionais de enfermagem quando questionados sobre a existência destas emoções durante a reanimação do paciente⁽¹²⁾.

Conforme identificado na pesquisa, o turno de trabalho (diurno ou noturno) e o tempo de experiência profissional não influenciaram a percepção dos enfermeiros em relação aos fatores que comprometem a qualidade da RCP

em unidades de internação adulto. Tal achado pode estar associado a um conjunto de fatores: quase a metade dos profissionais que compuseram a amostra tinha mais de 10 anos de experiência na área de enfermagem, a instituição realiza treinamentos contínuos que capacitam o profissional a atender a RCP com qualidade, aproximadamente 90,0% dos enfermeiros eram certificados pelo curso ACLS e o TRR é implantado no hospital, atendendo, com maior agilidade, as emergências clínicas e PCR nas unidades de internação, 24 horas por dia. Alguns estudos mostram que o atendimento a pacientes com quadro de deterioração clínica e/ou PCR feito pelo TRR tem gerado grandes benefícios, como a redução das taxas de mortalidade hospitalar, redução da gravidade dos pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva após RCP e redução do número de pacientes com instabilidade clínica que evoluem para a PCR⁽²²⁻²³⁾.

Na aplicação dos resultados desta pesquisa, algumas limitações devem ser consideradas: a casuística incluiu enfermeiros de uma única instituição, centro de referência para o atendimento de pacientes com doenças cardiopulmonares, o que

compromete a generalização dos resultados. Ademais, deve-se considerar o número reduzido de participantes da pesquisa.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu constatar que, na percepção dos enfermeiros, os principais fatores que influenciam negativamente a qualidade da RCP realizada em unidades de internação adulto são: elevado número de profissionais no cenário, falta de harmonia ou estresse de algum membro da equipe, falta de material e/ou falha de equipamento, falta de familiarização com o carrinho de emergência e presença de familiar no início do atendimento. Os profissionais ressaltaram que o estresse pessoal não atrapalha o autodesempenho durante o atendimento e que a presença de um líder melhora a qualidade da RCP. O tempo de experiência profissional e o turno de trabalho dos enfermeiros não exerceram influência sobre a percepção destes fatores.

Os resultados desta pesquisa servem de parâmetros para a implantação de melhorias e de capacitação das equipes que atuam em unidades de internação.

RESUMO

Objetivo: Identificar, na percepção dos enfermeiros, os fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em unidades de internação adulto e verificar a influência do turno de trabalho e do tempo de experiência dos profissionais na percepção destes fatores. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, realizado em hospital especializado em cardiopneumologia com a aplicação de questionário a 49 enfermeiros que atuavam em unidades de internação. **Resultados:** A maioria dos enfermeiros relatou que elevado número de profissionais no cenário (75,5%), falta de harmonia (77,6%) ou estresse de algum membro da equipe (67,3%), falta de material e/ou falha de equipamento (57,1%), falta de familiarização com o carrinho de emergência (98,0%) e presença de familiar no início do atendimento da parada cardiorrespiratória (57,1%) são fatores que interferem negativamente na qualidade da assistência prestada durante a RCP. O tempo de experiência profissional e o turno de trabalho dos enfermeiros não exerceram influência na percepção destes fatores. **Conclusão:** A identificação dos fatores que comprometem a qualidade da RCP, na percepção dos enfermeiros, serve de parâmetro para implantação de melhorias e de capacitação das equipes que atuam em unidades de internação.

DESCRIPTORIOS

Parada Cardíaca; Ressuscitação Cardiopulmonar; Enfermagem em Emergência; Unidades de Internação.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, en la percepción de los enfermeros, los factores que comprometen la calidad de la reanimación cardiopulmonar (RCP) en unidades de estancia adulta y verificar la influencia del turno de trabajo y el tiempo de experiencia de los profesionales en la percepción de dichos factores. **Método:** Estudio descriptivo, exploratorio, llevado a cabo en hospital especializado en cardiopneumología con aplicación de cuestionario a 49 enfermeros que actuaban en unidades de estancia hospitalaria. **Resultados:** La mayoría de los enfermeros relataron que un elevado número de profesionales en el escenario (75,5%), falta de armonía (77,6%) o estrés de algún miembro del equipo (67,3%), falta de material o/y falta de equipo (57,1%), falta de familiarización con el carro de paro (98,0%) y presencia de familiar en el inicio de la atención del paro cardiorrespiratorio (57,1%) son factores que interfieren negativamente en la calidad de la asistencia prestada durante la RCP. El tiempo de experiencia profesional y el turno de trabajo de los enfermeros no ejercieron influencia en la percepción de esos factores. **Conclusión:** La identificación de los factores que comprometen la calidad de la RCP, en la percepción de los enfermeros, sirve de parámetro para la implantación de mejoras y capacitación de los equipos que actúan en unidades de estancia hospitalaria.

DESCRIPTORIOS

Paro Cardíaco; Resucitación Cardiopulmonar; Enfermería de Urgencia; Unidades de Internación.

REFERÊNCIAS

1. American Heart Association. Suporte avançado de vida em cardiologia: manual do profissional. São Paulo: Sesil; 2012.
2. Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo. Arq Bras Cardiol. 2013;100(2):105-13.
3. Meaney PA, Nadkarni VM, Kern KB, Indik JH, Halperin HR, Berg RA. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. Crit Care Med. 2010;38(1):101-8.

4. Nolan JP, Soar J, Smith GB, Gwinnutt C, Parrott F, Power S, et al. Incidence and outcome of in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. *Resuscitation*. 2014;85(8):987-92.
5. American Heart Association; Fundação Interamericana do Coração. SBV para profissionais de saúde: manual do aluno. São Paulo: Sesil; 2011.
6. Hunziker S, Tschan F, Semmer NK, Howell MD, Marsch S. Human factors in resuscitation: Lessons learned from simulator studies. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):389-94.
7. Alves CA, Barbosa CSS, Faria HTG. Cardiorespiratory arrest and nursing: the knowledge on Basic Life Support. *Cogitare Enferm*. 2013;18(2):296-301.
8. Sjöberg F, Schonning E, Salzmänn-Erikson M. Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2015 Apr 16. [Epub ahead of print]
9. Källestedt ML, Berglund A, Herlitz J, Leppert J, Enlund M. The impact of CPR and AED training on healthcare professionals' self-perceived attitudes to performing resuscitation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20:26.
10. Sá CMS, Souza NVDO, Lisboa MTL, Tavares KFA. Organização do trabalho e seus reflexos na atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar. *Rev Enferm UERJ*. 2012;20(1):50-5.
11. Plagisou L, Tsironi M, Zyga S, Moisoglou I, Maniadaakis N, Prezerakos P. Assessment of nursing staff's theoretical knowledge of cardiovascular resuscitation in an NHS public hospital. *Hellenic J Cardiol*. 2015;56(2):149-53.
12. Silva SC, Padilha KG. Cardiopulmonary resuscitation in the intensive care unit: analysis of iatrogenic occurrences during attendance. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(4):413-20.
13. Gomes AG, Garcia AM, Schmidt A, Mansur AP, Vianna CB, Ferreira D, et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia – Código Azul: registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81 Supl. 4:3-14.
14. Lima SG, Diniz LR, Nunes Filho EO, Oliveira MF, Oliveira JAV, Sá MPBO, et al. Emergency trolleys and advanced life support. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(5):399-404
15. Davies M, Couperb K, Bradley J, Baker A, Husselbee N, Woolley S, et al. A simple solution for improving reliability of cardiac arrest equipment provision in hospital. *Resuscitation*. 2014;85(11):1523-6.
16. Macias CC, López-Herce CJ, Alvarez AC, Martínez BE. Material for the pediatric resuscitation trolley. *An Pediatr*. 2007;66(1):51-4.
17. Andersen PO, Maaløe R, Andersen HB. Critical incidents related to cardiac arrests reported to the Danish Patient Safety Database. *Resuscitation*. 2010;81(3):312-6.
18. Orso MSD, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm*. 2012;18(3):83-99.
19. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013;368(11):1008-18.
20. Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Martensson J, Reimer WS, Smith K, et al. European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(1):15-23.
21. Porter JE, Cooper SJ, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs*. 2014;22(2):69-74.
22. Chen J, Ou L, Hillman K, Flabouris A, Bellomo R, Hollis SJ, et al. The impact of implementing a rapid response system: a comparison of cardiopulmonary arrests and mortality among four teaching hospitals in Australia. *Resuscitation*. 2014;85(9):1275-81.
23. Al-Qahtani S, Al-Dorzi HM, Tamim HM, Hussain S, Fong L, Taher S, et al. Impact of an intensivist-led multidisciplinary extended rapid response team on hospital-wide cardiopulmonary arrests and mortality. *Crit Care Med*. 2013;41(2):506-17.