

DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA À PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria José Martins Catalão¹

Pedro João Soares Gaspar²

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Mestre em Gestão de Serviços de Saúde | Enfermeira no ULSNA- HDJMG-UCI

² PhD, MSc, RN. Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.

RESUMO

Enquadramento: A Assistência Intra-Hospitalar dos eventos de Paragem Cardiorrespiratória, constitui um momento de alto stresse emocional, bem como exige por parte dos profissionais envolvidos rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico, habilidade e perícia técnica. A perceção dos profissionais envolvidos na assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-hospitalar indicia as principais dificuldades/necessidades sentidas ou vividas, que devem ser normalizadas e ajustadas, por forma a minimizar o seu impacto no resultado da sua intervenção em todos os doentes assistidos.

Objetivos: Analisar as dificuldades percecionadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na Assistência à Paragem Cardiorrespiratória, e identificar fatores condicionantes como interferências desfavoráveis na Reanimação Cardiorrespiratória.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal e correlacionado, onde foi aplicado um questionário com questões do tipo Likert para estudo das variáveis e construção e validação de uma Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI, numa amostra não probabilística de 109 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de um hospital distrital.

Resultados: A análise fatorial exploratória permitiu a extracção de 5 fatores que explicam 61,81% da variância total da Escala EPDAPI. A fiabilidade estimou-se pelo coeficiente Alfa de Cronbach, (escala global =0,927). A Escala EPDAPI revelou boa validade e fiabilidade, para análise psicométrica.

Conclusões: Na perceção dos profissionais, os atuais sistemas de assistência hospitalar à Paragem Cardiorrespiratória são insuficientes na sua atuação e os profissionais de saúde que pertencem a serviços sem monitorização adequada, com défices de formação e/ou competência em Suporte Básico e Avançado de Vida, têm maior dificuldade na referida assistência. A equipa de enfermagem detém uma perfeita integração com a equipa médica, desenvolvendo igual competência técnica na Reanimação Cardiorrespiratória, no entanto os profissionais de saúde pertencentes ao Serviço Unidade de Cuidados In-

tensivos, são a melhor Ajuda Diferenciada, pois detêm todos os recursos humanos e materiais, bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalares.

Palavras-Chave:

Ressuscitação Cardiopulmonar intra-hospitalar, Competência clínica, Autoavaliação.

ABSTRACT

Background: In-hospital Assistance for cardiopulmonary arrest events, constitutes a moment of high emotional stress, as well as demands speed, efficiency, technical-scientific knowledge, skill and technical expertise, from the professionals. The perception of the professionals involved in the assistance to the Intra-hospital Cardiopulmonary Arrest indicates the main difficulties / needs felt or experienced, which should be normalized and adjusted, in order to minimize their impact on the outcome of their intervention in all patients assisted.

Objectives: To analyze the difficulties perceived by health professionals (physicians and nurses) in Cardiopulmonary Care Assistance, and to identify conditioning factors with unfavorable interference in Cardiorespiratory Resuscitation.

Methodology: A quantitative, cross-sectional and correlated study in which participated a non-probabilistic sample of 109 Health professionals (doctors and nurses) from a district hospital. A questionnaire with Likert-type questions was used to study the variables and to construct and validate an In-Hospital PCR Difficulty Perception Scale.

Results: Exploratory factor analysis allowed the extraction of 5 factors that explain 61.81% of the total variance of the EPDAPI Scale. Reliability was estimated by Cronbach's alpha coefficient, (global scale = 0.927). The EPDAPI Scale showed good validity and reliability for psychometric analysis.

Conclusions: In the perception of the professionals, the current systems of hospital assistance to the Cardiorespiratory Arrest are insufficient in their performance and the health professionals who work in services without adequate monitoring, with lack of training and skills in Basic and Advanced Life Support, have greater difficulty in this assistance. The nursing staff has a perfect integration with the medical staff, developing the same technical competence in the Cardiorespiratory Resuscitation, however the health professionals who work in Intensive Care Unit Service make available the best differentiated assistance because they have all the human and material resources, as well as they have adequate training to give the best possible assistance during the episodes of Intra-Hospital Cardiopulmonary Arrest.

Keywords:

Cardiopulmonary Resuscitation (in-hospital occurrence), Clinical skills, Self-Assessment.

INTRODUÇÃO

A Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um evento comum nas enfermarias hospitalares, no corredor de um serviço, num elevador, e pode suceder em doentes internados, em consulta, visitas ou mesmo em funcionários de uma unidade de saúde. A forma como estas potenciais vítimas são abordadas e a celeridade desse atendimento é extremamente importante na sua sobrevivência. Segundo Pinto (2005: p. 16) “Ao contrário do que acontece nas paragens pré-hospitalares, cerca de 80% das paragens hospitalares, não é repentina mas sim precedida de sinais objetivos de instabilidade clínica e fisiológica”. Algum tempo antes de sofrer PCR, o indivíduo pode apresentar sinais e sintomas que incluem: dificuldade respiratória, elevação da frequência cardíaca, diminuição do débito cardíaco, hipotensão, prostração, letargia e estado confusional (INEM, 2007).

No indivíduo em PCR, as reservas de energia e oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de 5 minutos (Guidelines of Resuscitation, 2010). A hipótese de sucesso da reversão da PCR aumenta quando a RCP é aplicada nos primeiros 4 minutos da paragem e a desfibrilhação nos primeiros 8 minutos (Hajbaghery, Mousavi & Akbari, 2005). Assim, a taxa de sobrevivência decresce se qualquer um destes tempos for excedido. No entanto, foi documentado que profissionais bem treinados, desempenham um papel importante na deteção precoce da PCR e início de RCP, bem como desfibrilhação (Einav, Shleifer, Kark, Landesberg & Matot, 2006).

A PCR é uma ocorrência inesperada que constitui uma grave ameaça à vida das pessoas, sendo necessário durante o atendimento atuar com rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico, habilidade e perícia técnica. Além disso ainda requer infraestruturas e equipamentos adequados, bem como um entendimento harmonioso e sincronizado entre todos os intervenientes no processo, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento e a recuperação com um resultado mínimo de sequelas para o doente. É bem reconhecido que a melhoria do resultado da PCR é dependente de 3 fatores chave: instituição de RCP precoce, otimização do tempo de resposta à ocorrência e desfibrilhação precoce (Hajbaghery et al., 2005).

Durante a década passada, muitos estudos descreveram as taxas de sobrevivência, e os fatores que influenciam os resultados, após PCR intra-hospitalares (Catalão, 2011). Foi estabelecido que a taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni, Nolan, Cavallaro & Antonelli, 2007). Talvez por inexperiência dos profissionais em utilizar equipamento e fármacos de urgência, recursos insuficientes, défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, e até a própria estrutura e localização das enfermarias, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de

sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstrom & Holmberg, 2000).

A sobrevivência à PCR parece, assim, relacionada com a eficácia da organização da ressuscitação nas diferentes áreas de um hospital ou serviço (Einav, Shleifer, Kark, Landesberg & Matot, 2006). A sobrevivência dos pacientes vítimas de PCR hospitalar é baixa, pois no melhor dos cenários a mortalidade ronda os 80-85% e apenas 1% a 10% dos pacientes tratados sobreviverá e terá alta hospitalar (Herrera, Lopez, Gonzalez, Dominguez, Garcia & Bocanegra, 2009). No entanto existe evidência de que se pode reduzir a mortalidade, e as sequelas provocadas pelas paragens cardiorrespiratórias hospitalares, se a resposta assistencial for melhorada.

No atendimento à PCR em ambiente intra-hospitalar, os profissionais de saúde, envolvidos diretamente na RCP, são o médico e o enfermeiro. É a estes profissionais que é atribuída a responsabilidade de assistir ao evento de PCR, de uma forma organizada e sistematizada, com vista à sobrevivência e ao melhor atendimento possível do doente.

O enfermeiro é o mediador nesse contexto, pois na maioria das ocorrências é ele que primeiro deteta o evento de PCR (Santiago, 2006). A ele é atribuída a responsabilidade da ativação e chamada do médico ao evento, da administração de SBV, provisão do carro de emergência, dos materiais necessários, das drogas a serem preparadas, bem como dos cuidados necessários durante esse evento. Um enfermeiro ou um médico, que desconheçam, em parte ou no todo, esse processo podem promover o erro da equipa, o que pode ser prejudicial ao doente em PCR e comprometer a sua sobrevivência.

A assistência à PCR envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados, bem como exige um aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e levantamento das dificuldades na atuação. A PCR pode ser reversível e para isso é necessário, além do conhecimento técnico: organização, treino, trabalho em equipa, aperfeiçoamento contínuo e melhoria da qualidade do atendimento. No entanto, ainda se verificam limitações ao nível de atuação, muitas delas dificultadas por estruturas físicas, recursos materiais, bem como distribuições funcionais dos recursos humanos, por vezes ineficazes, inadequados e insuficientes (Catalão, 2005).

Assumem, então, especial relevância as dificuldades, as limitações e as necessidades dos profissionais de saúde na assistência à PCR, que interferem diretamente na sobrevivência imediata das vítimas assistidas. Com a identificação destas dificuldades percebidas pelos profissionais podemos caminhar a par com a evolução da sociedade e da humanidade, exigindo aos profissionais qualificações que respondam às necessidades das populações, aumentando assim a qualidade e esperança de vida das mesmas.

Este trabalho envolveu a construção e validação de uma escala para mensurar a variável dependente "Dificuldades sentidas na Assistência à PCR", e teve como objetivo proceder ao levantamento das dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à Paragem Cardiorrespiratória (PCR) Intra-Hospitalar, e identificar quais os Fatores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na Reanimação Cardiorrespiratória (RCP).

METODOLOGIA

Para tentar responder à questão investigação "Que dificuldades os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR Intra-Hospitalar?" desenvolvemos um estudo quantitativo, transversal e correlacionado. Partimos da hipótese geral de que as dificuldades que os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR Intra-Hospitalar variam em função de variáveis sociodemográficas e fatores como a experiência profissional, o contexto profissional e a formação específica.

Aplicámos um questionário, construído para o efeito, no período de 15 de Março a 15 de Maio de 2013 num hospital distrital, com questões do tipo Likert, para estudo das variáveis independentes, e construção e validação de uma Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI para mensurar a variável dependente "Dificuldades sentidas na Assistência à CPR". Na validação psicométrica da escala, foi analisada a consistência interna (Alfa de Cronback) e foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), que, segundo Pasquali (2001), é uma técnica estatística imprescindível para a Psicometria, sobretudo no que diz respeito à validação de instrumentos que incidem na percepção.

Para a mensuração desta variável selecionaram-se 33 itens construídos com base na revisão da literatura e experiência da investigadora, e que cobrem os constructos considerados fundamentais para avaliar as dificuldades percebidas (Tempo de Atuação; Condicionantes dos Recursos Disponíveis; Sistema de Atendimento à PCR; Formação em RCP; Reconhecimento de sinais Peri-Paragem/Degradação Hemodinâmica e Autocontrolo e Intervenção em Crise). Previamente à aplicação do questionário, foi utilizado o Método "Think Aloud" para validação e/ou correção do conteúdo das questões apresentadas no questionário, a um grupo de 8 inquiridos com as mesmas características da amostra. Desta forma todo o conteúdo do questionário foi observado previamente, no sentido de verificar e corrigir possíveis incorreções e/ou incongruências, passíveis de eliminar.

A população alvo definida para este estudo foram os Enfermeiros e Médicos que assistem as vítimas de PCR. A amostra, não aleatória, correspondeu a um total

de 109 Profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, após garantidos os procedimentos éticos e legais adequados. A técnica de amostragem usada foi não probabilística, acidental ou por conveniência.

RESULTADOS

Características Psicométricas da Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI

A fidelidade da Escala foi avaliada através da consistência interna de cada um dos itens do questionário e da escala total. Revelou valores muito bons, de acordo com Hill & Hill (2000), nomeadamente 0,921 a 0,928 para os itens e 0,927 para o total da escala.

O resultado encontrado na adequação da amostra à Análise Fatorial, pela medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi igual a 0,837, que se aproxima do valor 1 e suporta o Método de Análise Fatorial. Por outro lado, para o teste de esfericidade de Bartlett, que testa a hipótese de que as variáveis não estejam correlacionadas na população, apontou para diferenças estatisticamente significativas (2494,84; $p < 0,0001$), o que confirma a hipótese de que a matriz de correlação da população não é uma matriz identidade e por isso o modelo fatorial é apropriado.

A Análise Fatorial Exploratória (quadro 1) permitiu assim extrair cinco fatores, interpretados por meio do método de rotação ortogonal do tipo Varimax, que explicam 61.81% da variância total. No Quadro 1 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes fatores e o total da escala são todas positivas e muito significativas ($p < 0,001$).

Os valores das correlações são razoáveis (entre 0,816 e 0,645), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores são muito significativas ($p < 0,001$). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

- **Fator 1: Atuação em RCP**, porque os itens nele contido, referem-se à utilização de equipamentos, conhecimento acerca dos fármacos, *guidelines* e procedimentos em Reanimação.

- **Fator 2: Competência para a Tomada de Decisão em RCP**, porque os itens nele contido referem-se à utilização e colocação em prática dos meios e recursos disponíveis, baseadas na avaliação da situação de PCR, ou vítima emergente, de forma correta e estruturada, com base nas necessidades em RCP.

- **Fator 3: Resposta em Tempo Útil à PCR**, porque os itens nele contido, referem-se ao tempo de administração de SBV e SAV, elo de extrema importância na Cadeia de Sobrevivência.

- **Fator 4: Detecção, Alerta e Resposta à PCR**, porque os itens nele contido, referem-se à resposta organizada na PCR a nível intra-hospitalar, por equipa mais diferenciada, bem como a existência de sistemas de deteção precoce de vítimas críticas.

- **Fator 5: Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR**, porque os itens nele contido, referem-se à organização e disponibilidade da ajuda diferenciada destacada para a assistência à PCR, instituída a nível intra-hospitalar.

Quadro 1 - Análise fatorial da **EPDAPI** pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax (n.º = 109).

<i>Descrição do item</i>	<i>h²</i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
27i- Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.	0,615	0,725	0,100	0,186	-0,080	-0,196
28- Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.	0,580	0,738	0,099	0,115	-0,012	0,108
30- Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.	0,635	0,617	0,366	0,338	0,067	0,050
32- Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.	0,773	0,700	0,240	0,373	0,177	0,236
33- Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.	0,566	0,643	0,206	0,268	0,104	0,164
42- Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	0,694	0,653	0,364	0,223	0,283	0,072
43- Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	0,496	0,626	0,296	-0,103	0,067	-0,039
45i- Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo.	0,383	0,462	0,306	0,025	-0,260	0,088
31- Conhece os fármacos de reanimação.	0,737	0,483	0,547	0,246	0,072	0,373
34- Conhece todos os materiais do carro de emergência.	0,470	0,292	0,579	0,152	0,089	0,135
35- Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.	0,622	0,472	0,538	0,134	0,220	0,208
37- Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	0,557	0,331	0,571	0,156	-0,056	0,305
39- Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.	0,719	0,136	0,784	0,285	-0,026	-0,051
40- Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	0,254	0,041	0,485	-0,126	-0,030	0,012
41- Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	0,535	0,036	0,685	0,246	0,001	0,058
47- Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.	0,684	0,279	0,701	0,163	0,280	-0,102
48- Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.	0,733	0,418	0,688	0,204	0,208	-0,025
49- Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.	0,710	0,434	0,654	0,253	0,145	0,096
1- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV	0,692	-0,031	0,246	0,731	0,190	0,246

(continuação)

Descrição do item	h²	F1	F2	F3	F4	F5
2- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV	0,690	0,330	0,174	0,707	0,174	0,140
3- No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos	0,690	0,320	0,179	0,710	0,196	0,112
6- No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.	0,661	0,259	0,183	0,694	0,259	0,105
7- No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	0,639	0,093	0,297	0,607	0,159	-0,385
9- No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.	0,718	0,149	-0,101	0,308	0,767	0,053
13- Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.	0,730	0,216	-0,042	0,306	0,765	-0,054
14- Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código "Paragem" em projeção de voz).	0,616	-0,023	0,099	0,252	0,737	0,005
18- Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.	0,569	0,277	-0,002	0,425	0,508	0,231
19- A ajuda diferenciada está familiarizada com as <i>guidelines</i> do SBV e do SAV em vigor.	0,558	-0,033	0,099	-0,048	0,696	0,246
21- A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.	0,478	-0,043	0,188	0,025	0,660	-0,064
16- Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.	0,545	0,332	-0,146	0,274	0,042	0,581
25 - O nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.	0,795	-0,151	0,160	-0,055	0,470	0,723
26- Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.	0,744	-0,012	0,208	0,209	-0,092	0,805
36- Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)	0,508	0,447	0,066	-0,011	0,114	0,539
Eigenvalues		11,20	3,47	2,23	1,97	1,53
Variância Explicada (ã = 61,81%)		15,98	14,96	11,50	11,36	8,01
Número de itens		8	10	5	6	4
Alfa do fator		0,874	0,902	0,847	0,836	0,713
KMO = 0,837						
Teste da esfericidade de Bartlett = 2494,84; p <0,0001						
<i>i-Item invertido</i>						

Características sociodemográficas da amostra

A média de idades dos sujeitos inquiridos, foi de 39.4 anos. A idade mínima registada foi de 25 anos, e a máxima de 58 anos. Relativamente ao sexo verificou-se, que dos 109 casos em estudo, 74 pertencem ao sexo feminino representando 67.9% da amostra. A média do Tempo de Experiência Profissional foi de 16,2 anos.

O período mínimo registado foi de 2 anos e o máximo foi de 39 anos. Na amostra de 109 profissionais de saúde, verificou-se também, que apenas 6 (5,5%) inquiridos representando a classe médica responderam ao questionário (Quadro 2).

Relativamente ao serviço, onde exercem funções, verificou-se no mesmo quadro que a maior percentagem de questionários preenchidos ocorreu no serviço de UCI (26.6%), seguido pelo serviço de SU (20.2%) e Serviço de Cirurgia (17.4%). O serviço com menor percentagem de preenchimento dos questionários foi o Serviço de Psiquiatria Agudos (3.7%).

Quadro 2 – Idade, tempo de experiência profissional, sexo e serviço onde exercem (n=109)

	M	DP
<i>Idade</i>	39,4	9,1
<i>Tempo de Experiência Profissional</i>	16,2	9,4
Sexo	n.	%
<i>Feminino</i>	74	67,9
<i>Masculino</i>	353	2,1
Total	109	100,0
Serviço	n.	%
<i>UCI</i>	292	6,6
<i>SU</i>	22	20,2
<i>BO</i>	6	5,5
<i>S.Medicina</i>	9	8,3
<i>S.Cirurgia</i>	19	17,4
<i>Ortopedia</i>	12	11
<i>C.Ext;S.Sangue;Oncologia</i>	8	7,3
<i>S.Psiq.Agudos</i>	4	3,7
Total	109	100,0

A Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI

Para análise global da perceção das Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar (Escala EPDAPI), utilizamos a média ponderada dos fatores e a média da escala total, que varia de 1 a 5. Valores próximos de 5 revelam menor grau de dificuldade percecionada, e valores próximos de 1 revelam maior grau de dificuldade percecionada.

Para a globalidade da amostra, no quadro 3 observamos que a Escala EPDAPI Total revelou dificuldade na maioria dos fatores, com valores médios muito próximos de 3 (M= 3,5; DP= 0,7); sendo o valor mais baixo da média ponderada no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” (M= 2,8; DP= 1,1; maior dificuldade); e o valor mais alto, no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP” e no fator “Resposta em Tempo Útil à PCR” (M= 4,1; DP= 0,7; menor dificuldade).

A Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função do sexo, profissão e formação em SBV e SAV

As correlações de Pearson permitem observar que a Idade não se correlacionou com a percepção das dificuldades, nem por fatores nem para o total ($p > 0,05$). Já a Experiência Profissional, correlacionou-se negativamente com o fator “Resposta em Tempo Útil à PCR” ($r = -0,199$; $p = 0,038$), não obstante a correlação ser muito fraca, o que indicia que à medida que aumenta o Tempo de Experiência Profissional, aumentam as dificuldades em “Resposta em Tempo Útil à PCR”.

Quadro 3- Resultados da Média ponderada para a EPDAPI e Fatores; Correlações de Pearson entre a Idade e Experiência profissional e a EPDAPI e Fatores (N=109)

		Atuação em RCP	Competência para a Tomada de Decisão em RCP	Resposta em Tempo Útil à PCR	Deteção, Alerta e Resposta à PCR	Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR	Total EPDAPI
M		3,3	4,1	4,1	3,2	2,8	3,5
Mediana		3,2	4,2	4,2	3,2	2,8	3,5
Desvio Padrão		1,1	0,7	1	1,1	1,1	0,7
Idade	r	-0,129	-0,079	-0,181	-0,095	-0,097	-0,161
	p	0,182	0,414	0,06	0,326	0,317	0,095
T. Exp. Profissional	r	-0,12	-0,101	-0,199	-0,093	-0,127	-0,176
	p	0,215	0,296	0,038	0,337	0,189	0,067

r - correlação de Pearson

A Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função do sexo, profissão e formação em SBV e SAV

Verificou-se que o Sexo “Masculino” revelou menor dificuldade (M=3,7; DP=0,7), que o Sexo “Feminino” (M=3,4; DP=0,7), no âmbito geral da EPDAPI, mas sem grande diferença entre si e muito próximo do 3, mostrando hesitação e indecisão nas respostas acerca da dificuldade. Também a Categoria “Médico” revelou menor dificuldade (M= 4,2; DP=0,5), que a Categoria “Enfermeiro” (M= 3,4; DP=0,7), no âmbito geral da EPDAPI, e os profissionais que têm formação em SBV (Sim, M= 3,5; DP=0,7 e Não, M= 2,9; DP=0,5) e SAV (Sim, M= 3,9; DP=0,6 e Não, M= 3,0; DP=0,6) apresentaram menor dificuldade no geral de todos os factores (Quadro 4, na página seguinte).

A Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função do serviço onde exercem

Verificou-se que existem diferenças significativas em relação à EPDAPI, atingindo significâncias estatísticas muito fortes. Este resultado indicia que o grau

Quadro 4- Resultados de t de Student para a EPDAPI e Fatores, em função do sexo, profissão e formação em SBV e SAV.

	Sexo (n=109)				Profissão (n=109)				Formação SBV (N=104)				Formação SAV (N=103)											
	Masculino (n=35)		Feminino (n=74)		Médico (n=6)		Enfermeiro (n=103)		Sim (n=96)		Não (n=8)		Sim (n=58)		Não (n=45)									
	M	DP	M	DP	T de Student	p	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	T de Student	p						
Actuação em RCP	3,7	1,1	3,1	1,0	-3,039	0,003	4,4	0,8	3,2	1,0	2,759	0,007	3,4	1,0	2,2	0,6	3,224	0,002	3,9	0,8	2,5	0,8	8,695	0,000
Competência para a Tomada de Decisão em RCP	4,3	0,7	4,0	0,7	-2,208	0,029	4,7	0,4	4,1	0,8	1,986	0,050	4,2	0,7	3,2	0,6	4,104	0,000	4,4	0,7	3,7	0,6	5,227	0,000
Resposta em Tempo Útil à PCR	4,3	1,1	3,9	1,0	-1,611	0,110	4,3	1,2	4,1	1,0	0,51	0,611	4,1	1,0	3,6	0,8	1,353	0,179	4,5	0,9	3,5	1,0	5,226	0,000
Deteção, Alerta e Resposta à PCR	3,2	1,2	3,1	1,0	-0,647	0,519	4,0	0,7	3,1	1,1	1,982	0,050	3,2	1,1	3,0	0,9	0,487	0,628	3,5	1,2	2,7	0,8	3,735	0,000
Atrivação da Ajuda Diferenciada à PCR	2,8	1,0	2,8	1,1	-0,210	0,834	3,7	0,7	2,7	1,1	2,133	0,035	2,8	1,1	2,6	1,2	0,563	0,574	3,1	1,0	2,4	1,1	3,038	0,003
Escala Total	3,7	0,7	3,4	0,7	-0,201	0,047	4,2	0,5	3,4	0,7	2,582	0,011	3,5	0,7	2,9	0,5	2,368	0,020	3,9	0,6	3,0	0,6	7,349	0,000

de dificuldade percebida em cada fator varia, claramente, de acordo com o serviço a que pertencem os profissionais. Tendencialmente, no geral, o Grupo “Outros Serviços” (que integra os serviços de Medicina, Cirurgia, Ortopedia, C.Ext., S.Sangue, Oncologia e Psiq. Agudos) revelou maior dificuldade percebida em quase todos os fatores na EPDAPI (M= 2,9; DP=0,5). E o serviço UCI foi o grupo que revelou menor grau de dificuldade em quase todos os fatores e na Escala total, atingindo valores sempre muito próximos do 4 (Quadro 5).

Quadro 5 - Resultados de ANOVA para a EPDAPI e Fatores, em função do serviço onde exercem.

	UCI (n=29)		SU (n=22)		BO (n=6)		Outros Serviços (n=52)		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
<i>Atuação em RCP</i>	4,0	0,6	4,1	0,9	2,6	0,6	2,6	0,8	30,593	0,000
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	4,7	0,3	4,4	0,8	3,4	0,4	3,8	0,7	15,564	0,000
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	4,9	0,2	4,5	0,9	5,0	0,1	3,3	0,7	49,793	0,000
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	4,5	0,4	2,6	1,0	3,7	0,4	2,5	0,7	56,620	0,000
<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	3,2	0,9	3,2	1,0	2,2	1,1	2,4	1,1	5,624	0,001
Escala Total	4,2	0,3	3,8	0,5	3,4	0,3	2,9	0,5	55,049	0,000

De ressaltar alguns resultados com particular interesse:

- O serviço “BO” atingiu o valor mais elevado (M= 5,0; DP=0,1) no fator “Resposta em Tempo Útil à PCR”; no entanto apresentou a média mais baixa (M= 2,2; DP=1,1) em relação aos outros grupos no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” e no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP” (M= 3,4; DP=0,4).
- O serviço de “SU” atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 3,2; DP=0,1) no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” e no fator “Actuação em RCP” (M=4,1; DP=0,9), no entanto apresentou uma média muito baixa (M= 2,6; DP=1,0), revelando muita dificuldade no fator “Deteção, Alerta e Resposta à PCR”.
- O serviço “UCI” atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 4,7; DP=0,3) no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP”, no entanto apresentou muita hesitação nas respostas no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR”, atingindo valores muito próximos de 3 (M= 3,2; DP=0,9).
- O Grupo “Outros Serviços” atingiu o valor mais baixo nos fatores: “Actuação em RCP” (M=2,6; DP=0,6), “Resposta em Tempo Útil à PCR” (M= 3,3; DP=0,7),

“Detecção, Alerta e Resposta à PCR” (M=2,5; DP=0,7); revelando grande dificuldade, com valores muito próximos do 2 e do 3, revelando também alguma indecisão nas respostas de acordo com os fatores.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O total de profissionais de saúde (109) que responderam ao questionário aplicado, inclui 74 (67,9%) que são do sexo feminino. Segundo Carapinheiro (1998: p.63), "A população de Enfermeiros nos Hospitais apresenta uma percentagem de 81% de Enfermeiros do sexo feminino e 19% do sexo masculino". Este resultado mostra-nos o facto de a Enfermagem ser considerada uma profissão maioritariamente de mulheres, embora nos últimos anos essa tendência se tenha alterado, sendo o número de Enfermeiros do sexo masculino ascendente ao longo dos anos. Verificou-se também que 103 (94,5%) eram enfermeiros e apenas 6 eram médicos (5,5%).

Relativamente à Experiência Profissional dos profissionais de saúde, pode observar-se uma média de 16,2 anos. Tendo em conta estes resultados, podemos inferir que os profissionais de saúde que participaram no estudo apresentam um nível de experiência considerável. Segundo Albaradejo et al (2004), citado por Rosa e Carlotto (2005: p.2) " O trabalho desenvolvido em hospitais requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais".

A maior percentagem de questionários preenchidos ocorreu no serviço de UCI (26,6%) e no serviço de SU (20,2%), que conjuntamente, representam praticamente metade da totalidade dos questionários preenchidos. Os serviços de assistência a vítimas emergentes e/ou críticas, compreendem habitualmente equipas numerosas, pois de acordo com a Direcção-Geral de Saúde (2001), todas as situações emergentes necessitam de ser referenciadas para unidades que tenham capacidade técnica e científica suficiente para um bom atendimento. Ou seja, uma vez que é necessária uma vigilância "apertada" destas vítimas críticas, o serviço de SU e o serviço de UCI, apresentam as condições necessárias, quer físicas quer humanas, para essa mesma vigilância e assistência.

A Escala EPDAPI Total revelou que os profissionais percebem dificuldade na maioria dos fatores, com valores médios muito próximos de 3, indiciando alguma indecisão ou hesitação por parte dos inquiridos. O valor mais baixo da média ponderada (maior dificuldade) verificou-se no fator "Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR", e o valor mais alto (menor dificuldade) nos fatores "Competência para a Tomada de Decisão em RCP" e "Resposta em Tempo Útil à PCR". Estes resultados podem ser explicados tendo em conta que os sistemas de assistência hospitalar à PCR atuais, a nível nacional (que consiste em solicitar apoio

ao médico do Serviço de Urgência ao local do evento emergente) são insuficientes na sua atuação e assistência (Catalão, 2011). Durante a PCR, é de suma importância a atuação de uma equipa coordenada e articulada em todas as ações a serem executadas. O reconhecimento precoce dos eventos determina o aumento da sobrevivência das vítimas (Silva & Padilha, 2001), e o tempo de assistência à vítima de PCR é fundamental para a sua sobrevivência. Assim, é muito importante que os profissionais da área de saúde se sintam preparados técnica e cientificamente, para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar.

Verificou-se que a Experiência Profissional, correlacionou-se negativamente com o fator "Resposta em Tempo Útil à PCR" e, indicou que à medida que aumenta o Tempo de Experiência Profissional, aumentam as dificuldades em "Resposta em Tempo Útil à PCR". Isto pode ser explicado por mais de 50% dos restantes inquiridos, onde foram aplicados os questionários (sem elementos do serviço de UCI ou do SU), pertencerem a profissionais que pertenciam a serviços sem monitorização adequada para vítimas emergentes. A taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni, Nolan, Cavallaro & Antonelli, 2007). Talvez por inexperiência dos profissionais em utilizar equipamento e fármacos de urgência, recursos insuficientes, défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, e até a própria estrutura e localização das enfermarias, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstrom & Holmberg, 2000).

Para a Escala EPDAPI Total, em função da Categoria Profissional, observou-se que se correlacionou positivamente, no sentido em que a Categoria "Médico" revelou menor dificuldade que a Categoria "Enfermeiro" no âmbito geral da escala, e em todos os fatores em particular. Santiago (2006) refere que muitas vezes a equipa de enfermagem deteta os sinais de PCR, ativa a chamada de emergência, porém não inicia as manobras de reanimação cardiopulmonar, limitando-se a levar o equipamento de reanimação até à vítima e esperar a chegada do médico. Essa dificuldade na assistência não se restringe à equipa de enfermagem, mas também é, muitas vezes, observada em outros profissionais da área de saúde que participam na assistência à PCR.

O enfermeiro realiza a sua atuação conjuntamente com o médico, através do seu conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. No desempenho das suas atribuições, a equipa de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipa médica, tendo como objetivo a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do doente. No entanto, o algoritmo de Suporte Avançado de Vida, preconiza que um dos integrantes da equipa de reanimação seja o "líder", procurando o melhor desempenho e organização durante a assistência prestada (INEM, 2007). O profissional que

assume essa posição em geral é o médico, pois também assume o aspeto legal da prescrição terapêutica a ser aplicada nos eventos emergentes, atuando no comando da decisão clínica do evento. O que torna a sua exposição a este tipo de eventos mais frequente, e por esse motivo perceber menor dificuldade no âmbito geral da assistência à PCR, que os enfermeiros.

Analisando os resultados para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação em SBV e SAV, constatou-se que se correlacionaram positivamente no sentido em que os profissionais que têm formação em SBV e SAV, apresentaram menor dificuldade no geral, em todos os fatores. Nos fatores "Atuação em RCP" ($p=0,002$) e "Competência para a Tomada de Decisão em RCP" ($p<0,001$), o nível de significância é particularmente relevante no sentido em que os profissionais que revelaram que não tinham Formação em SBV, nestes fatores, mostraram maior dificuldade. Torna-se claro que na PCR intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária; na prática a reanimação é um continuum, conceito que se baseia no senso comum, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que todas as PCR intra-hospitalares sejam assistidas com segurança e conhecimento. A formação em RCP deve ser baseada nos protocolos recomendados pelo Conselho Português de Ressuscitação mais recentes. Esses protocolos ou recomendações, visam garantir a uniformização dos procedimentos e técnicas preconizadas para a assistência às vítimas de PCR. Nessas recomendações destaca-se: a formação de profissionais de saúde em RCP, enfatizando a extensão dessa formação ao público leigo em geral, especificamente no que se refere ao Suporte Básico de Vida (SBV); e o Suporte Avançado de Vida (SAV) que tem sido recomendado para os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros.

Défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz et al., 2000).

Sabe-se que o tempo de assistência à vítima de PCR é fundamental para a sua sobrevivência, assim, é muito importante que os profissionais da área de saúde se sintam preparados técnica e cientificamente, para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar. A assistência à vítima em PCR, com as consequentes manobras de reanimação cardiopulmonar, deve ser considerada como conhecimento obrigatório e prioritário de todos os profissionais de saúde, independentemente da sua categoria profissional (Barbosa et al., 2006).

Observando as diferenças entre as variáveis em função dos Serviços, constataram-se diferenças significativas quando comparados os fatores da escala e a própria Escala EPDAPI Total, o que indicou que o grau de dificuldade percebida em cada fator variou, claramente, de acordo com o serviço a que pertencem os profissionais.

No geral, o grupo "Outros Serviços" revelou maior dificuldade percebida em quase todos os fatores na EPDAPI e em particular atingiu o valor mais baixo

nos fatores: “Atuação em RCP”, “Resposta em Tempo Útil à PCR” e “Detecção, Alerta e Resposta à PCR”, revelando grande dificuldade, com valores muito próximos do 2 e do 3, revelando também alguma indecisão nas respostas de acordo com os fatores.

Já o serviço UCI foi o grupo que revelou menor grau de dificuldade em quase todos os fatores e na Escala total, atingindo valores sempre muito próximos do 4. Estes resultados podem ser explicados pela dificuldade apresentada durante a assistência a vítimas de PCR. É possível encontrar profissionais de saúde que têm dificuldade em realizar os procedimentos de emergência ou mesmo dificuldade em manusear o carro de reanimação cardiopulmonar, restantes materiais e fármacos.

A taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni et al., 2007). Segundo Herlitz et al (2000), os doentes que são reanimados em áreas com monitorização apresentam taxas de sobrevivência mais altas em comparação com doentes que foram reanimados em áreas não monitorizadas. O mesmo autor refere ainda, que existem diferenças significativas nos resultados referentes: à existência de equipamento de monitorização da atividade elétrica dos doentes, bem como da existência de pessoal treinado e com experiência, à utilização do SBV e do SAV em situações de emergência, às distâncias entre a ocorrência do episódio e o equipamento de emergência e à perícia na sua utilização, e ao próprio local dentro da instituição onde ocorre o episódio emergente.

O serviço BO atingiu o valor mais elevado no fator “Resposta em Tempo Útil à PCR”; no entanto apresentou a média mais baixa em relação aos outros grupos no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” e no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP”. O Bloco Operatório é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior. A sua conceção depende da população a que se destina, as especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio, bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar resposta às necessidades. O recobro é uma área fundamental dentro de um bloco operatório e tem como finalidade a vigilância permanente com vista ao restabelecimento hemodinâmico do doente e evitar, ou corrigir, o aparecimento de complicações no período de pós-operatório imediato. É uma unidade com elevada atividade e pressão constante, devido ao elevado número de doentes que permanece por curtos períodos de tempo, mas também pelo alto padrão de qualidade de cuidados que se prestam. Os profissionais de saúde que aí desempenham funções devem ser capazes de responder com rapidez, eficácia e alta rentabilidade em todas as circunstâncias e, muito particularmente, perante situações de emergência. Têm na sua equipa multidisciplinar, elementos como a anestesia, de forma presencial, com grande domínio na via aérea e em SAV, no entanto, não é

frequente a ocorrência de eventos de PCR, pois mesmo nas cirurgias emergentes é avaliado o risco de morte do doente que vai ser submetido à cirurgia, o que diminui a possibilidade de eventos emergentes ocorrerem em serviços de bloco operatório, bem como a prática e a resposta a este tipo de eventos.

Já o serviço de SU atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” e no fator “Atuação em RCP”; no entanto apresentou uma média muito baixa, revelando muita dificuldade no fator “Detecção, Alerta e Resposta à PCR”. Os serviços de urgência foram criados com o propósito de dar uma resposta rápida a todas as situações clínicas de instalação súbita, graves, e assistência ao doente em estado crítico. Este Serviço caracteriza-se pela diversidade de patologias tratadas e conhecimentos, bem como pelo elevado número de doentes atendidos e possui equipas multidisciplinares que atuam na sala de emergência, e com formação em SBV (obrigatória) e SAV, para desempenharem funções neste serviço, onde os episódios emergentes são recorrentes. Daí perceberem menor dificuldade na atuação em RCP no geral. No entanto o tempo dedicado a cada doente é escasso, devido à elevada afluência que se regista, o que, muitas vezes, deixa pouco espaço de tempo para fazer uma pesquisa mais prolongada da situação que traz o doente ao serviço, bem como uma assistência em tempo útil, devido à imprevisibilidade do próprio serviço.

Relativamente ao serviço UCI, atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP”; no entanto apresentou muita hesitação nas respostas no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR”, atingindo valores muito próximos de 3. As Unidades de Cuidados Intensivos foram criadas com o propósito de colocar os doentes críticos próximos da assistência de suporte vital, para permitir uma mais frequente avaliação da situação clínica e possibilitar uma intervenção mais rápida quando solicitada. Estas possuem características próprias, onde se realizam as mais elaboradas intervenções médicas e de enfermagem, com equipas treinadas e expostas continuamente a situações graves e emergentes.

A assistência ao doente crítico requer capacidade de reagir de forma rápida, eficaz e com discernimento nas situações mais delicadas. Para desenvolver competências nesta área, é necessário mobilizar os conhecimentos teórico-práticos que dizem respeito ao adulto com doença grave/estado crítico, de forma recorrente, visando a prestação de cuidados ao doente, ao longo de 24 horas, com recurso a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais de uma pessoa gravemente doente. Neste ponto depreende-se a menor dificuldade registada no que diz respeito a todos os fatores na sua globalidade. No entanto a hesitação registada na “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR”, poderá estar relacionada com o facto de não existir equipa definida para assistência à PCR a nível hospitalar além da própria, pertencente ao serviço de UCI. A Equipa da UCI é a melhor Ajuda Diferenciada, pois detém todos os recursos humanos e materiais,

bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de PCR.

Em síntese, as principais conclusões deste estudo, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, são:

O serviço de SU e o serviço de UCI, apresentam as condições necessárias, quer físicas quer humanas, para uma vigilância e assistência adequada a eventos de PCR a nível hospitalar.

Os sistemas de assistência hospitalar à PCR, atuais, são insuficientes na sua atuação e assistência intra-hospitalar.

Os profissionais de saúde que pertencem a serviços sem monitorização adequada para vítimas emergentes têm a percepção da dificuldade acrescida na assistência à PCR intra-hospitalar, e que pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica.

No desempenho das suas atribuições, a equipa de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipa médica, desenvolvendo igual competência técnica na RCP, tendo como objetivo a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do doente.

Défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, interferem na Assistência à PCR Intra-Hospitalar e no reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica por parte dos profissionais de saúde envolvidos no processo.

A existência de pessoal treinado e com experiência na utilização do SBV e do SAV em situações de emergência, e a perícia na utilização do equipamento de emergência interfere diretamente com a RCP.

A equipa de profissionais de saúde pertencentes ao serviço de UCI, é a melhor Ajuda Diferenciada, pois detém todos os recursos humanos e materiais, bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de PCR Intra-Hospitalares.

Reconhece-se a necessidade de estudos futuros sobre os modelos atuais de assistência à PCR instituídos a nível hospitalar e a nível nacional. É necessário observar de perto a sobrevida imediata das vítimas de PCR com os diferentes modelos instituídos, com registo rigoroso destes eventos por forma a permitir auditorias confiáveis e permitir qualidade, eficácia e progresso nos cuidados prestados aos doentes pelos diversos profissionais de saúde das instituições a nível nacional. A aplicação da EPDAPI junto de profissionais de outras instituições a nível nacional poderá permitir avaliar, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, como os sistemas implementados de assistência à PCR, suprimem as suas dificuldades e/ou respondiam às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carapinheiro, G. (1998). Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares (3ªed). Porto. Edições Afrontamento.
- Catalão, M.J. (2005). Equipa de Reanimação Intra-hospitalar. Dissertação de Pós Graduação de Urgência e Emergência 2004-2005, apresentada à Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- Catalão, M.J. (2011). Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar: Impacte na Sobrevida Imediata. Dissertação de Final de Curso de Pós-Licenciatura Em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009-2011, apresentada á Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão.
- Einav S., Shleifer A., Kark J., Landesberg G., Matot I. (2006).- "Performance of Department Staff in the Window Between Discovery of Collapse to Cardiac Arrest Team Arrival". *Resuscitation: Official Journal of the European Resuscitation Council*. Mar 69: 213-20.
- Guidelines of Resuscitation (2010), *The European Resuscitation Council (ERC)*, www.cprportugal.pt, acedido em 21 de Fevereiro de 2013.
- Hajbaghery M. A., Mousavi G., Akbari H. (2005) - "Factors Influencing Survival After in-Hospital Cardiopulmonary Arrest". *Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council*. Oct. 66: 317-321.
- Herlitz J., Bang A., Aune S., Ekstrom L., Lundstron G., Holmberg (2000).- "Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas". *Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council*. Issue 48: 125-135.
- Herrera M., Lopez F., Gonzalez H., Dominguez P., Garcia C., Bocanegra C. (2009) – "Resultados del primer ano de Funcionamiento del Plan de Resucitación Cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)". *Medicina Intensiva*. Jul. 11.004.
- Instituto Nacional de Emergência Médica- INEM; www.inem.pt, acedido em 20 de fevereiro de 2013.
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2007) - Manual de Suporte Avançado de Vida. Lisboa.
- Pasquali, L. (2001) - "Análise fatorial para pesquisadores. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM)" – Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília.
- Pinto, B. (2005).- "Contributo para a implementação de uma Equipa Médica de Emergência no Hospital Geral de Santo António". *Revista de Actualidade Hospitalar*, 2ª série, volume 1(1), Janeiro-Fevereiro
- Rosa, C.; Carlotto, M. S. (2005) - "Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar". *Rev. SBPH*, vol.8, n.2, pp. 1-15.
- Sandroni C., Nolan J., Cavallaro F., Antonelli M. (2007).- "In-hospital Cardiac Arrest: Incidence, Prognosis and Possible Measures for Improve Survival". *Intensive Care*. Nov 33:237-45.
- Santiago, P. S. N.(2006).- Reanimação cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em Terapia Intensiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Silva, S.C.; Padilha, K.G.- (2001) - "Parada Cardiorrespiratória na Unidade de Terapia intensiva: análise de ocorrências iatrogénicas durante o atendimento". *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo*; v.34 nº4: 413-420.