UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AVANÇADO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

JANE APARECIDA CRISTINA

Ribeirão Preto 2006

JANE APARECIDA CRISTINA

VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AVANÇADO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa O Processo de Cuidar do Adulto com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Celia Barcellos Dalri

Ribeirão Preto

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Jane Aparecida Cristina

Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de atendimento em parada cardiorrespiratória – 2006. 137f.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientadora: Maria Celia Barcellos Dalri

1. Pré-hospitalar móvel, 2. equipe multiprofissional, 3. parada cardior-respiratória, 4. atendimento de emergência, 5. estresse

Jane Aparecida Cristina

Aprovada em: _____/___/____

Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculada à linha de pesquisa O Processo de Cuidar do Adulto com Doenças Agudas e Crônico-Degenerativas, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

	Banca Examinadora
Prof.(a) Dr.(a)	
	Assinatura:
Prof.(a) Dr.(a)	
	Assinatura:
Prof.(a) Dr.(a)	
Instituição:	Assinatura:

ΦΕΦΙΚΑΤΌRΙΑ DO TRABALHO

A todos os colegas de trabalho, integrantes da equipe do SAMU-USA da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, os quais, além da colaboração para que este estudo fosse possível, me incentivaram no transcorrer do mesmo. Ao meu pai Adivar (in memoriam),

meu mestre, que mantém-se no meu pensamento e coração, fazendo-me compreender a vida com equilíbrio, dignidade e sempre amor.

Muitas saudades.

À minha mãe Maria Inês,

por todo o amor, carinho e apoio que dedica em todos os momentos da minha vida, pelo exemplo de dignidade, força e incentivo a seguir em frente. Minha mais sincera gratidão.

À minha filha Samya,

meu amor, que hoje é a maior razão dessa minha caminhada, proporcionando-me uma imensa alegria de viver.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A **Deus** pela possibilidade de estar nesta vida e ainda concluir este trabalho.

Ao meu querido companheiro e marido, **Remis**, que vivenciou comigo todas as etapas deste estudo, com muita paciência, compreensão e amor.

Aos meus irmãos e cunhadas pela presença e apoio nos momentos necessários.

Ao meu sobrinho, **Pedro Felipe**, pelo carinho, afeto e também pelas traduções em inglês.

Às minhas amigas e "irmãs de coração", **Leila, Rosana e Regilene** pela amizade, carinho, afeto, suporte emocional, e valiosas sugestões e trocas de idéias enriquecedoras, no transcorrer da realização deste trabalho.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Maria Celia Barcellos Dalri**, que muito mais que orientação, aceitou o desafio de acompanhar-me nesta pesquisa, transmitindo não apenas seus conhecimentos como também a confiança, apoio, incentivo, dedicação, paciência, carinho e a grande demonstração de amor que apresenta nos seus sutis gestos de generosidade.

À **Profa. Dra. Toyoko Saeki**, pelas importantes sugestões para o aprimoramento deste trabalho, e por todo carinho e afeto desde a graduação.

À **Profa. Dra. Maria Eugênia Velludo**, pelas valiosas sugestões na fase de qualificação da pesquisa.

Ao **Dr. Sérgio Luiz Brasileiro Lopes,** pela atenção, carinho e informações para este trabalho.

À Velmara e Bernadete, pelo trabalho de formatação e revisão bibliográfica.

A todos os amigos que se fizeram presentes de maneira terna e afetuosa durante essa trajetória, fortalecendo-me para a concretização desta pesquisa.



CRISTINA, J.A. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de atendimento em parada cardiorrespiratória. 2006. 137 f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudo de abordagem qualitativa, descritivo e de caráter exploratório tem como objetivo investigar a vivência da equipe multiprofissional na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória, numa unidade de suporte avançado de vida de Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APH) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada que compreendeu questões sobre o perfil sociodemográfico, profissional e questões norteadoras sobre o tema. A amostra foi constituída por 16 profissionais, médicos, enfermeiros e condutores de veículo de urgência terrestre integrantes da Unidade de Suporte Avançado (USA). Os dados foram organizados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), sendo identificados quatro temas: o trabalho no APH móvel avançado, os sentimentos e emoções da equipe multiprofissional de APH móvel avançado frente ao atendimento à Parada Cardiorrespiratória (PCR), identificação dos agentes estressores ao atendimento à PCR e as reações de estresse no atendimento à PCR. Na presente pesquisa, a equipe multiprofissional relata a sua vivência nesse tipo de atividade com a visão de um serviço desafiante e difícil, por vivenciar diariamente situações inesperadas, desconhecidas e angustiantes, mas que, com tudo isso, também são capazes de perceber satisfações pessoais e realização profissional. Na análise, evidenciaram-se também nas demais categorias, as expressões: conhecimento e constante capacitação técnica e tecnológica, habilidade e agilidade, tomada de decisões, trabalho em equipe, a dificuldade de lidar com o sofrimento dos familiares na cena do agravo, envolvimento emocional em situações de grande sofrimento e dor, trabalhar em altas temperaturas, dificuldades em lidar com a morte, principalmente em situações inesperadas e com vítimas jovens, trazendo sentimentos de impotência, frustração e tristeza. Portanto essa equipe multiprofissional vivencia diariamente a real possibilidade de sofrimento psíquico e mostra por meio deste

estudo, a necessidade de que a equipe promova momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos referentes ao cuidado dos pacientes críticos, em parada cardiorrespiratória, quanto às diferentes possibilidades de situações que os envolva durante o atendimento, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal. Levando em consideração os resultados e conclusões da nossa investigação, é relevante a questão da saúde mental desses profissionais no exercício de suas funções, diante do exposto nos seus próprios relatos, e até que ponto os mecanismos de enfrentamento utilizados pelos mesmos são eficientes, ou seja, são métodos eficazes de elaboração do estresse. Sugerimos como métodos que podem ser eficazes: buscar informações e discutir o assunto em grupos; aceitar os acontecimentos, buscando o lado positivo da situação, buscar auxílio de especialistas, psicólogos ou psiquiatras e seguir suas orientações. Diante da importância desse serviço, vemos a necessidade de propor formas alternativas dentro dessa equipe, para que ela alcance um equilíbrio no estresse individual e coletivo e que efetivamente não atinja os limites de sofrimento psíquico.

Assim são necessárias outras investigações, porque as seqüelas advindas podem comprometer a vida social e pessoal do indivíduo.

Palavras-chave: Pré-hospitalar móvel, equipe multiprofissional, parada cardiorrespiratória, atendimento de emergência, estresse CRISTINA, J.A. Experience of a multi professional team of advanced prehospitalar attendance movable to the adult in situation of cardiorespiratory emergency. 2006. 137 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This study of qualitative boarding and of exploratory character has as objective investigate the experience of the multi-professional team in the assistance for the adults in situations of cardiorespiratory emergency in a unity of advanced support of life and movable pre-hospitalar attendance (APH) of the Municipal Secretary of Health from Ribeirão Preto-SP. To collect the data was utilized a semi-structuralized interview that was included questions about the sociodemographic profile and professional and questions directed to the topics. The sample was constituted of 16 professionals, doctors, nurses and conductors by the way of the USA. Data were organized and analyzed the content proposed by Bardin (1977), identifying four topics: The Work in the APH advanced movable, the feelings and emotions of the multi professional team of APH advanced movable in front of the attendance to PCR, identification of the stresses agents in the attendance to PCR. In the present search the multi-professional team relate their experience in this kind of activities with the vision of a hard and challenger job by experience the daily of non waiting situations, unknown and overwhelming but even with of all of this they are also able to percept personal satisfactions and professional realization. In the analyze evidence too in the others categories the expressions: knowledge and constant technique qualification and technologic, ability and agility, taken decisions, group work, the difficult to deal with the pain of the familiars in the scene of the aggravate, emotional involvement and situations of a lot suffer and pain, work in high temperatures, difficult to deal with the death, principally in unexpected situations and of young victims bringing feelings of incapacitation, frustration and sadness. Therefore this multi-professional team experience daily the real possibility of psychic suffer, and show trough this study the necessity that the team promote moments of reflection and discussion around of the techniques aspects, scientifics and ethical referring to the cautions of the critics patients in cardio respiratory problems and of the different possibilities of situations that involve them during the attendance with vision on better quality of the attendance and the interpersonal relation. Considering the results and conclusions of our investigation is important the aspect of mental healthiness of this professionals in the act of their functions based in their own experiences and the mechanisms of fronting utilized by the team are efficient so are methods of elaboration of stress. So we suggest how methods can be efficient: search for informations and discuss the subject in group; accept the knowledge looking for the good side of the situation, search aid of specialists, psychologist or psychiatrist, and follow their orientations. Once that is necessary this kind of service we see the necessity to propose alternatives ways inside of this team, to got a equilibrium of personal stress and of the group that don't affect the limits of psychic suffer. So it makes necessary others investigations because the symptoms can interfere in the personal life.

Keyword: Pre-hospitalar movable, multi-professional, cardio respiratory problems, emergency care, stress

CRISTINA, J.A. Vivencias de una equipo multiprofesional de atendimiento avanzado prehospitalario movil al adulto en situación de emergencia – paro cardiorrespiratorio. 2006. 137 h. Disertación de Maestria – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este estudio de abordaje cualitativa, descriptivo e de caracter exploratorio, tiene como objetivo investigar a vivencia del equipo multiprofesional en asistencia al adulto en situación de emergencia cardiorrespiratorio, en la unidad de suporte vital avanzado de atendimiento prehospitalario movil (APH) de la Secretaria Municipal de Salud de Ribeirão Preto-SP. Para la colecta de datos que fue utilizado la entrevista semi-estructurada que comprendió preguntas relacionadas al perfil sociodemográfico y profesional, luego preguntas que nortean el tema. La muestra constó de 16 profesionales, médicos, enfermeros y conductores del veículo de urgencia terrestre que actúan en el USA. Los datos fueron organizados por medio del analice de contenido segundo Bardin (1977), fueram identificados e analizados quatro temas: El trabajo en APH movil avanzado, los sentimientos y emociones del equipo multiprofesional de APH movil avanzado frente al atendimiento de PCR, identificaciones de los agentes estresantes en la PCR y las reaciones de estrés en el atendimiento de PCR. En la presente investigación a equipo multiprofesional, relata a su vivencia en ese actividad com la vision de un trabajo desafiante e dificil, por vivenciar diariamente situaciones inesperadas, desconocidas y angustiantes, además son capases de percebier satisfaciones pesoais y realización profesional. La analice, evidenció tambien en demás categorias, la expresiones: conocimiento y constante capacitación técnica y tecnológica, habilidad y agilidad, toma de decisiones, trabajo en equipo, la dificuldad de lijar com lo sufrimiento de los familiares en la cena do agravo, envolvimiento emocional en situaciones de mucho sufrimiento y dor, trabajar en altas temperaturas, dificuldad en lijar com la muerte en situaciones inesperadas y víctimas jovens, manifestando sentimientos de impotência, frustración y tristesa. Luego en ese equipo vivencia a real posibilidad de lo sufrimiento psíguico, y muestra atraves del estudio, la necesidad del que la equipo desenvolva momientos para la reflexión y discusión de los aspectos técnicos,

científicos y éticos que se refiere la atención de la victima critica, en PCR, cuanto de las diferentes posibilidad de situaciones que los envolva durante lo atendimiento, a visualizar la mejoria de la cualidad del atendimiento y relacionamiento interpersonal. Los resultados e conclusiones de la investigación, es relevante a pregunta del salud mental de los porfesionales en actividad de sus funciones, en revelación de sus relatos, y a que puento los mecanismos de enfrentamiento fueron utilizados por los mismos son eficientes, que viene a ser metodos eficazes en la elaboración del estrés. Como sugestiones para metodos eficazes: buscar informaciones y discusión del asunto em grupos; aceitar los acontecimientos buscando el lado positivo da situación, com ajuda de especialistas, psicólogos y psiquiátras, y seguir las orientaciones. Una vez siendo necesário en ese tipo de trabajo, vemos la necesidad de la propuesta de las formas alternativas dentro del equipo, para que alcance o equilíbrio en nível de estrés individual y colectivo y que no atinjam los limites de sufrimiento psíquico. Así es necesário outras investigaciones, pero que las sequelas advindas puedem comprometer la vita social y personal del indivíduo.

Palabras clave: Prehospitario movil, equipo multiprofesional, Paro cardiorrespiratorio, atención de emergencia, estrés.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos	
condutores de veículos de urgência terrestre da USA -	
SAMU de Ribeirão Preto, 2005	71
Tabela 2 - Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos	
enfermeiros da USA - SAMU de Ribeirão Preto, 2005	73
Tabela 3 - Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos	
médicos da USA- SAMU de Ribeirão Preto, 2005	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS - Advanced Cardiologic Life Support

APH – Atendimento Pré-Hospitalar

ATLS - Advanced Trauma Life Support

BLS – Basic Life Support

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CONEP – Conselho de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRM – Central de Regulação Médica

CURM – Central Única de Regulação Médica

DIR - Divisão Regional de Saúde

FUNCOR – Fundação do Coração

GM – Gabinete do Ministro

GT – Grupo Técnico

HCFMRP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

MS – Ministério da Saúde

ONR – Ordem de Não Reanimar

PALS – Pediatric Advanced Life Support

PCR - Parada Cardiorrespiratória

PSM – Pronto-Socorro Municipal

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SMS – RP – Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

SUS – Sistema Único de Saúde

UBDS - Unidade Básica Distrital de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USA – Unidade de Suporte Avançado

USB – Unidade de Suporte Básico

USP – Universidade de São Paulo

UT – Unidade de Transporte

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO ABSTRACT RESUMEN LISTA DE TABELAS LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS **APRESENTAÇÃO** 1. INTRODUÇÃO......21 3. REFERENCIAL TEÓRICO.......31 3.3 – A parada cardiorrespiratória 42 3.4 – Reanimação cardiopulmonar......44 3.5 – Considerações sobre o estresse e os agentes estressores na urgência ... 48 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 69 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS...... 108

APÊNDICES	123
ANEXOS	134

Há pelo menos uma década, desde que ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem, trago uma inquietação que me instigava-à pesquisa. Pensava que o enfermeiro podería, junto com outros profissionais da saúde, dar respostas para o sofrimento humano relacionado às doenças e que, conseqüentemente, atuaría na assistência para lidar efetivamente com essa situação e minimizar o sofrimento. Atuando na enfermagem em urgência e emergência, tive a nítida percepção de que em alguns momentos do cuidar sentia-me impotente para tal, e que em determinadas situações não tinha saída para tudo, apesar do conhecimento, da habilidade e do preparo específico nesta temática.

Essas situações de agravo à saúde também faziam me refletir e avaliar quão importante era o meu desempenho pessoal naquele instante, ou seja, dependia também de minha responsabilização e de meu comprometimento com o atendimento para que o melhor fosse realizado para a vitima.

Assim, a minha prática profissional em urgência e emergência, e mais precisamente em atendimento pré-hospitalar móvel avançado há nove anos, permitiu a aproximação e a vivência em várias situações de agravo à saúde. Em muitos momentos, tive a percepção de ansiedade e de temor geral dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente, principalmente quando diante de uma parada cardiorrespiratória.

Essas experiências reforçaram meu interesse pela pesquisa, sobretudo na assistência ao adulto em parada cardiorrespiratória.

A emergência tornou-se um desafio, fazendo com que a cada dia eu me preocupasse mais em buscar conhecimentos atualizados para atuar nesse tipo de atividade, que exige uma assistência pronta e eficaz de toda a equipe multiprofissional, ou seja, médicos, enfermeiros e condutores de veículo de urgência terrestre. Entretanto, a observação do trabalho tem nos mostrado que a realidade vivenciada por essa equipe que atua em atendimento préhospitalar móvel avançado é permeada por sentimentos e emoções e, aínda, que a rotina de trabalho exige capacitação técnico-científica e preparo profissional para lídar com a perda, com a dor e com o sofrimento.

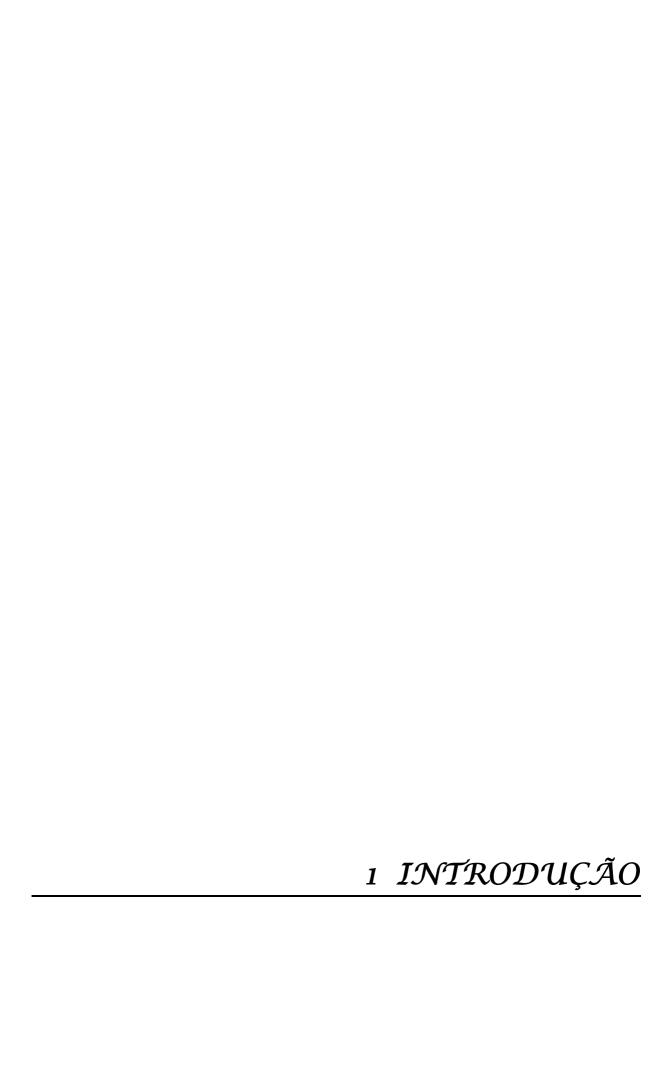
Nós, profissionais do serviço de atenção pré-hospitalar móvel avançado, deparamo-nos constantemente com situações que envolvem risco de vida para as vítimas e que, imediatamente, requer, por parte dessa equipe, ações complexas em todos os niveis de atendimento.

Uma ocorrência comum às diversas situações de atendimento emergencial e que requer uma prática de atuação profissional organizada, sincronizada e imediata é o evento de parada cardiorrespiratória. As situações de atendimento de pacientes em parada cardiorrespiratória no ambiente pré-hospitalar são pouco rotineiras, com muitas variáveis que não são percebidas freqüentemente no ambiente intra-hospitalar. Um bom exemplo disso é o fato de prestar-se atendimento em vías públicas, sem iluminação adequada e com vários populares em volta, todos muito ansiosos e curiosos a respeito dos procedimentos realizados pela equipe de atendimento naquele instante. Outro exemplo é o atendimento prestado em locais de dificil acesso e mobilidade, dificultando e atrasando todos os procedimentos realizados. Por essas e outras razões, decidi-me pela investigação do tema proposto, esperando

contribuir cientificamente para com a modificação da prática assistencial e pessoal de cada profissional envolvido neste tipo de atividade.

Paralelamente a tudo isso, cursar as disciplinas do Programa de Pósgraduação, nível mestrado, permitiu-me desenvolver habilidades reflexivas no processo de investigação e possibilitou o desenvolvimento de uma análise crítica e fundamentada, com um olhar mais específico para a pesquisa e sua aplicação à prática assistencial.

Motivada nessa perspectiva do atendimento com qualidade à vitima em parada cardiorrespiratória, alicerçada em competências técnico-científicas e assistenciais da equipe de atendimento pré-hospitalar móvel avançado, passo a discutir a vivência desses profissionais nesta área específica, oportunizando-me a desvelar uma situação comum desse tipo de atividade.



O desenvolvimento científico e tecnológico nas ciências da saúde tem se orientado na busca da manutenção da qualidade de vida e na luta contra a morte biológica.

Dentre as diversas situações que podem ameaçar a vida dos indivíduos, a mais temida é a parada cardiorrespiratória (PCR) (CAPOVILLA, 2002). A PCR é a cessação da circulação e da respiração; é reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, em um paciente inconsciente. A interrupção súbita das funções cardiopulmonares constitui um tipo de problema que sempre foi um desafio para a medicina. Ela representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, se as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sangüíneo e a respiração não forem tomadas (ARAÚJO, 1997). Já para Coelho (1997), a PCR pode ser entendida como a situação em que o débito cardíaco é inadequado para a manutenção da vida.

Todas as áreas da saúde, em especial a medicina, vêm tentando, ao longo de várias décadas, prolongar a vida. A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) é o exemplo maior desta conquista. O retorno da respiração e dos batimentos cardíacos, após sua interrupção, traz para a equipe de saúde, responsável pelo atendimento, uma satisfação inestimável (CAPOVILLA, 2002).

Há décadas, nada era feito quando ocorria uma parada cardiorrespiratória, devido a uma crença infundada, vigente na época, de que nada poderia ser feito por esses pacientes. Entretanto, nos anos 50, verificou-se que a RCP após a parada cardíaca era, de fato, possível. Assim, a partir dessa época, cada vez mais estuda-se e discute-se sobre técnicas de reanimação, sendo gradualmente aprimoradas, com conseqüente obtenção de melhores resultados

(CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 1996).

No ambiente intra-hospitalar, a RCP é um procedimento de emergência rotineiramente aplicado a todos os pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória com indicação de reanimação. Esse evento é mais comumente observado nas áreas consideradas críticas como unidades de emergência, centros de terapia intensiva, unidades coronarianas e salas de cirurgia (GRANITOFF, 1995). Como para qualquer outro procedimento de emergência, o consentimento dos pacientes é presumido, uma vez que a morte será inevitável, se a RCP deixar de ser instituída.

No âmbito da atenção pré-hospitalar móvel de urgência, mesmo com os avanços e investimentos na capacitação de profissionais da saúde para o atendimento à PCR por meio do provimento de uma RCP qualificada, verifica-se, nos relatos da literatura, que o índice de sobrevivência na alta hospitalar encontra-se em torno de 15%. Portanto, isso significa que de cada 07 pacientes submetidos à tentativa de reanimação por profissionais treinados em suporte avançado de vida, 06 não são reanimados com sucesso (ATLS, 1997).

Segundo Liberman et al. (2000), o sucesso da RCP está relacionado diretamente ao tempo decorrido entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP, além de depender também das habilidades técnico-científicas dos profissionais que atuam nessa situação.

Pelo fato da sobrevivência do paciente/vítima, atendido em situação de PCR fora do ambiente hospitalar, depender da chegada de auxílio qualificado no local do evento para o estabelecimento de medidas imediatas avançadas de RCP, é

sensato que todas as cidades de médio ou grande porte implementem um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192).

Algumas cidades do Brasil já têm o seu sistema de Atendimento Pré-Hospitalar móvel avançado (APH móvel avançado) estruturado e sistematizado, organizado conforme preconiza o modelo francês mundialmente difundido – o SAMU. Respeitando este modelo, o desenvolvimento do APH móvel avançado no País teve início no Estado do Rio de Janeiro, expandindo-se, posteriormente, para os Estados do Rio Grande do Sul, do Paraná, de São Paulo, de Minas Gerais, do Distrito Federal, de Pernambuco e do Ceará, estando ainda em processo de implantação em outros Estados (FERNANDES, 2004).

Proposta pelo Ministério da Saúde, a implantação de uma Política Nacional de Atendimento Integral às Urgências, de acordo com as diretrizes gerais do SUS e Normas Operacionais de Assistência à Saúde, evidencia a necessidade da implantação e/ou implementação de sistemas de atendimento pré-hospitalar organizados, capazes de permitir uma assistência emergencial eficiente e eficaz, exercida por profissionais capacitados e qualificados para o desenvolvimento destas atividades. Para tanto, antevê a necessidade de estruturação local ou loco-regional com a finalidade de dar sustentação política, administrativa e econômica ao projeto a ser desenvolvido (FERNANDES, 2004).

O APH desempenha importante papel na melhoria da qualidade da assistência oferecida à população. Esta nova modalidade de assistência tem vários objetivos, destacando-se a determinação da melhor forma de resposta à demanda solicitada (por meio da regulação de todos os chamados) e a prestação de atendimento emergencial no campo pré-hospitalar, respondendo às necessidades prementes do paciente crítico. As vítimas que têm uma assistência no local da cena,

minutos após o agravo à sua saúde, com a aplicação de condutas rápidas e efetivas por uma equipe capacitada se restabelecem mais rapidamente. Portanto, o impacto do APH sobre a qualidade de vida das pessoas é positivo, com redução de seqüelas e da mortalidade dos pacientes que recebem este suporte (PAVELQUEIRES, 1997).

Em 26 de junho de 2003, por meio da Rede Globo de Telecomunicações, milhares de pessoas em todo o mundo acompanhavam a transmissão da partida de futebol entre as equipes de Camarões e da Colômbia, pela Copa das Confederações, e viram mais que um jogo de futebol: assistiram à morte do jogador camaronês Marc-Vivien Foe. O acontecimento chocou o mundo por Foe ser um atleta, com apenas 28 anos, e os médicos em especial, pelo precário atendimento de emergência dispensado ao jogador no estádio. Da mesma forma, em 27 de outubro de 2004, a Folha on-line Esporte noticia a morte do zagueiro Paulo Sérgio de Oliveira Silva, o Serginho, com 30 anos, jogador de futebol do clube São Caetano, que morreu após sofrer uma parada cardiorrespiratória, durante o jogo de sua equipe, no estádio do Morumbi, pelo Campeonato Brasileiro.

Em razão de tais ocorrências, o Ministério da Saúde (MS) constituiu, por meio da Portaria nº 2420/GM, de 09 de novembro de 2004, o Grupo Técnico – GT visando a avaliar e recomendar estratégias para a abordagem dos episódios de morte súbita no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Uma das estratégias propostas foi a constituição de serviços de atendimento móvel de urgência, capazes de prover cuidados em curto espaço de tempo nessas situações.

Nesses serviços, médicos e enfermeiros prestam assistência de maior complexidade a usuários portadores de afecções de maior gravidade, provendo suporte de vida avançado, o que implica, adicionalmente, na necessidade de ambulâncias com condutores de veículos de urgência capacitados e com

recertificação periódica, conforme Portaria GM nº 2.048, e equipadas com todo o arsenal tecnológico utilizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), constituindo-se, portanto, numa UTI móvel.

Em determinadas situações em que o estado de saúde do indivíduo é mais gravemente comprometido, e especificamente nas situações de PCR, a equipe de APH móvel de suporte avançado de vida realiza o atendimento à vítima no próprio local do agravo. Assim, cada uma dessas situações passa a ser única, sendo possível o encontro de variáveis distintas como, por exemplo, o fato de a vítima estar localizada em um ambiente domiciliar de difícil acesso, sem possibilidade de movimentação ampla, ou ainda, caída numa área de risco para a equipe de socorro.

Estas são situações que dificultam a dinâmica do atendimento em ambiente pré-hospitalar, fazendo com que toda a equipe tenha que dispor de habilidade técnica, capacidade de improviso e preparo físico, podendo permanecer em atendimento no local da ocorrência o tempo que for necessário para o provimento da estabilização inicial da vítima, por meio da aplicação de protocolos previamente validados para, posteriormente, transportá-la efetivamente a um hospital de referência.

A constante expectativa de envio da equipe para atendimentos emergenciais, com amplas possibilidades de mudanças súbitas no estado geral da vítima atendida, faz com que o ritmo de trabalho seja estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais responsáveis pelo atendimento como para os pacientes e seus familiares (KOIZUMI et al., 1979).

Depreende-se, nesse sentido, que os profissionais que lidam nesta atividade profissional vivem em constante desgaste físico e mental, pois defrontam-se constantemente com a dor, o sofrimento e a morte, ao mesmo tempo em que têm

que demonstrar prontidão, raciocínio rápido, tomada de decisão assertiva e bom condicionamento físico.

Evidentemente, essas são situações de extrema expectativa, ansiedade, preocupação e, por várias vezes, medo, sentimentos estes que ocorrem desde o momento que se recebe a demanda de atendimento via central telefônica (192) até a chegada ao local do evento. O deslocamento da ambulância, o tráfego nas vias públicas, os cenários encontrados, o próprio atendimento em si, a família e a mídia impõem aos membros da equipe que tripula a Unidade de Suporte Avançado (USA) a necessidade de posturas equilibradas, comportamentos éticos e determinantes e a partir disso, organização e eficácia na tomada de decisões para que seja desenvolvida uma assistência adequada.

Dentre as várias situações em que o estresse acomete o indivíduo, destacam-se aquelas capazes de gerar estresse no ambiente de trabalho, pois: "La forma como los hombres viven y trabajan determina como enferman..." (YANES et al., 1993. p. 01). Levando-se em consideração o conceito de estresse ocupacional e de "coping", conclui-se que determinadas profissões são, por natureza, potencialmente mais estressantes que outras, exigindo o desenvolvimento de situações de enfrentamento. Supomos que a atividade profissional no atendimento pré-hospitalar móvel seja uma delas, pois, como referem Siqueira et al. (1995), profissionais que lidam com a dor, o sofrimento e a morte são foco de maior interferência na organização, gestão e condições de trabalho. Por outro lado, estes profissionais possuem pouca consciência desses problemas, desenvolvendo poucas formas de regulação dos conflitos daí decorrentes, podendo ser vítimas em potencial da síndrome de Burnout (exaustão e desgaste profissional).

Diante de toda a situação descrita, a temática a ser desenvolvida neste trabalho tem como objetivo investigar a vivência de médicos, enfermeiros e condutores de veículos de urgência terrestre de APH móvel em suporte avançado de vida, frente à assistência emergencial ao adulto na situação mais crítica de agravo à saúde que é a parada cardiorrespiratória, tendo como sujeitos os profissionais que tripulam a Unidade de Suporte Avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Objetivos 30

2.1. Objetivo geral

Investigar a vivência de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto, em situação de parada cardiorrespiratória.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar os profissionais que trabalham na Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, quanto aos aspectos sociodemográficos e de formação profissional;

Conhecer a vivência na atenção ao adulto, em situação de parada cardiorrespiratória;

Identificar os agentes estressores mais comuns, na parada cardiorrespiratória.



3.1 - Urgências e emergências

Para Morales (2001a), as situações de emergências podem ser compreendidas como aquelas geradoras de danos abruptos e extensivos à vida e à propriedade e que podem ser atendidas com recursos locais. Essas situações podem produzir perdas públicas e privadas que são acumuladas e prejudicam a economia, a qualidade de vida e as possibilidades de resposta a eventos adversos de maior magnitude.

Quando tais fenômenos acontecem, as pessoas são atingidas não só fisicamente, mas também, psicológica e socialmente, aumentando a exigência para o setor de saúde que deverá atender a uma grande demanda nos hospitais e serviços de emergência que respondam às necessidades dos indivíduos (CONDORIMAY, 2003).

O aumento da demanda de atendimentos de urgência e emergência limita a disponibilidade de recursos materiais, implicando na necessidade de melhor gerenciamento tanto dessas situações quanto dos centros que possam atender a população, seja provendo atenção integral a nível individual, seja colaborando no planejamento e operacionalização da assistência em grandes desastres.

A emergência médica é definida, por Morales (2001a), como aquela situação que afeta ou põe em perigo a saúde e a vida de uma ou de muitas pessoas.

As emergências são passíveis de tratamento, sendo que a intervenção e a tentativa de resolução devem ser feitas em um tempo considerado normalmente de até 24 horas, após seu início (MARTINEZ; NITSCHKE, 2001).

De acordo ainda com Martinez e Nitschke (2001), as urgências médicas podem ser conceituadas como um evento vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade

e apresentam uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. O grau de urgência é uma combinação multifatorial complexa, não se tratando apenas do conhecimento médico acerca das patologias. A quantificação do grau de urgência associa dois grupos de fatores intimamente relacionados, o médico/técnico e o social. O fator médico/técnico é analisado a partir da conjunção da gravidade da afecção e de seu tratamento, uma vez que até mesmo as urgências podem ser divididas em estratos de risco distintos, subentendendo-se que os cuidados específicos devam ser priorizados, conforme a complexidade inicial do quadro. Dessa forma, as afecções de maior risco devem ter seus tratamentos iniciados precocemente, sem retardos temporais, demandando, muitas vezes, que medidas intensivas e invasivas sejam aplicadas com a devida prontidão.

Garcia-Castrillo e Del Busto (2001) assinalam que, na assistência e na avaliação do paciente em situação de emergência, a coordenação do trabalho da equipe e o tempo empregado no processo de atendimento são elementos essenciais, configurando-se a unidade de emergência (ou unidade de pronto-atendimento) como a porta de entrada ao sistema assistencial de todos aqueles agudamente ou gravemente enfermos. Na estruturação desta rede assistencial, é essencial uma dependência funcional entre a atenção pré-hospitalar e a hospitalar, coadjuvando os esforços a fim de alcançar o êxito no atendimento.

Martinez e Nitschke (2001) apontam, nos seus estudos, que a gravidade de uma afecção, bem como seus respectivos cuidados, são ponderados pelo tempo, que é inversamente proporcional ao grau de urgência, pois quanto maior a urgência, menor o tempo disponível para o início do tratamento. O tempo é importante para a definição do diagnóstico e para que sejam colocados em prática os cuidados

propostos, uma vez que na medicina não há, ainda, uma taxonomia precisa para definir a gravidade de uma afecção.

Também na concepção de Martinez e Nitschke (2001), um outro aspecto a se considerar é a definição sociológica de urgência, puramente operacional ou individual, procurando relacionar a prioridade no atendimento à magnitude dos conflitos de *status* social provocados pela situação vivenciada. O fator de ponderação social (valência social) da urgência é freqüentemente ocultado e refutado pelos médicos, mas é muito poderoso e, por vezes, decisivo. Portanto, o

fator social numa situação de urgência pode ser influenciado pela conjunção de múltiplos subfatores,como idade, sexo, aparência, número de implicados, incerteza, angústia e , enfim, o grau desta valorização é dado por aquele que decide sua emergência. A intervenção médica não é mais que um tratamento "social" que se apressa para evitar uma crise social. Martinez e Nitschke (2001)

Assim, entendemos que o serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita. (ANDRADE et al., 2000).

Nas dimensões técnico-assistenciais/sociais, a diferença entre a unidade de emergência e os demais serviços do hospital é o fato de que em seu ambiente concentra-se grande parte de todas as suas atividades cuja finalidade é a de salvar vidas em poucos minutos, especialmente nos casos que pareciam irremediavelmente perdidos (MORALES, 2001b).

Na situação de emergência, a atenção sobre o cuidado a ser prestado deve incorporar o enfoque integral à assistência e ao ambiente. O modelo positivista, centrado nas manifestações patológicas, que divide a pessoa em enzimas, órgãos, diagnósticos, provas e intervenções, faz com que os "profissionais adquiram uma

excelente agudeza visual para analisar a parcialidade, mas uma gravíssima miopia para integrar a totalidade da pessoa" (MORALES, 2001a).

As emergências são situações graves que freqüentemente acontecem no serviço, na rua ou em casa, espaços estes em que, também, é iniciada a cadeia de intervenção assistencial pré-hospitalar, que requer estar articulada com outros serviços prestados, especialmente o hospitalar, para que seja garantido o atendimento integral ao paciente grave.

3.2 - O Atendimento Pré-Hospitalar – APH

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) pode ser definido como toda assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o intuito de dar a melhor resposta à solicitação de ajuda do usuário. Essa resposta pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, com vista à manutenção da vida e/ou à redução das seqüelas (LOPES; FERNANDES, 1999a).

A Resolução GM 1.529/98 considera o APH móvel como um serviço de urgência/emergência que procura chegar até a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde capaz de levar à deficiência física ou mesmo ao óbito, sendo imperativo, portanto, a prestação de um atendimento adequado e, se necessário, o transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

O APH móvel como parte integrante da rede assistencial às urgências e emergências constitui um tipo de ação de saúde recente, no Brasil, e foi influenciado

por dois modelos com conceituações distintas: o modelo americano e o modelo francês (FERNANDES, 2004).

No Brasil, a consolidação de um sistema brasileiro de atendimento às urgências e emergências está em franco processo de desenvolvimento. O ponto inicial de partida desse processo de organização é o diagnóstico das necessidades da população, baseado em indicadores de saúde e dados de morbimortalidade de uma determinada área geográfica (CARDOSO et al., 2000).

Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004), o APH móvel pode ser implantado em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão, contemplando municípios e regiões de todo o território brasileiro no âmbito do SUS, de forma a garantir recursos financeiros, para auxiliar na implantação e no funcionamento dos serviços de atendimento móvel de urgência. E esses serviços deveriam ser municiados por recursos humanos específicos e por veículos equipados conforme a sua finalidade, sendo os mais utilizados:

UT (Unidade de Transporte): veículo tripulado por dois profissionais (um condutor de veículo de urgência terrestre e um auxiliar ou técnico de enfermagem), destinado ao transporte de pacientes que não apresentam risco à vida, sendo, por isso, utilizados para remoções simples, de caráter eletivo.

USB (Unidade de Suporte Básico): veículo tripulado por dois profissionais (um condutor de veículo de urgência terrestre e um auxiliar ou técnico de enfermagem), destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco à vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco à vida desconhecido, não classificado como potencialmente capaz de necessitar de intervenções médicas no local e/ou durante o transporte até o

serviço de destino. Assim, as intervenções necessárias são desenvolvidas por meio de medidas conservadoras não invasivas (como imobilização da coluna cervical com protetor específico, compressão de sangramento, aspiração de vias aéreas, colocação de cânulas de guedel, liberação das vias aéreas por manobras manuais, etc.).

USA (Unidade de Suporte Avançado): veículo tripulado por três profissionais (um condutor de veículo de urgência terrestre, um enfermeiro e um médico), destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergência pré-hospitalar e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, por meio de medidas não invasivas ou invasivas (como, por exemplo, intubação oro/nasotraqueal, acesso venoso, drenagem de tórax, etc.).

Segundo a Portaria nº 2048 (BRASIL, 2004), os princípios básicos que norteiam as ações do APH móvel são:

A intervenção no local da ocorrência deve ser rápida, segura, eficaz e com meios adequados.

A responsabilidade de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente.

A qualidade da assistência prestada está diretamente relacionada com o nível de competência dos profissionais e do desenvolvimento do trabalho em equipe.

As ações preventivas e educativas devem ser complementos das ações de urgência.

Os códigos de ética profissional, as leis de exercício profissional, as determinações do Código Nacional de Trânsito, as leis do Código Penal e

outros documentos deverão ser conhecidos pelos profissionais, de acordo com a sua formação acadêmica e função desempenhada.

Aqui, o desenvolvimento do trabalho em equipe perpassa pela situação da multidisciplinaridade, emergindo como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação de trabalhar em equipe, os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe.

A Portaria 814 do Ministério da Saúde estabelece a "Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências" e reconhece o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem como aqueles que têm efetiva competência para intervir nesta área. Assegura, ainda, a obrigatoriedade da presença de algum membro da equipe de enfermagem em todo o serviço de APH, o que vem de encontro à regulamentação do COREN-SP-DIR/01/2001 que aborda a Assistência de Enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e demais situações relacionadas com suporte básico e avançado de vida (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM, 2001).

A Portaria 2048/GM de 05 de Novembro de 2002 reitera as necessidades da organização desses serviços de urgência, instituindo, entre outras estratégias, os Núcleos de Educação em Urgências, com o objetivo de definir grades mínimas de capacitação para os profissionais que atuam em unidades de urgências préhospitalar e hospitalar, buscando a qualificação do pessoal que trabalha nessas instituições, formalizando, assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2004).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2001), faz-se necessário que os trabalhadores que atuam em APH tenham um perfil profissional próprio e funções definidas. É fundamental que o profissional de APH mantenha equilíbrio emocional diante de situações de emergência, bem como possua bom condicionamento físico, pois os atendimentos exigem muito esforço e também habilidades para o trabalho em equipe.

Não podemos deixar de citar as Centrais de Regulação Médica (CRM) que são extremamente importantes dentro da organização do atendimento de urgência e emergência, funcionando como mola propulsora, reordenando a demanda do atendimento e reforçando as diretrizes básicas do SUS (BRASIL, 2004).

Briñas et al. (1998) referem-se à organização funcional das CRMs na Espanha como verdadeiros centros de regulação médica que analisam, avaliam, priorizam o atendimento, conforme o grau de urgência, distribuindo, coordenando e integrando os recursos de saúde, sejam eles públicos ou privados.

É relevante contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Em setembro de 2003, o MS instituiu a Portaria 1863/GM (BRASIL, 2004) que estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção estaduais, regionais e municipais. E, nesse mesmo período, foi instituída a Portaria 1864/GM (BRASIL, 2004), em que é determinado o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e

regiões do Brasil. Por meio desta portaria fica instituído o SAMU-192 e suas Centrais de Regulação.

- O modelo de APH Brasileiro

No Brasil, a rede de atenção à saúde é composta de vários níveis de assistência, procurando integrar ações dos níveis mais simples aos mais complexos, respectivamente, primário, secundário e terciário. Historicamente, prevaleceram modelos de atenção às urgências centradas na assistência curativa, realizada em prontos-socorros e hospitais (FERNANDES, 2004).

Em relação à atenção às urgências e emergências no Brasil, diversos são os modelos organizados, estruturados conforme o perfil quantitativo e qualitativo da população assistida. Todos os sistemas compartilham uma mesma lógica, contemplando medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação (MARTINI, 2001). Mais especificamente, em relação à atenção pré-hospitalar móvel, por determinação da Portaria nº. 2048/GM foi instituído o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2004), permitindo, nos municípios onde está implantado, uma atenção mais ágil e eficaz às afecções agudas e/ou graves ocorridas em ambiente extrahospitalar.

- APH de Ribeirão Preto

Em Ribeirão Preto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU entrou em operação no dia 08 de outubro de 1996, após um longo período de

idealização e adequação, sendo moldado a partir do modelo francês denominado Service d'aide Médicale Urgente (ALMOYNA, 1984 apud FERNANDES, 2004). Foi constituído inicialmente com apenas uma equipe de suporte avançado composta por médico, enfermeiro e condutor de veículo de urgência terrestre (FERNANDES, 2004), sendo financiado exclusivamente pelo gestor municipal.

O SAMU ocupou lugar no atendimento emergencial pré-hospitalar móvel no município, atividade esta que até então era exclusiva da equipe de Resgate do Corpo de Bombeiros. Neste primeiro período, foi dimensionada a real função do SAMU frente à população local e às autoridades competentes. Em janeiro de 1997, após um acidente envolvendo a USA, o serviço ficou inoperante, só retornando as atividades em agosto do mesmo ano. Nesse período de inoperação, foi possível a elaboração de novas diretrizes para o SAMU, sendo idealizado o serviço de regulação médica e procedida a hierarquização dos hospitais, mapeando-se os recursos físicos e funcionais da rede de atenção à saúde ora existente (FERNANDES, 2004).

Em março de 1998, foi iniciada, provisoriamente, a Central de Regulação Médica, sendo a atividade do médico regulador exercida pelo próprio médico da USA. Em outubro de 1998, foi implantada, nas dependências da UEHCFMRP-USP, a central de rádio-operação do SAMU, pela celebração de um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (LOPES; FERNANDES, 1999a).

Em janeiro de 2000, por meio de uma ação conjunta da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), do HCFMRP-USP e da Direção Regional de Saúde – DIR XVIII, foi criada oficialmente a Central Única de Regulação Médica (CURM), embasada em portaria ministerial específica, com o intuito de

permitir uma escuta médica permanente a todas as emergências médicas municipais e regionais, responsabilizando-se pelo monitoramento do APH e pelos encaminhamentos dos usuários, uma vez atendidos na rede pré-hospitalar, para os hospitais locais (SCARPELINI, 2003).

O SAMU-192 de Ribeirão Preto tem suas viaturas baseadas nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, assim distribuídas: duas USB e uma USA na UBDS Central, duas USB na UBDS do Distrito Norte, duas USB na UBDS da Vila Virgínia, uma USB na UBDS do Castelo Branco, duas na UBDS do Sumarezinho e uma USB na UBS de Bonfim Paulista. Dessa forma, as viaturas de suporte básico (USB) estão distribuídas junto às Distritais de Saúde que possuem Serviço de Pronto-Atendimento nas 24 horas do dia, e a viatura de suporte avançado (USA) fica na área central, devido à facilidade de acesso aos diferentes pontos do município, permitindo a cobertura e apoio aos eventos distantes da cidade (CYRILLO, 2005).

3.3 A parada cardiorrespiratória

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é um momento de intenso estresse para os familiares das vítimas e, também, para os profissionais de saúde, sendo que a chance de sobrevivência está vinculada a uma intervenção rápida e competente com a finalidade de retorno dos sinais vitais (ventilação e circulação espontâneas).

Para Araújo e Araújo (2001a), a PCR é uma situação súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tecidual, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória. Conceitua-se, ainda, a PCR como a cessação súbita da circulação efetiva, com conseqüente hipóxia tecidual e morte celular

progressiva, culminando, caso não revertido, em óbito (CONSENSO NACIONAL DE RESSUCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 2002).

Portanto, muitas são as definições de PCR encontradas na literatura, mas todos os autores concordam e reafirmam a gravidade desta situação e as sérias conseqüências que podem acarretar à vida dos indivíduos (MCINTURE,1980; CURKA,1993; LARDEN et al.,1993; COELHO et al.,1997, ARAÚJO; ARAÚJO,2000; GUIDELINES, 2005).

A PCR é mais comum no ambiente pré-hospitalar, fato exemplificado pelo dado histórico de que cerca de 50% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio não chegam vivos ao hospital (PAZIN FILHO et al., 2003).

Associações médicas como a American Heart Association, O American College Of Surgeons, A American Society Of Anesthesiologists E O European Resuscitation Council dedicaram-se, nos últimos cinqüenta anos, a estudos visando ao aprimoramento de técnicas e manobras desenvolvidas com o objetivo de promoção e restauração das funções cardíaca e respiratória, constituindo as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP).

A padronização de condutas na RCP tem sido a estratégia mais rápida e eficaz de evitar a morte, minimizando seqüelas e favorecendo o restabelecimento das condições vitais. Também colabora para o sucesso do tratamento a adoção de uma conduta uniforme pelos profissionais de saúde e o preparo de pessoas leigas, de forma a permitir que qualquer indivíduo possa se capacitar para executar as manobras de RCP.

Apesar do conhecimento desenvolvido acerca da PCR, da padronização de condutas na RCP e da capacitação específica tanto de profissionais de saúde quanto da população leiga, por meio de cursos como o *Basic Life Support* (BLS), o

Advanced Cardiologic Life Support (ACLS) e o Pediatric Advanced Life Support (PALS), muitas dificuldades são ainda percebidas nos atendimentos a casos de PCR ocorridas mesmo em ambientes hospitalares (LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; BERDEN et al., 1992; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; GUIDELINES 2000 for CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE, 2000).

3.4 Reanimação cardiopulmonar

O tratamento da PCR recebe diferentes denominações, todas elas adequadas, tais como ressuscitação cardiorrespiratória, reanimação cardiorrespiratória, reanimação cardiorrespiratória cerebral. No entanto o termo ressuscitação cardiopulmonar (RCP), adotado pelo Consenso Brasileiro de Ressuscitação Cardiopulmonar, é o mais utilizado.

Capone e Capone Neto (1993) afirmam que a PCR é uma das ocorrências mais temidas por tratar-se de uma situação altamente estressante e que pode ocasionar pânico e confusão, representando uma corrida contra o tempo.

Ressuscitação origina-se do latim resuscitatio, onis, do verbo resuscito, are, formado da junção da partícula re, no sentido de renovação, com o verbo suscito, are que, entre outras acepções, tem a de despertar, acordar, recobrar os sentidos, em suas raízes etimológicas, suscito, por sua vez, deriva do verbo cito, ciere, que significa pôr em movimento. Da mesma raiz são os verbos concitar, incitar e excitar (ERNOUT; MEILLET, 1979).

Assim, o sentido primordial de *ressuscitar* é o de restabelecer o movimento, ou seja, a vida, pois a vida é movimento, ao contrário da morte, que é a

imobilidade. E a vida depende basicamente da respiração e do movimento do sangue, noção que remonta às antigas civilizações, conforme atestam as seguintes passagens bíblicas: "...e soprou-lhe nas narinas o fôlego da vida e o homem foi feito alma vivente." (Gen. 2.7); "se lhes tira a respiração morrem e voltam ao seu pó" (Salmos 104.29); "a alma da carne é o sangue"(Lev. 17.11); "o sangue é a vida"(Deut.12.23).

Reanimação, por sua vez, compõe-se do prefixo re + anima e do sufixo ção. Anima, em latim, tanto significa sopro, respiração, como vida e alma.

Novamente aqui vemos a identificação da vida com a entrada de ar nos pulmões.

Reanimar é restituir o sopro da vida, a alma do vivente.

Há uma tendência atual na moderna cardiologia de se empregar, preferencialmente, *reanimação*, em lugar de *ressuscitação*, nos casos de parada cardíaca, talvez pela conotação mágico-religiosa que adquiriu o termo *ressuscitação*. Ressuscitar traz-nos à mente o milagre da ressurreição, a volta à vida de quem já se encontrava definitivamente morto, como nos exemplos bíblicos da ressurreição de Lázaro, da filha de Jairo e do próprio Cristo.

Em que pesem a tais argumentos, o termo *ressuscitação* é o preferido nos Descritores das Ciências da Saúde (BIREME, 2000) que coloca *reanimação* em segundo plano, sendo que também o termo *ressuscitação* tem sido mais utilizado nos trabalhos publicados em português e em espanhol.

Conforme dados obtidos em base de dados LILACS no período de 2000 a 2005, a proporção de artigos publicados nos últimos anos com o termo "ressuscitação", em relação ao termo "reanimação" é de, respectivamente, 4:1. É possível que, no futuro, a situação se inverta e reanimação passe a ser o termo preferido. Entretanto, até o presente momento, ressuscitação tem merecido a

preferência dos autores.

Na eventualidade de uma parada cardiorrespiratória, emprega-se um conjunto de procedimentos médicos, como a massagem cardíaca externa, ventilação pulmonar artificial e outras medidas terapêuticas com a finalidade de obter-se a ressuscitação ou reanimação cardiopulmonar do paciente. Portanto é importante que todo profissional tenha conhecimento sobre a PCR e as manobras que compõem a RCP (SBV e SAV), para tomar decisões rápidas, seguras e eficazes, evitando o caos e o pânico, assegurando um atendimento de qualidade à vítima, com garantia de melhor prognóstico.

A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) tem por finalidade promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente pelo coração e pelo cérebro até que as funções cardíaca e ventilatória espontâneas sejam restabelecidas. Assim, objetiva preservar a vida, restaurar a saúde e limitar as incapacidades, sempre na tentativa de reverter a morte clínica (MERCIER et al., 1983).

As tentativas de restituir a vida às pessoas em morte aparente por parada cardiorrespiratória são bem antigas, e o primeiro método empregado com essa finalidade foi a respiração boca a boca, como sugere a seguinte passagem bíblica em que o profeta Eliseu reanimou uma criança dada como morta: "E subiu, e deitouse sobre o menino, e, pondo sua boca sobre a boca dele, e o seus olhos sobre os olhos dele, e as suas mãos sobre as mãos dele, se estendeu sobre ele; e a carne do menino aqueceu" (Reis II 9:34).

A traqueostomia fora empregada já no século XII e, no século XVI, Paracelso teve a idéia de utilizar o fole para ventilar os pulmões. A massagem cardíaca externa foi introduzida na prática por Balassa em 1858, e a massagem

direta do coração com abertura do tórax por Igelsrud, em 1901 (LEE; ATKINSON, 1976).

O uso do desfibrilador data de 1947, quando foi utilizado pela primeira vez com sucesso por Beck, em Cleveland (LANE, 1981). Desde então, houve um grande progresso na compreensão da etiologia e da fisiopatologia das diferentes modalidades de parada cardiorrespiratória e na maneira de tratá-la.

Cursos que ensinam a padronização de atendimento na PCR, como os cursos de suporte básico de vida (BLS) e os de suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS), desenvolvidos pela Sociedade Americana de Cardiologia em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e o FUNCOR, já são amplamente difundidos no Brasil, objetivando garantir uma melhoria nos procedimentos e, conseqüentemente, maior sobrevida dos pacientes (LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; BERDEN et al., 1992; CAPONE; CAPONE NETO, 1993; GUIDELINES 2000 for CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE, 2000; BELLAN,2006).

Esses cursos são caracterizados pelo desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras com vistas ao reconhecimento dos sinais de PCR, desobstrução de vias aéreas, respiração artificial, compressão torácica externa e desfibrilação precoce. O suporte avançado de vida (SAV) caracteriza-se pelo aprendizado adicional de técnicas especiais de circulação e de ventilação invasiva, de monitorização cardíaca (identificação de arritmias), de acesso venoso, de terapia medicamentosa, de desfibrilação ou cardioversão, de terapias especificas pósressuscitação e de terapia do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral (GUIDELLINES, 2005; BELLAN, 2006).

A capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento da PCR faz-

se importante, tanto pela atualização das condutas quanto pela aquisição e manutenção das habilidades técnicas para a aplicação das manobras de RCP (BELLAN, 2006).

3.5 Considerações sobre o estresse e os agentes estressores na urgência

A) Estresse

Na literatura, encontramos várias conceituações sobre estresse por diferentes autores, e que demonstraremos, a seguir, algumas delas.

Compreender o estresse não é tão simples, pois a definição "exata é vaga e inconsciente" (PELLETIER,1997, p.21). Entretanto, percebemos que a maioria dos conceitos envolve o ambiente interno e externo do indivíduo, bem como as situações ou experiências que precipitam tensão, ansiedade, medo ou ameaça, podendo ter conseqüências tanto negativas como positivas para o mesmo.

Smeltzer e Bare (1993) colocam que o estresse constitui-se como um conjunto de reações que o organismo humano desenvolve ao ser submetido a uma situação onde são manifestados sinais e sintomas exclusivos, caracterizados por alterações não específicas no sistema biológico.

Foi descrita por Bernick (1997) como a "doença do 3º milênio, em que pessoas jovens em idade produtiva e ocupando cargos de responsabilidade são acometidas, sendo, por isso, causa de grande preocupação por tornar-se um grave problema sócio – econômico".

Definido pela Organização Mundial de Saúde "como uma epidemia global", o estresse já foi experimentado por 90% da população adulta (O STRESS..., s.d.)

Davis et al. (1996) referem que cada indivíduo tem seu próprio modo de encarar a vida e de lidar com situações estressantes, mas ressaltam que existem três fontes básicas de estresse: o meio ambiente, o corpo e o pensamento.

Rosch (1996) refere-se ao termo como uma reação psicofisiológica que ocorre quando, de uma maneira ou de outra, enfrentamos determinada situação, seja de medo, de excitação ou de felicidade. Ressalta o estresse como algo que impulsiona os seres humanos a encarar desafios, a atingir metas e, também, a superar os próprios limites.

Os profissionais da USA preparados em cursos para o atendimento de PCR, conforme as condutas preconizadas e instituídas mundialmente, não abordam os aspectos do comportamento, liderança e sentimentos que vivenciam na sua prática profissional (extra e intra-hospitalar), diante do evento de PCR. Assim, são essas habilidades, também, necessárias para produzir o efeito da qualidade do atendimento à vítima durante e após a RCP. Esses profissionais devem ser preparados concomitantemente às habilidades cognitivas e motoras, às habilidades comportamentais, valorizando suas vivências e sentimentos diante do evento, e de como recebem as impressões mentalmente, ou seja, sua disposição para se comover e impressionar-se com tal situação, assim como suas propensões às emoções e à sensação psíquica produzida com o evento da PCR e ações em RCP.

A realização da RCP pode provocar na equipe muito estresse, cansaço, insegurança e que, por sua vez, causa ansiedade e depressão. Para que toda essa exaustão mental seja reduzida, faz-se necessária a discussão dos casos atendidos, principalmente após qualquer tentativa de RCP sem sucesso, proporcionando instantes e espaços para que os profissionais tenham a oportunidade de discutir o que sentem e o que pensam e, também, falar sobre o desempenho no atendimento,

sendo esse um momento de aprendizado para a equipe de saúde.

A prática de atendimento em RCP tem apontado para um cenário conflitante entre profissionais de saúde e, por isso, tem provocado polêmica, especialmente quanto à "ordem de não reanimar" (ONR), considerando os princípios éticos universais, a clínica assistencial integral e a crítica subjetiva gerada por componentes emocionais pessoais. Cria-se aqui a questão da "vida e da morte", situação em que sempre devemos considerar a ética do cuidar e a integração potencial da equipe de saúde com o paciente ou com sua família. É importante avaliar toda a situação de uma maneira integral, com uma visão holística, perpassando por várias nuances culturais, sociais, filosóficas, econômicas, automaticamente imbricadas (SILVA, 1998).

Existem situações clínicas em que a morte é claramente inevitável e traz fim ao sofrimento. Nesses casos, mesmo que com tristeza, a decisão de não procurar mais manter a vida costuma ser isenta de conflitos emocionais ou éticos, tanto por parte do médico, quanto da família e mesmo do próprio paciente. No outro extremo, nós, profissionais da saúde, convivemos com numerosos casos em que os limites da preservação da vida e a inexorabilidade da morte não são claros, como acontece com certa freqüência com pacientes internados em UTI ou, então, que apresentam doenças como o câncer, cujas fronteiras entre resposta terapêutica e insucesso não são bem definidas (COSTA, 1977). Nesses casos, o médico, por exemplo, tem que conviver com incertezas e administrar seu posicionamento em função das características da doença, da disponibilidade de recursos tecnológicos para o tratamento, da vontade nem sempre expressa do paciente, da posição da família e, por que não, de sua própria concepção da ambigüidade da vida e da morte. Muitas vezes, apesar dessas situações de ambigüidade gerarem conflitos que

poderiam ser focos de várias interpretações, são situações importantes por exigirem uma posição de clareza do profissional frente ao evento de PCR, provocando a exibição ou manifestação de sensibilidade ou de sentimentalismo que, muitas vezes, o impede de perceber as qualidades ou méritos de ações desempenhadas.

B) Agentes estressores no trabalho

A composição SAÚDE x TRABALHO está diretamente relacionada à história do estresse, pois estes temas acompanham a evolução do homem. No final do séc. XVII, com a Revolução Industrial, essas relações tornaram-se mais críticas devido ao próprio avanço tecnológico e científico (FERREIRA et al., 1998).

França e Rodrigues (1997) colocam como estressores:

aquelas situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador, suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou sua saúde física e mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contém recursos adequados para enfrentar tais situações (p.24-25).

O esgotamento dos indivíduos, devido aos agentes estressores, pode ocorrer nas mais diferentes profissões e em qualquer faixa etária, embora existam algumas profissões que apresentam índices mais altos. São, geralmente, aquelas que requerem altos graus de contatos interpessoais: professores, assistentes sociais, conselheiros, médicos, enfermeiros, motoristas de ônibus e os que desempenham funções assistenciais (COVOLAN, 1989).

Há alguns indicadores que podem ajudar na detecção dos primeiros sinais de estresse. São eles: queda de eficiência, ausências freqüentes, insegurança e protelação nas tomadas de decisões, sobrecarga voluntária de trabalho, aumento do consumo de fumo, uso de tranquilizantes, abuso na utilização de remédios de

uma forma geral, procura constante do ambulatório médico e leituras de livros de auto-ajuda (VIEIRA; SOBRINHO, 1995).

De uma maneira geral no que se refere aos profissionais da área da saúde, há uma compreensão de que por lidarem freqüentemente com situações catastróficas, estes estão sujeitos a estresse ocupacional, devido ao abalo freqüente da sua condição emocional (BLAKLOCH, 1998).

Outra perspectiva de estudo das conseqüências ao psíquico dos trabalhadores, geradas pelas mudanças implementadas, resulta no surgimento do termo *Burnout*, designando aquilo que deixou de funcionar por exaustão energética, expresso por meio de um sentimento de fracasso e exaustão, causado por um excessivo desgaste de energia e recursos que acometem, geralmente, os profissionais que trabalham em contato direto com pessoas (CARLOTTO; GOBBI, 2003).

Esses autores relatam também que estudos, realizados nos Estados Unidos da América, indicam que a síndrome de Burnout constitui-se em um dos grandes problemas psicossociais atuais, despertando interesse e preocupação não só por parte da comunidade científica internacional, mas também das entidades governamentais, empresariais e sindicais norte-americanas e européias, devido à severidade de suas conseqüências, tanto em nível individual como organizacional.

O sofrimento do indivíduo traz conseqüências sobre seu estado de saúde e igualmente sobre seu desempenho, pois passam a existir alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais, com repercussões econômicas e sociais.

Essa síndrome se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda

(médicos, enfermeiros, professores) (CARLOTTO; GOBBI, 2003).

De fato, esta síndrome foi observada, originalmente, em profissões predominantemente relacionadas a um contacto interpessoal mais exigente, tais como médicos, psicanalistas, carcereiros, assistentes sociais, comerciários, professores, atendentes públicos, enfermeiros, funcionários de departamento pessoal, telemarketing e bombeiros. Hoje, entretanto, as observações já se estendem a todos profissionais que interagem de forma ativa com pessoas, que cuidam e/ou solucionam problemas de outras pessoas, que obedecem a técnicas e métodos mais exigentes, fazendo parte de organizações de trabalho submetidas a avaliações (FILGUEIRAS et al., 2002).

Definida como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto, excessivo e estressante com o trabalho, a síndrome de Burnout faz com que a pessoa perca a maior parte do interesse em sua relação com o trabalho, de forma que as coisas deixam de ter importância e qualquer esforço pessoal passa a parecer inútil. Entre os fatores aparentemente associados ao desenvolvimento da síndrome de Burnout está a pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe (CARLOTTO; GOBBI, 2003).

Os autores que defendem a síndrome de Burnout como sendo diferente do estresse, alegam que esta doença envolve atitudes e condutas negativas em relação aos usuários, clientes, organização e trabalho, enquanto o estresse apareceria mais como um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho. Entretanto, pessoalmente, julgamos que essa síndrome de Burnout seria a conseqüência mais depressiva do

estresse desencadeado pelo trabalho.

C) Agentes estressores na urgência/emergência

O estudo de Estryn-Behar (1996) ressalta que os integrantes de serviços de emergência possuem alto estresse afetivo, atribuído às constantes confrontações entre a vida e a morte, à demanda excessiva de pacientes, ao acúmulo de trabalho e às constantes interrupções, devendo o trabalhador, muitas vezes, escolher o que fazer primeiro. Por outro lado, o fato de terem pouco contato com os pacientes não os levam a criar vínculos afetivos, acarretando, deste modo, uma menor exposição ao sofrimento.

Em urgência e emergência, lidamos com situações inesperadas, desesperadas e traumatizantes, emoções no limite, inseguranças, agilidade e competência técnica nos procedimentos realizados, a necessidade da comunicação interpessoal na equipe e ainda frustrações, morte iminente e real.

No serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) móvel, vivenciamos todos os sentimentos expostos acima, desde a expectativa no aguardo pelo chamado via central de rádio (192), no deslocamento da ambulância para o local de destino (velocidade, trânsito, preparo de material e equipamentos), na chegada ao local do agravo (situação da vítima, familiares, população curiosa, imprensa, temperatura ambiente, desentendimentos da comunidade expectante), durante o atendimento à vítima (habilidade e agilidade técnica com competência, poder de decisão, trabalho em equipe), e até aguardar a decisão da regulação médica de transferência para o hospital de referência mais adequado à situação dessa vítima, para o tratamento definitivo que garanta a sobrevida da mesma.

Lautert (1995) registra que os agentes estressores mais investigados referentes ao local de trabalho são: a influência do ruído presente no local de trabalho; a presença de vibrações produzidas por máquinas; a qualidade de iluminação e a influência de diferentes temperaturas (baixas ou altas) que atuam sobre a saúde dos trabalhadores. Da mesma forma, são agentes estressores as condições de higiene em que o trabalho é desenvolvido no que se refere à sujidade, à falta de ventilação e de área de descanso inadequada; a exposição a riscos e a perigos decorrentes da clientela ou do manejo de alguns produtos; a adequação do espaço físico para o desempenho do trabalho e outros.

Moragon et al. (2005) estudaram a atividade de duas enzimas oxidantes, superóxido-dismutase (SOD) e a catalase, bem como suas variações em trabalhadores do serviço de emergência pré-hospitalar, analisando a relação das atividades dessas enzimas oxidantes em trabalhadores saudáveis e naqueles em situação de Burnout. Eles observaram que não houve variação significativa das enzimas em relação ao sexo na situação de Burnout. Entretanto, foram observadas diferenças significativas no nível sério destas enzimas entre o grupo-controle e aqueles trabalhadores do serviço de emergência pré-hospitalar.



Este é um estudo descritivo de caráter exploratório com referencial da pesquisa qualitativa e esta responde às questões particulares, num espaço mais profundo das relações, considerando como sujeitos do estudo pessoas pertencentes à determinada condição social, com suas crenças, valores e significados (BOGDAN e BIKLEN, 1997; MINAYO, 2000).

Tanto Triviños (1992) como Minayo (2000) colocam que este modo de conduzir a pesquisa caracteriza-se como um método de compreensão e de reflexão sobre um tema. Para Minayo (2000, p.24):

"interessa em estudos com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valora, julga e estabelece prioridades e projeta seu social."

Segundo Bogdan e Biklen (1997), na escolha de um estudo dentro da abordagem qualitativa, o investigador deve levar em consideração a paixão pelo tema, a fundamentação teórica, ser prático e escolher um assunto que esteja pessoalmente envolvido.

Ainda outra sugestão citada por Bogdan e Biklen (1997, p.83):

"tenha preferências, mas não seja obstinado nas escolhas. A princípio não pode saber o que vai encontrar. Não adira, rigidamente, a planos préestabelecidos. Considere suas primeiras visitas como oportunidades para avaliar o que é possível efetuar".

Abordagens qualitativas em pesquisa são aquelas:

capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000).

Na opinião de Triviños (1992), a pesquisa qualitativa tem no ambiente natural a fonte dos dados que envolve a obtenção dos mesmos de forma descritiva,

por meio do contato direto do pesquisador que se preocupa com o processo e não, simplesmente, com o resultado.

Assim sendo, a falta de exploração de um certo tema na literatura disponível, o caráter descritivo da pesquisa que se pretende empreender ou a intenção de compreender um fenômeno complexo na sua totalidade são elementos que se tornaram propícios ao emprego da linha qualitativa na pesquisa.

Portanto, a abordagem qualitativa possibilita pensar sobre algumas questões que nos inquietam e que se encontram expressas nesta pesquisa, sendo que muitas delas podem ser clarificadas a partir de falas vindas dos próprios sujeitos que, submetidos à análise, trazem significados que favorecem a compreensão da problemática levantada.

Trabalharemos, portanto, com experiências pessoais, relatos individuais descritos com suas próprias palavras, escritas ou faladas, com valorização absoluta dos mesmos, todas as situações e sentimentos vivenciados, sob o ponto de vista da equipe multiprofissional que trabalha na Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Ribeirão Preto.

4.1 Descrição do campo de estudo

O estudo foi realizado no Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a equipe de profissionais da Unidade de Suporte Avançado (USA) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP.

A USA é uma ambulância tripulada por três profissionais, sendo um médico, um enfermeiro e um condutor de veículo de urgência terrestre, todos

trabalham em turno de plantão.

O veículo é equipado para realizar atendimento pré-hospitalar e/ou transporte inter-hospitalar de alta complexidade às vítimas de trauma ou a usuários acometidos por afecções emergenciais de natureza clínica no município de Ribeirão Preto. Após sua estabilização, as vítimas são encaminhadas aos hospitais da rede SUS, de acordo com o seu nível de complexidade, segundo orientação da Central Única de Regulação Médica (CURM).

Para o desempenho de suas atividades, a USA fica situada na área central da cidade, onde funciona a Unidade Básica Distrital de Saúde Central (UBDS Central/ PSM). A UBDS Central é vinculada ao SUS e caracteriza-se como uma unidade de atendimento pré-hospitalar fixo, realiza atenção básica, atenção secundária e pronto-atendimento diuturno, e contitui-se numa das cinco unidades distritais de saúde de Ribeirão Preto.

A coordenação dos despachos para atendimentos da USA é realizada pela Central Única de Regulação Médica do SAMU (CURM) que tem como função:

controlar a demanda pelos leitos hospitalares disponíveis, por meio da racionalização e utilização dos recursos hospitalares;

preservar o atendimento de alta complexidade; garantindo assim o atendimento imediato às situações de agravo à saúde que colocam a vida em perigo iminente;

disponibilizar a viatura de suporte avançado (USA) ou as unidades de suporte básico (USB), conforme a complexidade do caso.

A CURM foi criada oficialmente em janeiro de 2000, embasada em portaria ministerial, com intuito de permitir uma escuta médica permanente a todas as emergências médicas municipais e regionais, além de responsabilizar-se pelo

monitoramento do APH e, quando necessário, pelos encaminhamentos de usuários aos hospitalais locais.

A equipe da CURM é composta por um coordenador médico, um coordenador de enfermagem, 18 médicos reguladores, 22 radiotelefonistas que atuam como auxiliares de regulação médica. Dispõe também de pessoal de apoio administrativo, funcionando 24 horas/dia (FERNANDES, 2004).

Segundo Santos (2000), a CURM representa um dos instrumentos mais acessíveis da rede de assistência SUS, pois a central pode ser acionada a qualquer hora, pelo telefone de utilidade pública 192, equipes de saúde e organizações sociais. Refere, ainda, que o conhecimento e a utilização plena dos recursos podem garantir a harmonia do Sistema (SAMU), assim como a utilização dos recursos de telemedicina que permitem a agilidade na comunicação.

O SAMU-192 de Ribeirão Preto funciona em período integral (24 horas/dia), garantindo o atendimento às situações de urgência e emergência em todo o município. Para tanto, os profissionais que ali trabalham, cumprem a determinação de uma escala rotativa de horário e dia.

4.2 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, seguindo os trâmites legais que determinam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. Após sua aprovação (Anexo A), os participantes foram contatados na sua área de trabalho para confirmar a sua participação no estudo, com a formulação de Esclarecimento ao Sujeito da

pesquisa e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B).

Assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados que foram coletados, e de maneira a preservar integralmente o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída pela equipe multiprofissional integrante do SAMU-USA de Ribeirão Preto-SP, uma vez que são esses profissionais que realizam o atendimento de emergência e iniciam o primeiro contato com a vítima, com sua família e com seus acompanhantes. A população constituiu-se, portanto, dos médicos, enfermeiros e condutores de veículo de urgência terrestre da USA. Foram definidos, como critério para inclusão na pesquisa, os profissionais que atuavam nesse serviço por um período superior a dois anos, concordar em participar da investigação proposta, assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido, autorizando a gravação das entrevistas, interesse e disponibilidade do entrevistado.

A utilização desse critério de inclusão buscou atender às especificidades da pesquisa qualitativa, pois para Minayo (2000), na definição da população a ser estudada, não se deve preocupar com generalizações e sim com o aprofundamento e a abrangência da compreensão da realidade vivenciada pelos sujeitos.

Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo de pesquisa

(TRIVIÑOS, 1987).

A amostra foi delimitada a partir dos critérios de inclusão estabelecidos, fazendo parte um total de 16 sujeitos, dos quais, sete são médicos, cinco são enfermeiros e quatro são condutores de veículo de urgência terrestre. As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas com cada profissional, sendo coletadas durante o expediente de trabalho, utilizou-se para isso a sala de descanso da equipe (garantia de privacidade), tomando de 30 a 40 minutos de cada profissional, sendo transcorridas sem maiores interferências.

4.4 Procedimento para coleta de dados

Para a presente investigação que tem por objetivo conhecer a vivência da equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de PCR após chamado 192, optamos por utilizar a técnica de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, com auxílio de um gravador.

A escolha da entrevista semi-estruturada ocorreu por esta possibilitar maior flexibilidade, profundidade, reiteração e reflexão, o que permitiu e contribuiu para alcançar os objetivos propostos para este estudo.

Ainda, ela é um instrumento valioso para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo que o investigador desenvolva intuitivamente uma idéia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo (BOGDAN e BIKLEN, 1997).

A necessidade de identificar a vivência da equipe multiprofissional da USA (SAMU) no atendimento à PCR no adulto, após levou-nos à elaboração de um roteiro para a entrevista semi-estruturada, acreditando que, por meio dela, esses

profissionais forneceriam relatos, com a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e de símbolos (MINAYO, 2000).

Neste estudo, a entrevista foi realizada em duas etapas (Apêndice C e D): a primeira buscou informações sociodemográficas, da formação profissional e das condições de trabalho da equipe multiprofissional com vistas a delinear o perfil dos profissionais. Assim, foi elaborado questionário, composto por três partes: parte A – de identificação pessoal que busca caracterizar o profissional quanto à idade, ao sexo, à religião, ao estado civil e à existência de filhos (sim ou não) e número; parte B – da formação profissional e parte C – sobre o exercício profissional, para delinear os aspectos do perfil desse participante no estudo. Foram construídas questões fechadas, abertas e combinadas, permitindo aos participantes preencherem com caneta, adaptado de Condorimay (2003).

A segunda etapa foi composta por questões norteadoras, ou seja, um roteiro semi-estruturado com questões abertas que foram utilizadas pela pesquisadora, com auxílio de um gravador, para o registro das respostas às perguntas formuladas e norteadas, diretamente relacionadas ao objeto de estudo e à vivência dos profissionais atuantes no local da pesquisa, sendo estas:

O que é para você trabalhar no atendimento pré-hospitalar móvel?

Como é para você quando tem chamado para uma situação possível de PCR?

Como é o atendimento de uma PCR adulto, na rua, estrada, residências? (Como é essa vivência para você?)

Você percebe alterações físicas e/ou psicológicas, em você, no atendimento à PCR?

Segundo Polit e Hungler (2004), as entrevistas semi-estruturadas, em outras palavras, tendem a ser como conversas, por natureza. Os estudos de campo fazem uso desse método para a reunião dos dados do auto-relato. A meta dessas entrevistas é a elucidação das percepções que os respondentes possuem acerca do mundo, sem que lhes seja imposta a visão de mundo do pesquisador.

Para a realização deste estudo, aproveitamos da oportunidade de uma reunião de equipe com o grupo de médicos, enfermeiros e condutores de veículos de urgência terrestre para esclarecermos sobre o objetivo da pesquisa e a importância da participação e colaboração dessas pessoas, para a realização da mesma. Membros da equipe que aceitaram participar e não estavam presentes na reunião receberam informações na hora da entrevista.

A pesquisadora realizou um pré-teste utilizando os instrumentos Apêndice C e Apêndice D com três profissionais que compõem a tripulação da Unidade de Suporte Avançado (USA), ou seja, 01 médico, 01enfermeiro, 01 condutor de veículos de urgência terrestre. O pré-teste possibilitou a apreciação dos instrumentos com vistas a verificar a capacidade de obtenção das informações necessárias e identificar falhas, bem como a realização de um exercício prévio de coleta das informações, oportunizando à pesquisadora uma maior familiaridade em sua aplicação. Estes sujeitos foram mantidos dentro da amostra estudada e não foram necessárias modificações nos instrumentos utilizados na pesquisa.

Os profissionais da Unidade de Suporte Avançado (USA) que aceitaram participar do estudo, após esclarecimento ao sujeito da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), foram entrevistados pela pesquisadora com auxílio de um gravador para manter a integralidade de seu conteúdo.

Segundo as normas da Resolução 196/96, foram entregues, para cada um dos sujeitos de pesquisa, as folhas nas quais estavam contidas as informações gerais do trabalho e o termo de consentimento para sua participação livre e voluntária e, ainda, para a garantia do sigilo dos entrevistados. Foram utilizadas siglas, seguidas do número da entrevista para a identificação de seus relatos. Seguem as siglas utilizadas: Médico – ME; Enfermeiro – EN e Condutor de Veículo de Urgência Terrestre – CVU. E a transcrição das falas seguiu as normas para transcrição, segundo Preti (1993).

O período da coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2005. Foram realizadas ao todo 16 entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas.

4.5 Procedimento de análise

Para análise dos dados coletados, os relatos foram transcritos pela pesquisadora e a análise, por sua própria natureza e subjetividade, foi fundamentada na abordagem qualitativa e sistematizada conforme a técnica de Análise de Conteúdo Categorial Temática, proposta por Bardin (1977).

Bardin (1977, p.31) ressalta a dificuldade de se compreender a análise de conteúdo como um método uniforme, alertando para o fato de que se trata, antes, de um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Por isso, a autora complementa que se deve entender a análise de conteúdo não como um instrumento, mas como um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações. Por essa razão, adotamos um

dos procedimentos específicos desse "conjunto de apetrechos", a análise categorial, a qual, conforme a autora citada, pretende tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a freqüência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.

Ainda de acordo com a autora, "esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, e freqüência de aparição podem significar alguma coisa com o objetivo analítico escolhido" (p.105).

Também para Bardin (1977), a análise do conteúdo organiza-se diferentemente em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação. A fase de organização inicial, a pré-análise, corresponde a um período de intuições que tem por objetivo tornarem operacionais e sistematizar as primeiras idéias que irão fundamentar a posterior interpretação.

Nesse tipo de técnica de análise, descrita por Bardin (1977), realizou-se primeiramente uma leitura flutuante do texto que permitiu fazer a seleção do *corpus*. Após esta etapa, iniciou-se o processo de categorização que incluiu a seleção das unidades de análise pelo recorte e pela codificação do *corpus*. Por meio desta divisão tais unidades foram agrupadas, semanticamente para formação das subcategorias. As subcategorias foram agrupadas e a partir destas foi realizada a descrição das categorias.

Bardin (1977) relata que na fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, "os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos ("falantes") e válidos".

Bernardes (2000) diz que o pesquisador, tendo em mãos resultados significativos, pode propor inferências ou adiantar interpretações dos objetivos

previstos ou outras descobertas inesperadas.

Ainda, Bardin (1977) assinala que a unidade de significado pode ser recortada em idéias constituintes, em enunciados ou em proposições portadoras de significados isolados. Sendo que neste trabalho, as unidades de significado constituíram categorias de análise decorrentes da vivência da equipe multiprofissional no atendimento ao adulto numa situação de PCR.

O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. Não é possível existir uma definição de análise temática, da mesma maneira que existe uma definição de unidades lingüísticas. O tema geralmente é utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc (BARDIN, 1977).

Embora a freqüência do aparecimento de um tema fosse um critério importante para a análise e discussão do material coletado, foram também por nós incluídos os temas menos freqüentes, mas que de alguma maneira se mostraram relevantes para determinação dos significados.

Para o levantamento das categorias, utilizou-se a técnica de grifar com cores semelhantes palavras ou frases, ou seja, fragmentos das falas dos próprios sujeitos participantes do estudo e com o mesmo núcleo de sentido que, segundo Bardin (1977), consiste na organização de uma estrutura condensada das informações, para permitir, especificamente, reflexões e interpretações sobre cada categoria e subcategoria apresentada.

Para validar a análise, de acordo com Bardin (1977), o pesquisador deve obedecer às categorias de fragmentação, embora raramente aplicáveis. Neste

sentido, as regras devem ser:

Homogêneas: pode-se dizer que não se misturam "alhos com bugalhos";

Exaustivas: esgotar a totalidade do texto;

Exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;

Objetivas: codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais;

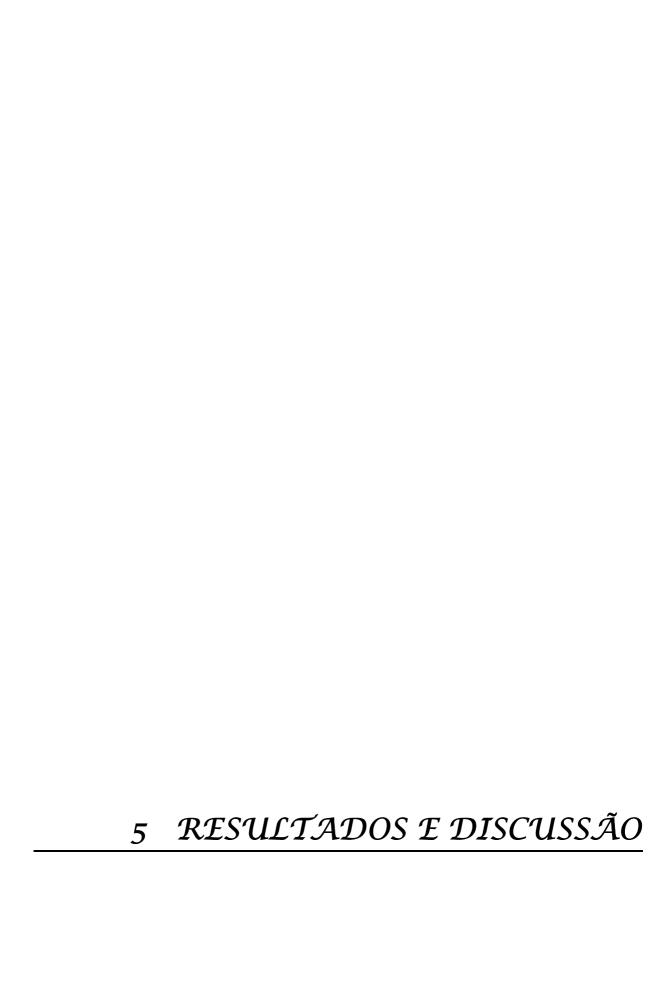
Adequadas ou pertinentes: isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo.

A partir da décima entrevista, os dados começaram a se repetir evidenciando sua saturação, que segundo Marcon (1989),

"ocorre quando o pesquisador consegue compreender a situação vivenciada sob a perspectiva de entendimento dos sujeitos dessa situação, ou seja, quando as informações começam a se repetir e dados novos não parecem trazer mais evidências".

No presente trabalho, procuramos identificar, no conteúdo das entrevistas da equipe multiprofissional, as unidades de codificação por meio de frases que indicassem características da dinâmica do atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto na situação de parada cardiorrespiratória (PCR).

Uma análise qualitativa de um texto não induz (ou infere) suas categorias a partir da freqüência (ou outras medições matemáticas) com que as unidades de análise aparecem. As induções decorrem da identificação de significados, sentido da fala dos sujeitos. As transcrições integrais permanecem disponíveis para eventual auditagem.



Resultados e Díscussão 70

Descreveremos inicialmente o perfil profissional da equipe multiprofissional de APH móvel que participou desta pesquisa, de forma a atender ao primeiro objetivo específico deste estudo. A seguir, abordaremos a vivência desta equipe multiprofissional no suporte avançado de vida em APH móvel e na assistência ao adulto em situação de PCR, com a identificação das categorias de análise ou temas, procurando a compreensão do que representa para este grupo o trabalho na unidade móvel de APH e, por fim, a vivência do cuidar do adulto em uma situação de PCR.

5.1 Perfil sociodemográfico e profissional da equipe multiprofissional

A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, por ser uma instituição pública, mantém o ingresso de seus funcionários por meio de concurso público e esta foi a forma pela qual todos os sujeitos da equipe estudada assumiram seus respectivos cargos na instituição, ou seja, os condutores de veículos de urgência terrestre, os enfermeiros e os médicos.

Foram entrevistados 16 profissionais, sendo sete médicos, cinco enfermeiros e quatro condutores de veículo de urgência terrestre.

As características sociodemográficas correspondem à idade, sexo, estado civil, religião, número de filhos, tempo de formação profissional e capacitação para o trabalho em emergências.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos condutores de veículos de urgência terrestre da USA - SAMU de Ribeirão Preto, 2005

CONDUTORES	PERFIL DEMOGRÁFICO				PERFIL PROFISSIONAL					
DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA TERRESTRE	IDADE ANOS	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	N° DE FILHOS	ESCOLARI DADE	EXERCÍCIO PROFISSIONAL	CURSO TÉCNICO/PROFI <u>S</u> SIONALIZANTE	CARGA HORÁRIA SEMANAL	TEMPO DE ATUAÇÃO NO APH MÓVEL (ANOS)	CURSO DE ATUALIZAÇÃO EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS
CVU 01	41	Casado	Católica	01	1° grau Incompleto	22	Direção defensiva ambulância	44	09	Sim
CVU 06	43	Outro	Católica	01	1° grau Completo	25	Direção defensiva ambulância	44	14	Sim
CVU 09	38	Viúvo	Católica	02	2° grau Completo	15	Direção defensiva ambulância e Téc. Contabilidade	44	09	Sim
CVU 13	35	Casado	Católica	01	2° grau Completo	17	Direção defensiva ambulância e mov. produtos perigosos	44	09	Sim

CVU = Condutor de veículo de urgência; Téc. = Técnico; Mov. = Movimentação

Na Tabela 1, que se refere aos condutores de veículo de ugência, verifica-se a faixa etária de 35-43 anos, sexo masculino, estado civil variável (02 casados, 01 viúvo e 01 outro), a religião católica.Com relação ao número de filhos notamos que todos têm filhos, e que varia de 01 a 02 filhos. Quanto à formação profissional, o nível de escolaridade dos condutores de veículos de urgência terrestre variou desde 1º grau incompleto até 2º grau completo.

Em relação ao tempo de exercício profissional, os condutores de veículos de urgência terrestre estão entre 15-25 anos, com habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, todos têm cursos de direção defensiva para ambulância, previsto na legislação em vigor (Código Nacional de Trânsito) e na Portaria nº 2048/GM (Brasil, 2002 b). Um, ainda, possui curso técnico de contabilidade e outro curso de transporte de produtos perigosos. O tempo de atuação desses profissionais no APH móvel variou de 9 a 14 anos. Cumprem uma jornada de trabalho de 44 horas semanais, em escala de serviço mensal de 12x36 horas, sendo um deles no horário diurno, dois no horário noturno e um folguista.

Quanto aos motivos que levaram estes profissionais a trabalhar no APH móvel, além do convite da chefia, destacou-se a vontade de conhecer e desenvolver um serviço novo.

Ainda, segundo a Tabela 1, observamos que todos os condutores de veículos de urgência terrestre referiram participação em eventos científicos nos últimos três anos.

Tabela 2– Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da USA - SAMU de Ribeirão Preto, 2005

ENFERMEIRO		PERFIL D	DEMOGRÁFICO	PERFIL PROFISSIONAL							
	IDADE ANOS	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	N° DE FILHOS	ANOS DE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO E OUTROS	CARGA HORÁRIA SEMANAL		TEMPO DE ATUAÇÃO NO	CURSO DE ATUALIZAÇÃO	
							APH	OUTRAS ATIVIDADES	APH MÓVEL (ANOS)	EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS	
EN 10	39	Casada	Não Relatou	01	17	SP. e UTI	20	0	08	Sim	
EN 12	43	Divorciada	Cristã	02	21	UTI, Adm. Hosp. e Mestrado	40	30	10	Sim	
EN 14	42	Casada	Católica	0	19	Licenciatura, SP, Adm. Hospitalar	20	20	10	Sim	
EN 15	44	Solteira	Católica	0	19	Enf. Trab, Enf. Trauma e Mestrado	40	30	10	Sim	
EN 16	47	Divorciada	Cristã apostólica	02	22	Enf. em Pediatria	40	0	09	Sim	

EN= Enfermeiro; SP = Saúde Pública; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; Adm. Hosp. = Administração hospitalar; Enf. Trab. = Enfermagem do trabalho

Na Tabela 2 de profissionais enfermeiros entrevistados, verificamos que a faixa etária variou de 39 a 47 anos, predominando a religião católica e o estado civil variável (sendo 02 casadas, 02 divorciadas e 01 solteira). Quanto ao número de filhos, apenas uma delas relatou não possuí-los; as demais têm número de filhos que variou de 01 a 02. Em relação à formação profissional, observou-se alto grau de especialização, assim distribuído: uma enfermeira com Especialização em Saúde Pública e Enfermagem em UTI, uma com Especialização em Administração Hospitalar, Enfermagem em UTI e Mestrado, uma com Especialização em Saúde Pública, Licenciatura e Administração, uma com Especialização em Enfermagem do Trauma e Mestrado e, finalmente, uma com Especialização em Enfermagem Pediátrica.

Quanto ao tempo de formação, esta variou de 17 a 22 anos de trabalho e o tempo de atuação no APH móvel foi de 08 a 10 anos.

No que se refere à carga horária de serviço na USA – SAMU, observamos que houve uma variação de 20 a 40 horas semanais, sendo que uma das enfermeiras exerce, ainda, a função de Coordenadora de Enfermagem.

Os principais motivos de estas enfermeiras trabalharem no APH móvel foram o interesse e a identificação com as atividades desenvolvidas e a possibilidade de, à época, aumentarem a carga horária de trabalho de 20 horas semanais para 40 horas semanais para a maioria delas, significando uma ganho financeiro melhor. Hoje todas são unânimes em manifestar prazer e realização profissional nesse tipo de assistência em situação de urgência.

As enfermeiras que trabalham em situações emergenciais têm que estar em constante atualização e capacitação, fato este bem evidenciado nesse grupo entrevistado. A maioria dessas profissionais se preocupa em participar de eventos

científicos com o objetivo de se atualizar. É importante ressaltar, também, que no grupo de enfermeiros investigados dois têm pós-graduação *stricto sensu* (Mestrado) que visa à capacitação e à pesquisa na área de urgência e emergência, denotando envolvimento e comprometimento com o tipo de atividade desenvolvida na prática assistencial.

Tabela 3 – Caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos médicos da USA- SAMU de Ribeirão Preto, 2005

MEDICOS	PERFIL DEMOGRÁFICO				PERFIL PROFISSIONAL						
	IDADE ANOS	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO	N° DE FILHOS	ANOS DE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO E OUTROS	CARGA HORÁRIA SEMANAL		TEMPO DE ATUAÇÃO NO	CURSO DE ATUALIZAÇÃO	
							APH	OUTRAS ATIVIDADES	APH MÓVEL (ANOS)	EMERGÊNCIA NOS ÚLTIMOS 3 ANOS	
ME 2	35	Casado	Católica	02	11	Anestesiologia e Doutorado	20	24	06	Sim	
ME 3	42	Casado	Não relatou	01	17	CCP e Mestrado	20	Não relatou	09	Sim	
ME 4	43	Casado	Católica	01	19	UTI e Doutorado	40	20	10	Sim	
ME 5	38	Solteiro	Católica	0	13	CV	20	12	10	Sim	
ME 7	49	Casado	Católica	03	25	Cardiologia	20	12	09	Sim	
ME 8	47	Divorciado	Espírita	02	20	CG e CV	40	20	10	Sim	
ME11	35	Casado	Católica	01	10	CCP	20	24	3a e 6m	Sim	

ME= Médico; CCP = Cirurgia de cabeça e pescoço; UTI = Unidade de Terapia Intensiva; CV = Cirurgia vascular; CG = Cirurgia geral

Na equipe médica estudada, observou-se variação da faixa etária entre 35 e 49 anos e predominância do estado civil casado e da religião católica. O número de filhos variou de 01 a 03.

Quanto à formação profissional, observou-se, também, alto grau de especialização na equipe médica entrevistada: um com Especialização em Anestesiologia e Doutorado, um com Especialização em Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Mestrado, um com Especialização em Terapia Intensiva e Doutorado, um com Especialização em Cirurgia Vascular, um com Especialização em Cirurgia Geral e Vascular e cursando o Mestrado, um com Especialização em Cirurgia de Cabeça e Pescoço e, finalmente, um especializado em Cardiologia.

O tempo de formação profissional dos médicos entrevistados variou entre 10 e 25 anos e o tempo de atuação no APH móvel entre 3 e 10 anos, sendo a carga horária na USA variável entre 20 e 40 horas semanais, com predomínio de 20 horas semanais.

Quanto ao motivo que os levou a trabalhar neste tipo de atividade, predominou a identificação com o tipo de trabalho e assistência.

É relevante também o aspecto da participação em eventos científicos de atualização em urgência e emergência, sendo que todos demonstram participar regularmente destes eventos. Ainda, três dos sete médicos entrevistados são pósgraduados (Mestrado e Doutorado), evidenciando interesse na constante capacitação e no desenvolvimento de pesquisas, colaborando com o crescimento científico na área vivenciada.

Uma vez caracterizado o perfil da equipe multiprofissional que atua na unidade móvel de suporte avançado de APH móvel do SAMU de Ribeirão Preto, passaremos a apresentar a análise do objetivo principal deste estudo, procurando

compreender e descrever pelos depoimentos que emergiram quais as percepções dessa equipe multiprofissional acerca do APH móvel. Além disso, como esta equipe vivencia a atenção ao adulto numa situação de PCR, analisamos quais os sentimentos e emoções são mais freqüentes ao lidar com essa situação. Por fim, procuramos identificar quais as reações desses profissionais em virtude dos agentes estressores a que são submetidos, durante o atendimento a vítimas de PCR em ambiente pré-hospitalar.

As questões norteadoras para o alcance dos demais objetivos deste estudo conduziram à análise das entrevistas, com a equipe multiprofissional do SAMU, que foram centradas nos temas seguintes: o trabalho no APH móvel, sentimentos e emoções na assistência ao adulto em PCR e, por fim, identificação dos agentes estressores no ambiente de trabalho e possíveis reações de estresse no atendimento pré-hospitalar de adultos, vítimas de PCR.

5.2 Análise das falas dos entrevistados

Após realização da *leitura flutuante e análise categorial*, os temas emergentes foram agrupados em 04 (quatro) categorias e 10 (dez) subcategorias, as quais foram analisadas e discutidas nesta mesma seqüência ora descrita, conforme demonstrado a seguir.

CATEGORIAS

- A O trabalho no APH móvel avançado
- B Os sentimentos e emoções da equipe multiprofissional de APH móvel avançado frente ao atendimento à PCR

C Identificação dos agentes estressores no atendimento à PCR

D Reações de estresse no atendimento à PCR

SUBCATEGORIAS

- A1 Desafio / Satisfação pessoal e realização profissional
- A2 Capacitação permanente
- B1 Angústia e ansiedade pelo desconhecido
- B2 Envolvimento emocional
- B3 Presença de populares / Família no local de atendimento à PCR
- B4 Conhecimento Técnico / Trabalho em equipe
- C1 Situação de risco de morte / Emergência
- C2 A morte como sentimento de frustração e tristeza
- C3 Temperatura ambiente / Esforço físico
- D1 Alterações físicas e/ou psicológicas

CATEGORIA A: O TRABALHO NO APH MÓVEL AVANÇADO

De acordo com os relatos dos entrevistados, trabalhar no APH móvel avançado é um desafio que apresenta dificuldades e riscos, porém com a possibilidade de satisfação pessoal, pelo fato de gostarem desse tipo de atividade, ou seja, trabalhar com urgência e emergência. As falas também revelaram que para o trabalho no APH móvel avançado há a necessidade de capacitação permanente, objetivando a qualidade na assistência.

A análise dessa categoria permitiu-nos dividi-la em duas subcategorias que passamos a descrever a seguir:

SUBCATEGORIA A1: Desafio / Satisfação pessoal e realização profissional

- prá mim é um grande desafio ... e é a possibilidade de ser útil numa hora em que as pessoas precisam muito de uma ajuda de alguém capaz (...) (EN15)
- prá mim é um grande desafio ... devido às diferentes ocorrências ... diferentes tipos de atendimento e a própria característica do serviço (...) (EN10)
- uma opção (...) de serviço ... e um desafio de ... manter o tônus e o aprendizado e o treinamento constante pro atendimento de urgência (...) (ME7)
- apesar dos riscos ... me sinto bem (...) gosto de trabalhar na ambulância e me sinto a cada dia aprendendo mais (...) (CVU1)

Explicando melhor: "desafio", segundo o *Novo Dicionário Aurélio*, é o nome que se dá ao 1. ato de desafiar; 2. provocação, porfia; 3. cantoria em duelo, mais violenta do que a cantoria comum. O ato de desafiar não é menos marcado por violência do que o desafio. Desafiar significa: 1. propor duelo ou combate a; 2. instigar, excitar, incitar, provocar; 3. fazer face a, afrontar, arrostar; 4. desinquietar, tentar; 5. chamar a desafio; 6. provocar-se ou instigar-se mutuamente (KIRSCHBAUM, 2002).

O termo desafio verbalizado traz consigo uma implicação subjetiva de

cada elemento da equipe de trabalho, no sentido de abordar o cuidado em APH móvel avançado, como uma atividade complexa e delicada, e que torna-se no mínimo, uma tarefa instigante, uma vez que envolve diversas situações de atendimento, as quais implicam agir com rapidez e eficiência.

O trabalho em urgência/emergência é ressaltado também como realização e prazer, pela variedade de atuações que permite ao profissional estar sempre em contato com atividades novas e com pessoas diferentes, como referidos nos depoimentos a seguir:

- primeiramente é uma ... realização profissional visto que eu gosto desse serviço de urgência e emergência ... e além do que é uma ... atividade médica sem muita rotina ... com eventos que não se repetem... o que deixa o trabalho motivante ... estimulante por si só (...) (ME3)
- é muito bom ... é muita satisfação pessoal ... acima de todas as dificuldades... mas é um blende de emoção ... de tristeza ...de loucura ((risos)) ... acho que é um pouco de tudo ... mas é muita satisfação apesar de TODAS AS DIFICULDADES (...) (EN14)
- de um modo geral ... uma satisfação importante prá mim ... sempre gostei de urgência na parte médica e me realizo completamente com esse tipo de serviço (...) (ME8)

- prá mim é uma satisfação muito grande em tá podendo participar de uma equipe totalmente qualificada prá trabalhar para tal ... e eu fazer parte dela ... prá mim é uma satisfação muito grande a tipo de ... ajudar as pessoas e a tipo de aprendizado também (...) (CVU9)

Paralelamente ao desafio, os entrevistados percebem também uma satisfação pessoal e realização profissional nesse tipo de atividade.

Mendes e Morrone (2002) colocam que o trabalho, como fonte de prazer, pode ser uma das razões pelas quais ele ganha tanta importância na vida do indivíduo e faz com que a maioria dos trabalhadores não perca o desejo de continuar produzindo. Além disso, vê-se nessa atividade a oportunidade de realização e de identidade, colaborando para a alicerçar o indivíduo como sujeito psicológico e social.

Por outro lado, esses autores afirmam, também, que o trabalho pode ser simultaneamente, fonte de prazer e de sofrimento, implicando numa contradição que é guiada por um movimento de luta do trabalhador em busca constante de prazer, evitando-se o sofrimento, com a finalidade de manter seu equilíbrio psíquico, sendo essa a dinâmica responsável pela saúde psíquica.

Assim, o prazer profissional é buscado no cuidado relacional e na afirmação naquilo que ele tem de humano e de suave. Dessa maneira, o trabalhador, no próprio contexto de trabalho, abre espaços para as brincadeiras, para o riso e para o estético, apesar de toda a precariedade existente. Isso significa que no enfrentamento da morte de todos os dias há sempre um espaço maior para o movimento, para a criatividade e para a exaltação da vida (RAMOS, 1996).

SUBCATEGORIA A2: Capacitação permanente

- aqui a gente trabalha salvando vidas ... então eu acho que me empenhei muito em aprender ::: procurar sempre tá pesquisando ... sempre tá perguntando ... sempre tá sabendo o que tá acontecendo durante os atendimentos ... eu acho que isso fez bem prá mim (...) (CVU13)
- é a obrigatoriedade de prestar uma assistência qualificada ...
 estar capacitado ... ajudando as pessoas num momento de
 grande sofrimento em sua vida ... com alteração de toda a sua
 rotina diária (...) (EN12)
- é importante tá capacitado ... essa atividade exige conhecimento técnico ... é importante entender a seqüência do atendimento (...) (ME4)

Nos serviços de urgência e emergência, a capacitação dos profissionais, seja por meio de cursos especializados ou pelo treinamento em serviço, mostra-se importante em virtude da necessidade de prestar assistência ao adulto em situações emergenciais, sendo este aspecto mencionado nas falas da equipe multiprofissional.

A padronização no manejo da reanimação cardiopulmonar é o ponto fundamental na sobrevida de pacientes pós-parada cardiorrespiratória. Cursos que ensinam a padronização destes atendimentos, como os de suporte básico de vida (BLS) e os de suporte avançado de vida em cardiologia (ACLS), desenvolvidos

também pela Sociedade Americana de Cardiologia em conjunto com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e o FUNCOR, já são amplamente difundidos no Brasil (CANESIN; GRION, 2001). Portanto, a necessidade de mudarmos alguns conceitos em nosso sistema de saúde pré-hospitalar é premente, colocando os profissionais da área de saúde e a sociedade de um modo geral em maior contato com a cadeia de sobrevida (por meio da realização de treinamento também para leigos) e disponibilizando maior número de equipamentos específicos para suporte ao atendimento desses pacientes. Somente assim, poderemos alcançar melhores taxas de sobrevida em pacientes pós-parada cardíaca.

Nos depoimentos, identifica-se também a idéia de que a oportunidade de novas aprendizagens e de sua comprovação na prática cotidiana, ou seja, o profissional oportuniza a demonstração na prática vivenciada do conteúdo aprendido de forma instantânea, sugerindo sobremaneira um prazer que compensa qualquer situação de risco ou sofrimento.

Em análise a essa subcategoria, é importante ressaltar que a vivência no processo de assistência ao adulto em situação de PCR, no APH móvel avançado, está articulada com a necessidade de uma educação permanente da equipe multiprofissional, de forma a garantir um cuidado emergencial qualificado.

Pazin Filho et al. (2003) relatam que o tempo é um fator extremamente importante, estimando-se que cada minuto do indivíduo em PCR, sem o devido atendimento, implica na perda de cerca de 10% de probabilidade de sobrevida. É imprescindível que todo profissional de saúde, em especial, os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-USA), tenha conhecimento atualizado e habilidades desenvolvidas para atuar diante da vítima em PCR, com as manobras básicas e avançadas que compõem o atendimento, evitando o caos e o

pânico, com vista a assegurar um atendimento com qualidade, melhor prognóstico e minimizando a ocorrência de iatrogenias durante a PCR. Por fim, é importante ressaltar o papel e a necessidade de cada elemento dessa equipe, ou seja, cada um dentro da sua categoria profissional compondo o atendimento à vítima no seu todo, cujo objetivo é oferecer um atendimento seguro e adequado.

CATEGORIA B: OS SENTIMENTOS E EMOÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO ATENDIMENTO À PCR, NA UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA DE APH MÓVEL

Para uma melhor compreensão, faz-se necessária a explicação de que há um local responsável no córtex cerebral, pela tomada de consciência das emoções que sentimos e, simultaneamente com a consciência dessas emoções, nosso organismo manifesta alterações orgânicas compatíveis. São respostas do sistema nervoso autônomo (SNA) ou vegetativo, por isso, chamadas de respostas autonômicas. Para a ocorrência dessas respostas autonômicas, sejam elas endócrinas, vegetativas (palpitação, sudorese, etc) ou motoras, há necessidade de um comando neurológico. Para tal, quem entra em ação são as porções subcorticais do sistema nervoso, tais como o hipotálamo e o tronco cerebral. Essas respostas são importantes, pois preparam o organismo para a ação necessária e comunicam nossos estados emocionais ao ambiente e às outras pessoas (POTTER; PERRY, 1998).

Os profissionais que trabalham no serviço de APH móvel avançado vivenciam os mais diversos sentimentos e emoções diante de diferentes tipos de atendimentos.

No serviço de emergência, essa relação é rápida pela natureza do

encontro entre o paciente crítico e a equipe de saúde, mas é aprofundada e expressada por meio dos sentimentos que afloram na situação de emergência (CONDORIMAY, 2003).

Sendo assim, no estudo desta categoria a mesma subdividiu-se em quatro subcategorias, demonstradas a seguir:

SUBCATEGORIA B1: Angústia e ansiedade pelo desconhecido

- é a parada cardiorrespiratória depende muito ... de qual é a faixa etária mais ou menos (...) sendo um paciente de mais idade ou com uma doença crônica ... a reação da gente é mais tranqüila ou não ... uma parada numa criança ou adulto de forma inesperada ... por violência ... a reação é um pouco diferente com grau de ansiedade maior na identificação do motivo que levou à parada cardiorrespiratória ... não propriamente no atendimento que é a mesma coisa em linhas gerais (...) mas o inesperado da situação é que traz um certo grau de ansiedade prá gente (...) (ME3)
- é a gente assim ... hoje não ... mas antigamente a gente sentia um friozinho na barriga ... a gente ficava nervoso ... ansioso ... até chegar no local (...) (CVU6)
- desafiar o desconhecido ... é ...talvez a possível sensação de incapacidade de não conseguir (...) o atendimento em si

passa a ser protocolado e não traz nenhum estresse na sua execução ... porém as adversidades dos locais ... residências ... ruas ... estradas ... é a causa de grande estresse ... grande angústia e ansiedade ... pois por muitas vezes as situações são muito inesperadas (...) (EN12)

- é um estresse ... porque você nunca sabe dos limites que vai encontrar ... é uma adrenalina pura ... porque você sabe que é uma situação de maior risco pro paciente que você jamais pode falhar naquele momento ... porque a vida dele depende das suas ações (...) (EN15)

A ansiedade mantém-se fisiologicamente presente e carrega consigo o sentimento do medo, sua sombra inseparável. Fazem parte da natureza humana certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva de sofrimento.

A ansiedade passou a ser objeto de distúrbios quando o ser humano colocou-a não a serviço de sua sobrevivência, como fazia antes, mas a serviço de sua existência, com o amplo leque de circunstâncias quantitativas e qualitativas desta existência. Assim, o estresse passou a ser o representante emocional da ansiedade. O fato de um evento ser percebido como estressante não depende apenas da natureza do mesmo, como acontece no mundo animal, mas do significado atribuído a este evento pela pessoa, de seus recursos, de suas defesas e de seus mecanismos de enfrentamento. Isso tudo diz respeito mais à personalidade que aos eventos do destino em si (BALLONE, 2002).

No ser humano, o conflito parece ser essencial ao desenvolvimento da ansiedade. Em nosso cotidiano, sem termos plena consciência, experimentamos um grande número de pequenos conflitos, interpessoais ou intrapsíquicos; as tensões entre ir e não ir, fazer e não fazer, querer e não poder, dever e não querer, poder e não dever, e assim por diante. Portanto, motivação fisiológica para o aparecimento da ansiedade é freqüente.

A ansiedade pode se manifestar em três níveis: neuroendócrino, visceral e de consciência. O nível neuroendócrino diz respeito aos efeitos da adrenalina, noradrenalina, glucagon, hormônio antidiurético e cortizona. No plano visceral, a ansiedade corre por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o qual reage se excitando (sistema simpático) na reação de alarme ou relaxando (sistema vagal) na fase de esgotamento. Na consciência, a ansiedade se manifesta por dois sentimentos desagradáveis: 1-por meio da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação, etc. e, 2- por meio da consciência de estar nervoso ou amedrontado (BALLONE, 2002).

Os padrões individuais de ansiedade variam amplamente. Alguns têm sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, sudorese ou opressão no peito, outros manifestam sintomas gastrointestinais como náuseas, vômito, diarréia ou vazio no estômago, outros ainda apresentam mal-estar respiratório ou predomínio de tensão muscular exagerada, do tipo espasmo, torcicolo e lombalgia. Enfim, os sintomas físicos e viscerais variam de pessoa para pessoa. Psicologicamente a ansiedade pode monopolizar as atividades psíquicas e comprometer, desde a atenção e a memória até a interpretação fiel da realidade (BACHION et al., 1998).

SUBCATEGORIA B2: Envolvimento emocional

- quando a gente chega no local ... na situação ... não tem como não ter envolvimento emocional ... a gente sempre se impressiona e acaba se envolvendo naquela situação ... a gente acaba vivenciando a situação junto com a família ... como se fosse uma pessoa da família da gente que estivesse ali (...) (EN10)
- é inicialmente havia um envolvimento até sentimental ... hoje já há um lado muito profissional ... você vai tá analisando se é uma parada e o que eu posso fazer por ela (...) (ME5)
- ...existe um envolvimento emocional e muitas vezes é sublimado ou... racionalizado até prá não sofrer... porque não é fácil (...) (EN14)

Em atenção aos relatos, mesmo acontecendo o atendimento numa situação de emergência, de forma rápida e com pouco contato pessoal, a relação interpessoal e o envolvimento pessoal foram tão grandes que alguns profissionais compartilharam a situação vivenciada com os integrantes de sua família.

O vínculo existente é visto como uma relação de apego que é concebida como qualquer forma de comportamento em que uma pessoa alcança e mantém a proximidade com outro indivíduo diferente.

A situação de vida/morte gera sofrimento na equipe de profissionais da saúde, principalmente pelo caráter humano desse trabalho, em que o envolvimento

afetivo com as pessoas assistidas é inevitável (MARTINS, 2000).

Os profissionais da equipe multiprofissional necessitam e devem envolverse emocionalmente com o paciente e com outras pessoas, se desejam manter uma relação autêntica, pois o envolvimento é vital na relação terapêutica, uma vez que promove empatia e permite que os profissionais conheçam melhor o paciente e atendam às suas necessidades, sem prejuízo no desempenho de suas funções (LUNARDI et al., 2001).

SUBCATEGORIA B3: Presença de populares/Família no local de atendimento à PCR

- a família sempre é um fator de tumultuar o atendimento ... e assim a pressão mesmo prá você resolver o caso ... se você está fazendo corretamente ... de tá sendo útil para o paciente ... mas depende muito do atendimento se o paciente tem chance ... se o paciente parou na sua frente o estresse é maior ... do que se você chegou lá e ele já estava parado e você acha que ainda tem chance de reverter (...) (ME2)
- na parada cardiorrespiratória ... o atendimento técnico basicamente não muda ... só que a abordagem dependendo da situação ... do local onde a gente é chamado muda muito ... inclusive até em algumas situações que nem há indicação de recuperação dessa parada cardiorrespiratória muitas vezes se é feito motivado por pressões externas de familiares ... de

transeuntes ... de pessoas do público que não se conformam em ver algo que não tenha a possibilidade de ser feito nada com a presença de uma equipe de urgência (...) então ... as situações de parada vão variar de acordo com a idade ... com o paciente ... e com o local onde a gente está ... muitas vezes em locais mais ermos ... numa favela ... na rua ... eventualmente há a necessidade de remover a pessoa em óbito prá dentro da viatura prá se constatar o óbito e até fazer manobras de recuperação dessa parada cardiorrespiratória (...) bom e como lidar com a família? ... na verdade a dificuldade que eu tenho é comigo mesmo né (...) de lidar com a morte ... independente de lidar com isso há muito tempo ... mas ainda não é uma coisa trangüila lidar com a morte e com os familiares normalmente o silêncio é o melhor caminho que a gente tem (...) na verdade lidar com a família não é o mais difícil ... é lidar com a gente mesmo e ver a própria incompetência de reverter a situação (...) (ME3)

- é muito constrangedor a gente tá no local tentando reverter a parada e os familiares tudo em volta esperando que você ressuscite aquela pessoa ... principalmente quando você não consegue fazer nada e vai a óbito (...) (CVU6)
- querendo ou não nós estamos sendo supervisionados ... apesar de serem leigos ... esses familiares ou pessoas

presentes na cena ... muitas vezes nós temos que mudar nossa forma de atendimento ... alguma forma de utilizar o protocolo em virtude da cena que a gente tá presenciando e não estar num ambiente realmente adequado (...) (ME4)

- eu procuro tratar todos esses pacientes que a gente pega na rua com atendimento crítico de vida ... como se todos fossem meus parentes ::: a gente nunca erra fazendo isso ... mas é complicado ... você tem que trabalhar muito bem essa questão da família ... você tem que tratar com humildade ... com respeito ... tentar ter paciência porque eles tão desesperados ... e ao mesmo tempo temos que lidar com a situação da parada ... com estresse do atendimento ... o estresse da família ... então é complicado ... você tem que ser técnico e ao mesmo tempo humano ... tem que trabalhar muito bem isso prá não ser agressivo com as pessoas (...) (CVU13)
- e se tiver familiares presentes me traduz a necessidade de um segundo acolhimento após o atendimento à parada ... que é acolher a família e o desespero daquela família ... que é orientar ... estruturar e acolher em todos os sentidos (...) (EN12)

Considerando o indivíduo como um todo, em análise das falas, a família pode ser um problema. A família é muitas vezes vista mais como um aborrecimento,

e a equipe de saúde não entende que, em determinadas situações, há a necessidade de tratar o paciente e também a família, e que isto faz parte de todo o processo. Pelo lado dos familiares, existem a desconfiança, o desespero e o medo, porque aquele momento não era o desejado, e o cenário vivenciado numa situação de parada cardiorrespiratória é de uma experiência ruim. Enfim, qualquer que seja a razão, aquele instante não foi uma escolha pessoal, e nos dias de hoje cada vez mais o paciente é tratado num local desconhecido e por profissionais que não o conhecem, aumentando, ainda mais, todos os sentimentos negativos que envolvem tanto os familiares quanto a equipe de atendimento.

Em relação também aos familiares, é muito comum o não-entendimento completo das situações e é freqüente a equipe de atendimento falar termos técnicos, fazendo a família não entender exatamente o que está acontecendo, ou ainda ficando todos em silêncio, ou ainda, falando com um certo receio de criar envolvimento, de uma forma vaga e de difícil entendimento, justificando essas atitudes pela necessidade de intervenções técnicas imediatas, não sendo possível dar explicações às famílias naquele instante.

Os participantes expressaram suas dificuldades em lidar com a família, conforme revelaram as falas, e ainda colocaram que essa situação envolve ações importantes, ou seja, fornecer a informação adequada e condizente com o nível de entendimento dos familiares, e ainda compreender o momento de sofrimento e fragilidade emocional das famílias nessas situações de atendimento crítico.

A informação adequada e o preparo emocional da equipe para lidar com o sofrimento da família são estratégias imprescindíveis para que a equipe multiprofissional possa cuidar integralmente de seu cliente (paciente e família). O necessário é que haja um prévio preparo que possibilite um manejo da situação.

SUBCATEGORIA B4: Conhecimento Técnico / Trabalho em equipe

- é o ponto máximo nosso de ((risos)) de atenção ao paciente
 e cuidados ... utilizando toda técnica que a gente aprendeu e
 realiza durante o atendimento (...) (ME11)
- a gente tem que trabalhar em cima daquilo da seqüência de atendimento ... em equipe prá poder salvar aquela vida (...) (CVU13)
- depende da equipe de trabalho ... senão eu fico estressado e nervoso (...) (CVU1)
- é uma vivência de muitos anos nesse tipo de atendimento ...
 e muito tempo estudando ... conhecendo a equipe de trabalho
 ... eu fico mais tranqüila (...) (EN10)
- a gente vai imbuído de todo o equipamento ... não só pessoal mas de conhecimento técnico prá equipe realizar um bom trabalho ... e é frustrante quando a gente não consegue fazer isso (...) (ME8)
- O trabalho em equipe, segundo os relatos das falas, demonstra a importância da equipe multiprofissional envolvida nos esforços para tratar com dignidade o paciente, considerando-o nos seus aspectos biológicos, sociais,

psicológicos e espirituais. A interdisciplinaridade deve ir além da mera justaposição de disciplinas. O conceito de interdisciplinaridade fica mais claro quando se considera o fato trivial de que todo conhecimento mantém um diálogo permanente com outros conhecimentos, que pode ser de questionamento, de confirmação, de complementação, de negação, de ampliação e de iluminação de aspectos não distinguidos (PARECER Nº CEB15/98). Na equipe interdisciplinar, há um encontro e cooperação entre duas ou mais disciplinas (ROMANO, 2003).

A transdisciplinaridade que, segundo Hernandez (1998), relata como um fenômeno de pesquisa requer a formulação explícita de uma terminologia compartilhada por várias disciplinas, e uma metodologia compartilhada que transcende as tradições de campos de estudo que tenham sido concebidos de maneira fechada. A transdisciplinaridade representa uma concepção da pesquisa baseada num marco de compreensão novo e compartilhado por várias disciplinas e que vem acompanhado por uma interpretação recíproca das epistemologias disciplinares. A cooperação, nesse caso, dirige-se para a resolução de problemas e se cria a transdisciplinaridade pela construção de um novo modelo de aproximação da realidade do fenômeno que é objeto de estudo.

Trabalho em equipe emerge como modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. No bojo da relação entre trabalho e interação, os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração da equipe de trabalho, fortalecendo a questão de que trabalho em equipe não é apenas um trabalho em grupo.

Os depoimentos revelaram, também, que um dos principais fatores causadores de estresse para a equipe multiprofissional é a própria relação entre os

membros da equipe. Esse fato é decorrente da falta de compromisso e entendimento, por parte de alguns componentes desse grupo de trabalho, do que seja trabalhar em equipe, fato este que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente. O trabalho em APH mostra-se bastante estressante, e o grupo que atua nessa área em especial requer cuidados específicos, pois o resultado do seu trabalho depende da equipe como um todo.

Na maioria das vezes, os plantões transcorrem em um ambiente de agitação, o que exige atenção e cuidado rigoroso de todos os integrantes da equipe. As atividades são intensas e, geralmente, os atendimentos são realizados com pacientes muito graves. A capacidade de relacionamento da equipe deve ser estimulada para que as boas relações possam acontecer, pois um dos estressores enfrentados pelo grupo de trabalho é a falta de coleguismo e de compromisso entre os membros da equipe de saúde.

Apesar da definição bastante clara do papel exercido pelos diferentes profissionais, existem circunstâncias em que as funções são comuns, e isso deve ser desenvolvido de maneira natural. Essa naturalidade somente será possível na imbricação de funções, se for adotada uma perfeita uniformidade de linguagem na constituição do grupo, evitando-se que idéias ou terminologias conflitantes possam dificultar a assistência ao paciente.

CATEGORIA C: IDENTIFICAÇÃO DOS AGENTES ESTRESSORES NO ATENDIMENTO À PCR

Em virtude da constante expectativa de liberação da USA para atendimento a casos de urgência/emergência, da alta complexidade técnica nos procedimentos a serem praticados, muitas vezes com pacientes sujeitos a

mudanças súbitas no estado geral, o ambiente de trabalho caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes e seus familiares.

Essas situações criam tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam negativamente na qualidade da assistência prestada aos clientes.

Nessa perspectiva, a compreensão da realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em atendimento pré-hospitalar móvel – USA requer, entre outras coisas, a identificação dos fatores que dificultam a sua atuação, os quais podem estar contribuindo para a má qualidade do atendimento ao paciente e sua família, gerando o distanciamento, o estresse e o sofrimento da equipe.

Nos depoimentos analisados dos entrevistados nessa categoria, apresentaremos três subcategorias referentes à identificação dos agentes estressores no atendimento à PCR.

SUBCATEGORIA C1: Situação de risco de morte / Emergência

-...a partir do momento que nós recebemos um chamado já caracterizado sendo uma parada cardiorrespiratória a gente vai esperando um... tudo né ... é grave ... e eu tenho que manter meu autocontrole emocional prá eu tá podendo chegar no local com a equipe (...) (CVU9)

-...você sabe que a situação é crítica e o paciente precisa de assistência total de qualidade e condições naquele instante (...) (EN15)

Os sentimentos de responsabilidade para com o outro, a impossibilidade de melhor atendimento e o desgaste emocional foram descritos como emoções percebidas nas situações de assistência às vítimas em risco eminente de vida, aspectos que denotam grande "peso" da profissão, principalmente nos casos de insucessos.

Alguns autores referem que o grau de responsabilidade para com as pessoas vem sendo destacado como estressor no ambiente de trabalho, e a satisfação no desempenho da profissão tem ação redutora do estresse (SILVA, 1998; COOPER apud STACCIARINI, 1999).

A violência em alguns casos atendidos, assim como o envolvimento com crianças, idosos e familiares, também aparecem como fatores estressantes. Este aspecto vai ao encontro do que PELLETIER (1997) refere,

"atitudes, crenças e estados emocionais que vão de amor e compaixão a medo e raiva, podem desencadear reações que afetam a química do sangue, a freqüência cardíaca e a atividade de cada célula e sistema orgânico do corpo" (p.15).

Embora esses conteúdos tenham aparecido nas entrevistas, vale relembrar que as respostas frente a essas situações são individuais e o que uma pessoa considera estressante pode não ser para a outra (PELLETIER, 1997, BACHION et al., 1998).

Vários autores levantaram aspectos semelhantes que enfatizam também a questão da sobrecarga de trabalho, prazos rígidos e jornadas prolongadas como elementos estressores em distintas categorias profissionais (SILVA, 2000).

SUBCATEGORIA C2: A morte como sentimento de frustração e tristeza

 quando há uma perda de vida ... tem um contexto pessoal de frustração profissional e existe um estresse emocional (...)
 (ME7)

- depois do atendimento vem o sentimento de frustração ...
você não conseguiu realizar bem o serviço ... o paciente tinha
uma condição boa ... era jovem ... que às vezes você não
conseguiu desempenhar um bom papel ... então essas
alterações vêm depois (...) (ME8)

- quando a gente reverte o paciente a gente tem satisfação plena ... ((risos)) uma sensação de realização né ...quando o paciente evolui para óbito a gente fica muito triste ... mas é o nosso serviço ... às vezes salva ... às vezes não salva (...) (ME11)
- eu acho o seguinte ... eu trabalho muito bem depois desses nove anos de atendimento de urgência ... eu me concentro naquilo que eu tenho que fazer ... a gente tá alí prá salvar ... depois do atendimento a gente para prá analisar e só aí eu sinto aquele vazio da gente não ter revertido a parada ou satisfação de ter conseguido reverter (...) (CVU13)

Como forma de iniciar a discussão, a pesquisa sobre "Aceitação e Conhecimento do Tema Morte ou Morrer", realizada com alunos dos cursos de Medicina e de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e divulgada na Revista do CREMESC, mostra como constatações finais a necessária abordagem da questão. A impotência e tristeza são os sentimentos que mais atingem os 158 acadêmicos pesquisados. Diante da morte dos enfermos, a maioria se sente

despreparado para lidar com o fato.

Observamos que, para os sujeitos deste estudo, a morte representa a impotência, o sofrimento e a perda. Ficou evidente a relutância dos profissionais em aceitar a morte como parte do processo vital, como verdade conhecida e irrefutável e não decorrente de falha do tratamento (SPÍNDOLA; MACEDO, 1994).

A equipe multiprofissional, em sua prática, lida constantemente com as perdas alheias, sendo, portanto, necessário aprender a superá-las ou desenvolver mecanismos de adaptação, fortalecendo-se como pessoa para, dessa forma, apoiar os pacientes e familiares nos momentos de suas perdas (GOES, 2000).

As ações da equipe devem favorecer a geração de condições, para que o cuidado possa produzir crescimento e transformação, a despeito das circunstâncias, pois a finalidade do cuidado é ajudar o indivíduo a crescer, seja para viver ou para morrer (LOURENÇON, 1998). Assim, é fundamental que exista um espaço para se falar sobre a morte e o morrer, pois vivenciar esse processo é condição inerente aos profissionais que lidam com a vida e dela cuidam (SILVA, 2000).

Esses achados se identificaram com a literatura, quando se argumentou que os profissionais da saúde apresentaram os sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza quando assistiram o paciente em iminência de morte (SPÍNDOLA, MACEDO, 1994; LOURENÇON, 1998).

Diante de tudo o que foi exposto, observamos que os profissionais de saúde que trabalham numa unidade de atendimento pré-hospitalar móvel avançado, amparados de todos os recursos tecnológicos, conseguem compreender os limites de sua profissão e que, ao prolongarem o sofrimento de um paciente em PCR e sem prognóstico, estão indo contra a filosofia da morte. Esses diferentes posicionamentos podem estar relacionados à formação individual de cada pessoa.

Sentimentos de impotência podem provocar sofrimento na equipe multiprofissional que questiona freqüentemente o que poderia ser feito ou o que teria deixado de se fazer para recuperar ou manter a vida do adulto em PCR que estava sob seus cuidados. Junto a essas questões eles, ainda, vivem os conflitos entre a vida e a morte.

Observamos que os profissionais da equipe, participantes deste estudo, manifestaram comportamentos e reações com a morte de seus pacientes, os quais, em conjunto, podem indicar a vivência do processo de luto.

Quando buscamos a temática do luto na literatura, observamos que a maioria dos trabalhos traz uma discussão sob a perspectiva do familiar. Contudo, alguns mencionam a possibilidade do profissional de saúde vir a viver o luto ao se deparar com a morte de seus pacientes, sem, entretanto, aprofundar a discussão (PITTA, 1990; MARTINS, J., 2000; FONSECA, 2002; FRANCO, 2003).

Nos depoimentos obtidos, foi demonstrado, também, que várias outras situações tiveram impacto nos profissionais, quais sejam: o contexto e as circunstâncias em que a morte ocorreu, os momentos que a antecederam, os comportamentos e as despedidas da família. De acordo com os sujeitos entrevistados, muitas dessas situações deixaram marcas difíceis de serem esquecidas.

Assim, trabalhar com pacientes em situação de PCR, ou seja, em iminência de morte, não é fácil. Para proporcionar uma assistência que atenda às necessidades desses pacientes, os profissionais devem ter consciência e compreensão do que precisam oferecer. Porém, observamos que eles têm pouco preparo para trabalhar a situação da morte do paciente, acabando por realizar suas atividades sem discutir essas dificuldades com os outros membros da equipe.

SUBCATEGORIA C3: Temperatura ambiente /Esforço físico

- existe um estresse físico devido às manobras de reanimação ... dependendo do local onde tá a vítima ... com sol calor ... não é fácil ... então existe um pouco de estresse físico por causa disso (...) (ME11)

O conforto humano em seu trabalho deve ser sempre considerado, em se tratando de estresse. Como enfatizamos sempre, não devemos privilegiar apenas as razões emocionais em relação ao estresse, por ser este uma alteração global do organismo (não apenas emocional).

Aqui deve ser considerado o conforto térmico, acústico, as horas trabalhadas ininterruptamente, a exigência física, postural ou senso-perceptiva e outros elementos associados ao desempenho profissional. Ambientes termicamente hostis, baixa umidade do ar e contacto com agentes agressivos à saúde são alguns dos agressores físicos a que alguns trabalhadores estão submetidos. Já a prática das atividades profissionais em posições antifisiológicas, a repetição de exercícios danosos e a permanência exagerada em atitudes cansativas fazem parte das exigências posturais a que são submetidas algumas pessoas durante o trabalho (MEZOMO,1994). O mesmo autor relata, ainda, que há uma compreensão de que a produtividade está relacionada a fatores como a climatização do ambiente, a obrigação de cumprimento de rotinas e a sua adequação, a motivação pessoal, as conviçções e o desenvolvimento individuais, a participação dos envolvidos na execução das atividades laborativas, o comprometimento com a qualidade e a contribuição do trabalho individual para com o todo. Da mesma forma, colaboram

para a produtividade: as características positivas das pessoas, as expectativas de respeito, as reações de emoção, a maior autonomia e a qualidade na produtividade, o maior número de líderes, a valorização individual do trabalho, a redução do estresse e dos fatores estressores existentes, a baixa margem de erros e o alto índice de satisfação.

Mesmo sendo relato de apenas um elemento da equipe, pensamos ser relevante este depoimento, uma vez que a situação climática em nossa área de atendimento, com temperaturas elevadas, é fator gerador de estresse, influenciando na qualidade de atendimento dispensado ao paciente, principalmente em situação de PCR, o que demanda não somente conhecimento técnico, mas também um grande esforço físico. Dizemos isso como membro integrante dessa equipe e que também corrobora dessa percepção, assim como acrescentamos a necessidade de estarmos atentos à temperatura interna da viatura, fator determinante da estabilidade e eficácia de alguns medicamentos utilizados nos atendimentos.

CATEGORIA D: REAÇÕES DE ESTRESSE NO ATENDIMENTO À PCR

Voltamos novamente a Selye (1956) que define estresse como sendo o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de afeto mental ou somático e que estressor é todo o agente ou demanda que evoca reação de estresse, seja de natureza física, mental ou emocional, sendo esta última um dos mais ativadores.

A preocupação científica com a questão do estresse reside na sua provável relação com o adoecimento ou sofrimento que ele provoca (BIANCHI, 1990).

Os sintomas físicos mais comuns são: fadiga, dores de cabeça, insônia,

dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (FILGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

Mesmo em relação aos sintomas, os estudos não são conclusivos e são motivos de controvérsias. Aparentemente, a existência do estresse é um consenso entre os teóricos, ainda que haja uma falta de precisão quanto ao termo. Não existe consenso, entretanto, em relação ao que é estudado: a resposta, o estímulo, a interação entre termos, a reação fisiológica, psicológica e social, as respostas individuais ou universais (MARTINS et al., 2000).

Em relação à reação ao estresse gerado pelo atendimento a pacientes em parada cardiorrespiratória podemos subdividir a categoria em uma subcategoria, descrita a seguir:

SUBCATEGORIA D1: Alterações físicas e/ou psicológicas

- a gente fica nervoso ... estressado ... é estressante um atendimento de PCR (...) a gente tem que ter um escape ... e eu comento tudo que aconteceu com a minha esposa pelo menos sinto que vai dando um alívio (...) (CVU6)
- sinto taquicardia ... sudorese ::: às vezes náuseas ... e a sensação de diarréia pós-estresse... percebe ... tudo isso realmente acontece (...) (ME7)

- existe uma taquicardia associada à sudorese ... existe uma tentativa de racionalizar o sentimento por meio de fuga de pensamentos totalmente diferentes ...adversos daquela situação ... e às vezes a gente percebe períodos de pequenas explosões por coisas bobas ... às vezes você passa por momentos de raiva interna (...) (EN12)

- inconscientemente talvez eu ache que esses aspectos físicos e psicológicos não influenciem no meu cotidiano mas conscientemente sim ...porque durante a entrevista eu tô sudorética ...eu tô taquicárdica ...((risos)) e é muito interessante porque eu acho que falar dessas coisas traz ansiedade ... veja bem ... acho que faz parte do meu perfil pessoal ... e eu tento minimizar isso através de algumas coisas mas assim mesmo não é fácil ... mas não deixa de ser instigante e desafiador (...) (EN14)
- eu acho que a gente controla bem hoje em dia o nosso estresse ... por ter vivenciado várias experiências muito semelhantes ... afinal de contas são dez anos em cima disso ... hoje nós temos mais domínio do que fazer no ambiente préhospitalar frente uma parada cardiorrespiratória ... só quando a situação é muito atípica que a gente fica estressado (...) (ME4)

- a gente vai todo empenhado no percurso e chegando até lá pode encontrar várias situações e tudo isso gera um estresse ... um cansaço físico e psicológico (...) (CVU9)

Os conteúdos denotam que o estresse é sempre entendido como algo negativo associado, principalmente, às manifestações fisiológicas, com algumas referências aos aspectos de ordem psicológica. Esses achados vão ao encontro com o que diz STACCIARINI (1999), quando refere que o estresse é compreendido e pesquisado como algo oriundo de aspectos negativos.

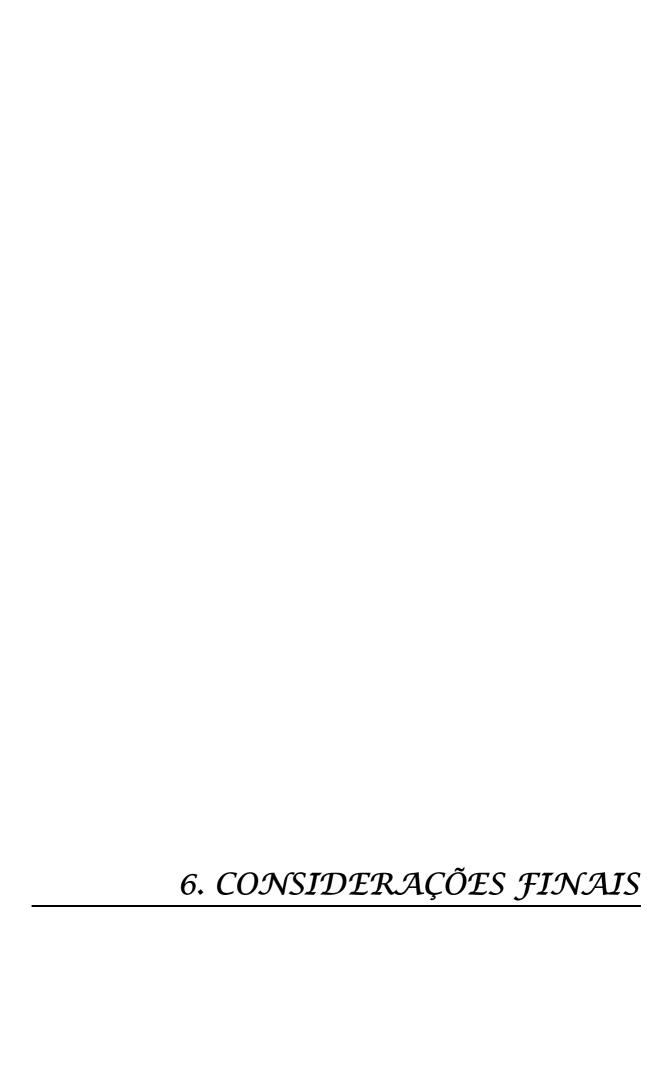
Como dizia Shakespeare, "as coisas raramente são boas ou más, nosso pensamento é que as faz assim".

Assim sendo, a ordem para desencadearmos o estresse é sempre determinada por razões subjetivas e pessoais. O estresse começa quando nós percebemos ou entendemos uma situação, uma pessoa, um acontecimento ou um objeto como sendo um fator estressante, de acordo com nossa interpretação subjetiva (BALLONE, 2002).

Fica evidenciado na equipe multiprofissional, por meio dos relatos, o enfrentamento de freqüentes reações físicas e psicológicas no evento de PCR, sendo que alguns elementos da equipe verbalizam o contrário, ou seja, justificam estar muito tempo nessa atividade e, portanto referem não apresentar reações de estresse. Isso na verdade é questionável diante das situações de *coping* utilizadas pelos profissionais para esses freqüentes agentes estressores identificados.

De acordo com os depoimentos, está claro que, mesmo vivenciando o atendimento emergencial há muito tempo, a maioria dos profissionais ainda demonstra reações físicas e/ou psicológicas nos momentos de atendimento a

pacientes em PCR, tais como ansiedade, taquicardia, sudorese, tremores, náuseas e diarréia.



Considerações Finais 109

A realização deste trabalho possibilitou a reflexão e a compreensão das dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional que atua em uma unidade de suporte avançado de atendimento pré-hospitalar móvel, na assistência ao adulto em parada cardiorrespiratória.

Constatamos que a equipe multiprofissional enfrenta diferentes sentimentos e emoções que permeiam as situações vivenciadas durante a assistência, sendo eles próprios deste tipo de atividade profissional e decorrentes do fato de lidarem com situações inesperadas, de vivenciarem emoções ambíguas, do medo do desconhecido, da possibilidade do envolvimento emocional, do contato com familiares e populares, do lidar com a morte, da necessidade do trabalho em equipe e da integração dessa equipe. Por fim, essas emoções surgem, muitas vezes, em decorrência das próprias reações físicas e psicológicas que aparecem em conseqüência de todos esses sentimentos. Muitas vezes, a equipe tenta racionalizar esses sentimentos e emoções, resultando no fato de alguns profissionais não os perceberem, relatando que, depois de tanto tempo nesta atividade, não sentiram nenhum tipo de reação de estresse.

Tendo em vista a temática desenvolvida neste estudo, não cabe aqui generalizações, mas, sim, o esforço de compreender como essa equipe multiprofissional atua num ambiente de trabalho assistencial centrado em procedimentos técnicos, em que a habilidade, o tempo, a tomada de decisões, o trabalho em equipe, a liderança e a capacitação profissional são fundamentais para se alcançar um objetivo comum, qual seja, a recuperação da vida de um indivíduo num momento crítico.

Dentro dessa perspectiva, notamos, ainda, que independentemente da categoria profissional dos membros da equipe ou de sua formação universitária, a

Considerações Finais

avaliação da vivência das situações de PCR são semelhantes, revelando que viver esses momentos envolve muito mais que conhecimento técnico e habilidade profissional, ou seja, existe todo um sentimento e emoção daquele determinado instante.

A exposição dos profissionais da USA em situações determinantes de fortes emoções, como o atendimento em PCR, considerada nesta pesquisa como "a parte mais delicada" da prática profissional, é geradora de estresse, ansiedade e até insegurança o que evidencia, portanto, que essa equipe multiprofissional vivencia diariamente a real possibilidade de sofrimento psíquico, podendo gerar um processo profissional negativo e frustrante.

Denota-se, por meio deste estudo, a necessidade de que a equipe promova momentos para reflexão e discussão acerca dos aspectos técnicos, científicos e éticos referentes ao cuidado tanto dos pacientes críticos, em PCR, quanto das diferentes situações envolvidas no processo de atuação profissional, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento e do relacionamento interpessoal.

Das considerações feitas até aqui, vale ressaltar a necessidade de que seja dada a devida ênfase às relações humanas. Dessa maneira, será possível a concretização de ações primordiais como: promover a comunicação e a integração efetiva dessa equipe multiprofissional, possibilitar a discussão e a reflexão sobre os dilemas da prática profissional no cuidado dos pacientes em PCR, viabilizar o desenvolvimento de mecanismos de adaptação, com métodos eficazes de controle do estresse e, ainda, solicitar apoio terapêutico com especialistas, psicólogos ou psiquiatras, caso seja necessário, para que tornem a equipe apta a lidar com todos esses sentimentos existentes, dentro do contexto do atendimento pré-hospitalar

Considerações Finais

móvel avançado em situação de PCR.

Diante da importância desse tipo de serviço, de atendimento préhospitalar móvel, vê-se a necessidade de se proporem formas para que seja alcançado um equilíbrio do nível de estresse individual e coletivo, evitando-se que sejam atingidos os limites de sofrimento psíquico.

Assim, são necessárias outras investigações neste âmbito de atuação, pois as seqüelas advindas do estresse podem comprometer a vida social e pessoal do indivíduo. É fundamental o aprofundamento nessa área, abordando outros aspectos da vivência profissional e focando outras equipes de trabalho préhospitalar existentes.

Tendo a consciência de não pretender com este estudo esgotar os vários aspectos que envolvem esse tema, uma vez que também vivenciamos essa situação, enquanto enfermeira assistencial e pesquisadora integrante dessa equipe multiprofissional investigada, reiteramos a riqueza de questões levantadas por esses profissionais, as quais merecem a reflexão de posteriores estudos. Gostaríamos, por meio desta pesquisa, de presenciar possíveis transformações dentro das possibilidades elencadas, embora saibamos que algumas dificuldades residam tanto na estrutura organizacional e institucional do próprio SAMU de Ribeirão Preto quanto nas relações interpessoais dos membros da equipe de trabalho.

7 REFERÊNCIAS¹⁾

¹ Esta dissertação foi elaborada de acordo com as normas da UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP: documento eletrônico e impresso. São Paulo: SIBI-USP, 2004.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M. Ressuscitação cardiorrespiratória. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico.** São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.9, p. 221-242.

ARAÚJO, S. Ressuscitação cardiopulmonar cerebral. In: RATTON, J.L.A. **Medicina Intensiva.** São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 2, p. 2-16.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M.; CARIELI, M.C.M. Ressuscitação cardiorrespiratória. Parte I. **Rev. Bras. Clín, Terap.,** v.2, p.80 – 88, 2001a.

ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I.E.M.; CARIELI, M.C.M. Ressuscitação cardiorrespiratória. Parte II. **Rev. Bras. Clín, Terap.,** v.2, p.89 – 102, 2001b.

ATLS – Advanced Trauma Life Support. American College Surgeons, Chicago, 3^a ed., 1997.

BACHION, M.M. ARAÚJO, L.A.O., ALMEIDA, A.A.M.C., SANTANA, R.F. et al. Estresse, Ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. In: **Revista Mineira de Enfermagem.** 2 (1): 33-39, jan-jun .1998.

BALLONE, G.J. Estresse - in. **PsiqWeb Psiquiatria Geral**, Internet, última revisão, 2002 - disponível em: http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html

_____ Ansiedade - in. **PsiqWeb Psiquiatria Geral**, Internet, última revisão, 2002 - disponível em: http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BELLAN, M.C. Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Campinas, 2006. 220p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

BERNARDES, A. **Gestão colegiada: A visão da equipe multiprofissional**. Ribeirão Preto, 2005, 194 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BERNIK, V. Stress: o ponto de ruptura. **Jovens Médicos**, São Paulo, n.5, p. 305-311, maio, 1997.

BERDEN, H.J.J.M. et. al. A scoring system for basic cardiac life support skills in training situations. **Resuscitation**, v.23, p.21-31, 1992.

BIANCHI E.R.F. **Estresse em enfermagem**. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

BIBLIA SAGRADA. Tradução da CNBB. São Paulo, 2001.

BIREME.-Descritores das Ciências da Saúde. Internet: http://www.bireme/decs/P/decs2000p.htm

BLACKLOCH, E. Workplace stress: a hospital team approach. **Profissional nurse**, v.13, n.11, p.744-747, 1998.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Editora Porto, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** – 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência. Portaria nº 2048/GM de 05 de novembro de 2002. Disponibilidade em: http://www.saude.gov.br/portarias/2002. Acesso em: 20 junho 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 814, de 01 de junho de 2001. Dispõe sobre a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgências. Disponível em: http://www.saude.gov.br/portarias/2001. Acesso em: 20 junho 2003.

BRIÑAS, J.; MORENO, F.; SERRANO, A. Coordinación en emergencias: a cargo de quien?. **Emergencias**, Madrid, v.10, n.3, p.207- 8, 1998.

CANESIN; GRION, 2001– Arquivos Brasileiros De Cardiologia Vol77 Nº2 São Paulo Aug. 2001. Disponível em: **www.scielo.br/scielo.php**. Acesso em: 12 de julho de 2005.

CAPONE, P.G.L.; CAPONE NETO, A. O papel da enfermagem na reanimação. In: LANE, J.C.; ABARRAN-SOTELLO, R. **Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral.** São Paulo: Medsi, 1993. Cap. 17, p.361-368.

CAPOVILLA, N.C. Ressuscitação cardiorrespiratória: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Campinas, 2002.

CARDOSO, M.M. et al. **Organização de sistemas pré-hospitalares e salas de reanimação.** In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIA: manual de oficina. Goiânia, 2000.

CARLOTTO, M.S.; GOBBI, M.D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? [monografia na Internet].

Canoas: ULBRA; 2003. [citado 17 maio 2003]. Disponível em: http://www.ulbra.br/psicologia/margob1.htm.

COELHO, O.R. et al. Ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo,** v.7, p.1-7, 1997.

CONDORIMAY, Y.R.T. Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência – parada cardiorrespiratória. Ribeirão Preto, 2003, 127 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. DIR/01/2001: Dispõe sobre a Regulamentação da Assistência de Enfermagem Pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida. **Rev. COREN/SP,** n.34, p.14 – 15, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451/95. CORBIS. Seatle, 2002. Disponível em: http://www.corbis.com. Acesso em: 28 out. 2002.

CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** v.6, p.1-180, 1996.

CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia,** 2002.

COSTA, L.A.T. **Situações: vida X morte - Participação da enfermagem.** Rio de Janeiro, 1977. Dissertação (Mestrado)- EEAN/ Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1977.

COVOLAN, M.A. O Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. 1989. Tese (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Pontifícia da Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1989.

CURKA, P.A.A. et al. Emergency medical services priority dispatch. **Ann Emerg Med,** v.22, p.1688-1695, 1993.

CYRILLO, R.M.Z. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel. Ribeirão Preto, 2005, 271p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DAVIS, M.; ESHELMAN, E.R.; MCKAY, M. **The relation and stress reduction workbook.** Tradução Denise Maria Bolanho. São Paulo: Summus, 1996.

ERNOUT, A.; MEILLET, A. - Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots, 4.ed. Paris, Ed. Klincksieck, 1979.

ESTRYN – BEHAR, M. Ergonomia hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ,** R.J., v4, n.2 p.247-256, 1996.

FERNANDES, R.J. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria do Município de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2004, 86p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, C.M.B.; SILVA, F.A.; VOLPE, M.M. O. A fadiga do pessoal de enfermagem causada pelos ruídos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. 1998. 20f. Monografia (Curso de Especialização) - Centro Universitário Barão de Mauá, Ribeirão Preto, 1998.

FILGUEIRAS, J.C.; HIPPERT, M.I. Estresse. In: Jacques MG, Codo W, organizadores. **Saúde Mental & Trabalho.** Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

FONSECA, J.P.; FONSECA, M.I.I. Luto Antecipatório. In: Franco MHP, organizadora. **Estudos avançados sobre o luto.** Campinas (SP): Livro Pleno; 2002. p. 69-94.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho:** guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

FRANCO, M.H.P. Cuidados paliativos e o luto no contexto hospitalar. **O Mundo da Saúde** 2003; 27(1):182-4.

GARCIA-CASTRILLO, L.; DEL BUSTO, F. Modelo de atención integral a las urgencias. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v.13, n.3, p.153-54, jun. 2001.

GOES, M.F.S. Amenizando uma perda: quem ainda não passou por uma situação de desafio? **Sobec em Revista** 2000 março; 1(1):19.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.; GUIDELINES 2000 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE. Part 3. Adult basic life support. **Resuscitation**, v.46, p.29-71, 2000.

GRANITOFF, N. Reanimação cardiorrespiratória: aspectos relacionados à dinâmica de atendimento no pronto socorro de um hospital de ensino. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1995.

GUIDELINES 2000 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE. Part 6. Advanced cardiovascular life support. **Resuscitation**, v.46, p.109-162, 2000.

GUIDELINES 2005 FOR CARDIOPULMONARY RESUSCITATION AND EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE. INTERNATIONAL CONSENSUS ON SCIENCE. Part 1. Introduction to the International Guidelines for CPR and ECC. A Consensus on Science. **Resuscitation**, v.46, p.3-16, 2005.

HERNANDEZ, F. **Transgressão e mudança na educação.** Porto Alegre, Art Med, 1998.

KIRSCHBAUM, D.I.R. A complexa e delicada função de cuidar em saúde mental sem descuidar do que é particular a cada um de nós. In: SAEKI, T., SOUZA, M.C. B. M. (Org.). **Cuidar tão perto... tão longe...** VII Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e VI Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto, SP: EERP-USP-FIERP/CNPq, 2002. p.47-60.

KOIZUMI, M.S.; KAMIYAMA, Y.; FREITAS, L.A. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva - problemas sentidos expectativas em relação à assistência de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP** 1979; 13(2):135-45.

LANE, J.C. - Reanimação. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S.A., 1981.

LARSEN, M.P. et al. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. **Ann Emerg Med**, v.22, p.1652-1658, 1993.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiros que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v.18(2): 133-44, jul.1997.

LEE, A.L.; ATKINSON, R.S. - **Manual de Anestesiologia.** Rio de Janeiro, Liv. Atheneu, 1976.

LIBERMAN, M.; GOLBERG, N.; MULDER, D.; SAMPALIS, J. Teaching cardiopulmonary resuscitation to CEGEP student in Quebec – a pilot project. Resuscitation, 47(3): 249-57,2000.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico préhospitalar. Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, v.32, n.4, p. 381-87, out/dez, 1999a.

LOPEZ, M. Ressuscitação cardiopulmonar. **Emergências Médicas.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. Cap. 2, p.7-21.

LOURENÇON, M. Auto percepção da aluna de enfermagem ao desenvolver relação de ajuda a familiares de crianças em fase terminal. **Rev Latino-am Enfermagem** 1998 agosto; 6(4):57-65.

LUNARDI, W.D.F.; SULZBACH, R.C.; NUNES, A.C.; LUNARDI, V.L. Percepções e condutas dos profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer. **Texto & Contexto Enfermagem** 2001 setembro/dezembro; 10(3):60-81.

MALERBO, M.B.; PELÁ, N.T.R. **Apresentação escrita de trabalhos científicos.** Ribeirão Preto: Holos, 2003. 98p.

MARCON, S.S. **Vivenciando a gravidez.** Florianópolis, 1989. 383 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

MARTINI, A.C.T. Atendimento pré-hospitalar. In: BIROLINI, D.; UTIYAMA, E.; STEINMAN, E. (Ed.). **Cirurgia de emergência com teste de auto-avaliação**. São Paulo: Atheneu, 2001, cap.18, p.131-41.

MARTINEZ, M.; NITSCHKE, C. Teoria, pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas. In: SANTOS, J. S. dos (Org.). **Sistema de urgência e emergência de Ribeirão Preto e região.** Ribeirão Preto: HCRP-FM-USP, 2001. p. 23-27.

MARTINS, J.J. O processo de morte e morrer: relatando a vivência dos trabalhadores de enfermagem de uma UTI diante deste acontecimento. **Rev Saúde** 2000; 19(2):28-34.

MARTINS, L.M.M.; BRONZATTI, J.A.G.; VIEIRA, C.S.C.A.; PARRA, S.H.B.; SILVA, Y.B. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los. **Rev Esc Enfermagem USP**, 2000; 34(1):52-8.11.

MCINTURE, K.M. Cardiopulmonary resuscitation and the ultimate coronary care unit. **JAMA**, v.244, p.510-511, 1980.

MENDES, I.A.C. Convivendo e enfrentando situações de stress profissional. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, 2001; 9(2):1.0.

MENDES, A.M.; MORRONE, C.F. Vivências de prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 2002. p. 27-42

MERCIER, J.C.; BOMPARD, Y.; BEAUFILS, F. Resuscitation cardio-pulmonaire. Donnees récentes. **Arch. Fr. Pediatr,** v. 40, p.343-352, 1983.

MEZOMO, J.C. **Gestão da Qualidade na Saúde:** princípios básicos. São Paulo: Projeto Editorial da UnG, 1994.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORAGON, A.C. et al. Antioxidant Enzymes, occupacional stress and burnout in workers of a perhospitalary emergency service. **Eur Jemery Med**, 2005. Jun; 12(3): 111-5.

MORALES, J.A. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v.13, n.1, p.1-3, 2001a.

MORALES, N. Algunas consideraciones para la organización de servicios de salud para emergencias y desastres. **An Facultad Medi**, Lima, v. 62, n.1, p.1-12, 2001b.

O STRESS: da psicopatologia à abordagem terapêutica, s. 1., catálogo. Lab.Roche, São Paulo, s.d.

PARECER N. CEB15/98: Lei de Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio.

PAVELQUEIRES, S. Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos. 1997a. 149p. Tese (Mestrado em Enfermagem Fundamental) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1997.

PAZIN FILHO, A.; SANTOS, J.C.; CASTRO, R.B.P.; BUENO, C.D.F.; SCHMIDT, A. Parada cardiorrespiratória (PCR). **Medicina, Ribeirão Preto, 36:** 163-178, abr./dez. 2003.

PELLETIER, K.R. Entre a mente e o corpo: estresse, emoções e saúde. In: - GOLEMAN, D. *et al.* **Equilíbrio mente e corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor.** 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 15-31.

PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

POLIT, D.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1995.

POTTER, P. A; PERRY, A. G. Grande tratado de enfermagem prática – clínica e prática hospitalar. 3ª ed. São Paulo, 1998.

PRETI, D. Análise de textos orais. FFLCH/USP. SP: EPU. (org) (1993).

RAMOS, F.R.S. **Obra e manifesto**: o desafio estético do trabalhador da saúde. Pelotas: Editora universitária UFPEL; Florianópolis: programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC, 1996. 171 p.

ROMANO, E. Contexto interdisciplinario ante uma denuncia de abuso sexual. Intersección de los discursos psicoanalíticos, jurídico y valorativo. Fort-Da Revista de Psicoanálisis com Niños, 2003 wysiwyg://der.39/http://www.psiconet.com/fort-da/fort-da/contexto.htm.

ROSCH, P.J. "Revaging of Rússia: A study in psychosocial stress". **Stress Medicine**, v.13, n.1,. p. 1-8, 1996.

SANTOS, J.S. et al. **Manual do curso de capacitação para médicos reguladores.** Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Unidade de Emergência: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto; Direção Regional de Saúde (DIR XVIII), 2000, 63 p.

SCARPELINI, S. Traumas resultam em 119 mil óbitos. **A Cidade**, Ribeirão Preto, p. 7^a, 8 ago. 2003.

SELYE, H. The stress of life. New Work: Mc.Graw Hill, 1956.324p.

SILVA, M.J.P. Reflexão sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. In: MEYER, D. et al. **Marcas da Diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas 1998; Cap. 7, p.127-35.

Humanização em Unidade de Terapia Intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico.** São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p.1-11.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 7. Ed. **Estresse e adaptação.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1993. cap. 9, p.99-108.

SPÍNDOLA, T.; MACEDO, M.C.S. A morte no hospital e seu significado para os profissionais. **Rev Bras Enfermagem** 1994; 47(2):108-17.

STACCIARINI, J.M.R. Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping - na satisfação, mal-estar físico e psicológico dos enfermeiros. Brasília, 1999. 169 p. Tese. (Doutorado). Departamento de Psicologia Social e do Trabalho - Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília.

TAYLOR, S.J.; BOGDAN, R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós, 1998, p. 100-132.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. p.116-70.

TURATO, E.R. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construções Teóricas-epistemológica- discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Editora Vozes. Petrópolis, 2003.

VIEIRA, S.I.; SOBRINHO, O.S. Estresse e sua prevenção. In: VIEIRA, S.I. **Medicina básica do trabalho.** 4. Ed. Curitiba: Genesis, 1995. cap. 12, p.199-217.

WHITAKER, I.Y. et al. A enfermagem no atendimento de emergência. In: FELLIPE J.R.; **Pronto Socorro: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990. Cap. 14, p.119-125.

YANES, L. et al. Reconversión industrial y salud de los trabajadores. **Salud trabajadores.**Maracay,1(1):6-14,maio.1993.



APÊNDICE A- ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME DA PESQUISA:

"VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AVANÇADO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA"

2. PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri COREn/SP Nº 30146, orientadora.

Jane Aparecida Cristina COREn/ SP Nº 44071, enfermeira.

O presente estudo pretende caracterizar a vivência de uma equipe multiprofissional de APH móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória, tendo como objetivos específicos: Descrever o perfil da equipe multiprofissional que atua na assistência ao adulto na unidade de suporte avançado de APH móvel da Secretaria Municipal da Saúde, relacionando sua formação como pessoa/profissional e ainda descrever como vivenciam o cuidar de um adulto numa situação de parada cardiorrespiratória. Será utilizado como instrumento da pesquisa uma entrevista a qual terá duas partes:

a primeira visando à caracterização dos sujeitos com perguntas abertas e fechadas; a segunda parte uma entrevista semi-estruturada e nessa fase será utilizado um gravador. A entrevista será agendada previamente e realizada em um local desta instituição com o tempo aproximado de 30 a 40 minutos.

Fornecidas as características deste estudo, informamos que sua participação não incorrerá em riscos pessoais.

Assumimos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos

dados que serão coletados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos da

pesquisa e a garantia de que as informações obtidas somente serão utilizadas para

o projeto ao qual se vinculam, podendo o senhor (a) ter acesso a elas e realizar

qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário, bem como solicitar

qualquer esclarecimento às dúvidas que possam surgir. Sinta-se com liberdade para

recusar sua participação ou mesmo seu desligamento em qualquer fase desta

pesquisa, sem que isso implique em danos pessoais.

Garantimos que o senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa material

ou financeira, durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, nenhum

constrangimento moral, decorrente dela. A sua participação não implicará,

tampouco, em qualquer tipo de remuneração ou premiação.

Como pesquisadora, assumo qualquer responsabilidade no decorrer da pesquisa,

garantindo-lhe que as informações acima referidas serão rigorosamente cumpridas.

Se o senhor (a) compreendeu no que consiste o estudo e aceita participar

livre e voluntariamente, por favor, observe e leia atentamente o instrumento que a

seguir lhe propomos e responda às perguntas formuladas.

Ribeirão Preto, 15 de Setembro de 2003.

Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri

Enfa. Jane Aparecida Cristina

Departamento de Enfermagem Geral Especializada da EERP-USP

e Endereço: Rua Anselmo Marques Rodrigues Nº 801 Casa 507 Jardim Manoel Penna – R.P.

Endereço: Av.Sibiperunas Nº 376 - Ribeirão Telefone:3629-6034 - Ribeirão Preto-SP

Preto-SP - Telefone: 3602.3428

AUTORIZAÇÃO

Eu,
RG:, ciente da informação recebida, concordo em participar da
pesquisa, colaborando em dar as respostas solicitadas pela pesquisadora, a qual
utilizará um gravador, autorizando-a a utilizar as informações para fins acadêmicos,
sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde que sejam
garantidos a privacidade e o anonimato.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Telefone: 3602-3421/3629-6034

Nome do orientador

Assinatura do orientador

Telefone: 3602-3421/3602-3428

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,, abaixo
assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que
constam do documento "ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA", de
que trata o projeto de pesquisa intitulado "VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AVANÇADO PRÉ-HOSPITALAR
MÓVEL AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA", que
tem como pesquisador responsável a Profa. Dra. Maria Célia Barcellos Dalri
COREn/SP Nº 30146 e a Enfermeira Jane Aparecida Cristina COREn/SP`Nº 44071
especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que
serei submetido, aos riscos e aos benefícios, decorrentes da pesquisa, declaro que
tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados,
a seguir relacionados:

- 1 A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa.
- 2 A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer prejuízo.
- 3 A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade.
- 4 O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram

and the second s	I a service to the service of the service of the
apresentadas e que, livremente, manifesto a min	ina vontade em participar do referido
projeto.	
Ribe	eirão Preto, 15 de Setembro de 2003.
Assinatura do Sujeito d	la Pesquisa
, isomatara de Odjette di	a . 5544.50

128

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

N⁰ entrevista: Data:

Tempo utilizado: Local da entrevista:

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Caro colega:

Eu, Jane Aparecida Cristina, enfermeira, da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, lotada no Programa de Assistência Médica de Urgência, venho solicitar sua colaboração no sentido de responder ao instrumento em anexo.

A finalidade deste instrumento é coletar dados para a realização do estudo denominado "VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AVANÇADO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA".

Salientamos que sua participação é importante para a realização deste estudo e agradecemos antecipadamente sua valiosa contribuição.

A. IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

1. IDADE:				
2. SEXO:				
3. RELIGIÃO:				
4. ESTADO CIVIL:				
5. FILHOS:				
Sim () não ()				
Se sim, quantos?			-	
B. FORMAÇÃO PROF	FISSIONAL			
1. Formação				
()1ºgrau completo ()1ºgrau inco	mpleto ()2ºgra	u completo	,
()2ºgrau incompleto				
Curso Superior ()				
Qual?				
()Curso	Técnico	ou	Profissionalizante.
Qual?				
()Especialização.
Qual?				
() Outros – Mestrado	- Doutorado			

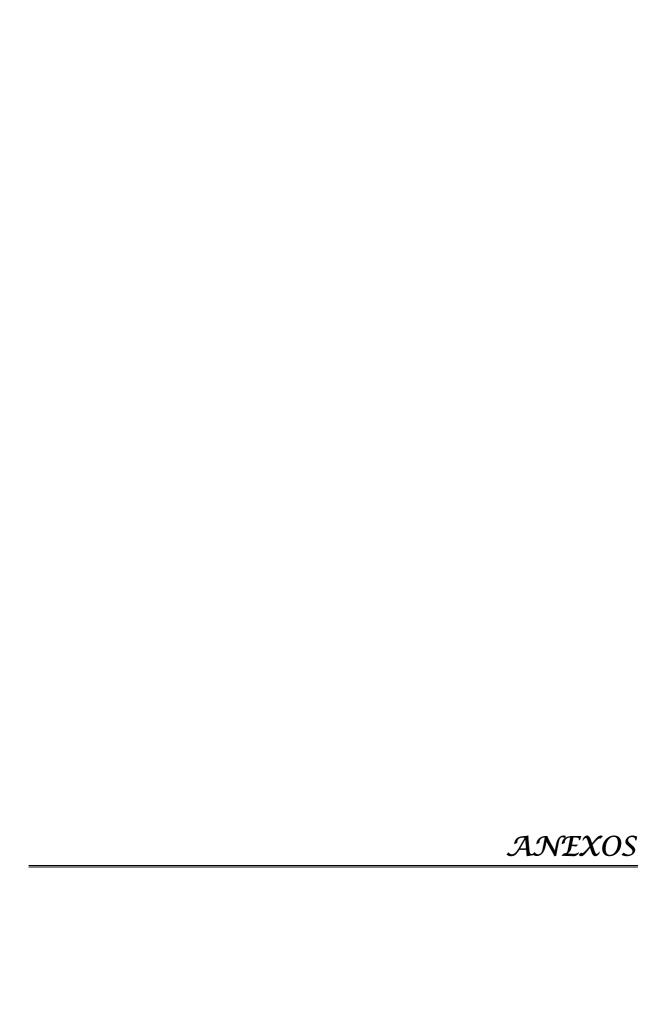
2. No curriculo da faculdade voce te	eve aiguma discipiina	a com conteudo sobre
urgência e emergência? Qual disciplina?	' (Nível Superior)	
3. Participação em eventos científicos no	os últimos três anos, r	relacionados à urgência
e emergência:		
C. EXERCÍCIO PROFISSIONAL		
Número de anos de exercício profission	onal·	
Como médico (), enfermeiro (), motorista ()
Como profissional em atendimento	de urgência:	(Médicos e
Enfermeiros).		
Como profissional de APH móvel:	(Médicos, Enfe	ermeiros e Motoristas).
2. Situação atual de trabalho:		
DADOS	INSTITUIÇÃO 1	INSTITUIÇÃO 2
	(USA)	
Pública ou Privada		
Tempo de serviço em cada uma		
delas		

Carga horária semanal

3.	O que o le	evo	ou a trabalhar	no serviço de APH móvel?
4.	Recebeu	Ca	apacitação em	serviço?
() sim	() não	
5.	Desenvo	olve	e atualmente a	algumas atividades:
Er	m grupos (de	estudo? Apoid	terapêutico?
() sim	() não	
Er	m atividad	es	de pesquisa?	
() sim	() não	

APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1.	O que é para você trabalhar no atendimento pré-hospitalar móvel ?
2.	E como é para você quando tem chamado para uma situação possível de PCR?
	Como é o atendimento de uma PCR adulto, na rua, estrada, residências ? Como essa vivência para você ?
	Você percebe alterações físicas e/ou psicológicas, em você, no atendimento à CR/RCP ?



Anexos 135

ANEXO - A







ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP - 0139/2003

Ribeirão Preto, 24 de novembro de 2003.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 58ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de novembro de 2003.

Protocolo:

nº 0412/2003

Projeto: Vivências de uma Equipe Multiprofissional de APH Móvel em Suporte Avançado de Vida na Assistência ao Adulto em Situação de Emergência -Parada Cardiorrespiratória

Pesquisadores: Maria Célia Barcellos Dalri Jane Aparecida Cristina

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa Dra Maria Suely Nogueira
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof^a. Dr^a. Maria Célia Barcellos Dalri
Dept^o de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexos 136

PARECER DO CEP - PROJETO DE PESQUISA N. 0412/2003

I – IDENTIFICAÇÃO:

TÍTULO DO PROJETO: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APH MÓVEL EM SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NA ASSISTÊNCIA AO ADULTO EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA – PARADA CARDIORESPIRATORIA

INSTITUIÇÃO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

DEPARTAMENTO: Enfermagem Geral e Especializada

PESQUISADORA: Maria Célia Barcellos Dalri (orientadora). Jane Aparecida Cristina (mestranda)

DATA DE ENTRADA: 14/10/2003

II-DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO: - O protocolo em questão elucida a trajetória de estudos em relação ao sistema de atendimento pré-hospitalar (APH), nos demais passes e a introdução e adequação nas cidades dos Estados brasileiros.

Relatam o número de mortes ocorridas em função do atendimento tarcio e do despreparo da equipe para atuarem junto às situações de atendimento pré-hospitalar. Destaca a fri gilidade humana frente à situação vida x morte dos pacientes. As frustrações profissionais e pessoais quando não há êxito na parada cardorespiratória. O desgaste físico e mental dos profissionais frente ao; seus limites para lidar com a dor, sofrimento e morte

III-OBJETIVOS: -. Geral: Caracterizar a vivência de uma equipe n'ultiprofissional de APH móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de emergência –PCR.

Específico: Caracterizar os profissionais que trabalham na unidade le APH móvel(USA) da SMS de Ribeirão Preto, quanto a algumas variáveis demográficas e formação profissional:

Analisar a equipe multiprofissional do APH móvel(USA) vivência a atenção ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória;

Identificar junto à equipe multiprofissional do APH móvel(USA) quais os agentes estressores na parada cardiorrespiratória.

IV-CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA: - A pesquisa será desenvolvida através do método exploratório descritivo com abordagem qualitativa, entrevista semi-estra turada, conforme anexo.

O local de estudo será o Serviço de atendimento Médico de Urgência – SAMU da SMS -RP

Os sujeitos de pesquisa serão 14 médicos, 08 enfermeiros e 07 motor stas.

Os dados serão analisados e compilados por categorização fundamentada na abordagem qualitativa pela proposta de Bardin.

V - $FOLHA\ DE\ ROSTO$:- O presente protocolo consta de folha de resto devidamente preenchida, conforme resolução 196/96 MS.

VI-BIBLIOGRAFIA: - Extensa, atual e pertinente à temática.

VII-TERMO DE CONSENTIMENTO: Presente, claro, em con ormidade com a resolução, porém em folhas separadas.

VIII-PARECER DO CEP:- Somos favoráveis ao desenvolvimento do projeto em questão, porem sugerimos que o Termo de Consentimento Livre e Esclurecido seja impresso em folha única.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, na sua Reunião Ordinária, realizada em de 100 de 200 2

Prof^a Dr^a Maria Suely Nogueira Coordenadora

ille

Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

Anexos 137

ANEXO - B

NORMAS PARA TRANSCRIÇÃO

PRETI, D. (org.). **Análise de textos orais**. Projeto de estudo da norma linguística urbana culta de São Paulo (projeto NURC/SP). FFLCH/USP, 1993.

Referencia: PRETI, D. (org) (1993). Análise de textos orais. FFLCH/USP. SP: EPU.

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO*	
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	do nível de renda () nível de renda nominal	
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)	
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e comé/ e reinicia	
Entonação enfática	Maiúscula	porque as pessoas reTÊM moeda	
Prolongamento de vogal e consoante (como s, r)	:: podendo aumentar para :::: ou mais	ao emprestarem os éh::: o dinheiro	
Silabação	-	por motivo de tran-sa-ção	
Interrogação	?	E o Banco Central certo?	
Qualquer pausa		são três motivos ou três razões que faziam com que se retenha moeda existe uma retenção	
Comentários descritivos do transcritor	((minúscula))	((tossiu))	
Comentários que quebram a seqüência temática da exposição; desvio temático		a demanda de moeda vamos das essa notação – demanda de moeda por motivo	
Superposição, simulação de vozes	ligando	A. na casa da sua irmã	
	L as linhas	B. LSexta-feira?	
		A. fizeram lá	
		B cozinharam lá?	
Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.		() nós vimos que existem	
Citações literais ou leituras de textos, durante a gravação.	٠,٠ ٢٠	Pedro Lima ah escreve na ocasião "O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRReira entre nós"	

^{*} exemplos retirados dos inquéritos NURC/ SP nº 338 EF e 331 D².

Observações:

- 1. Iniciais maiúsculas: só para nomes próprios ou para siglas (USP etc.)
- 2. Fáticos: ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, tá (não por está: tá? Você está brava?)
- 3. Nomes de obras ou nomes comuns estrangeiros são grifados.
- 4. Números: por extenso.
- 5. Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa)
- 6. Não se anota o cadenciamento da frase.
- 7. Podem-se combinar sinais. Por exemplo: oh::... (alongamento e pausa)
- 8. Não se utilizam sinais de *pausa*, típicos da língua escrita, como ponto final; ponto-e-vírgula; dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de *pausa*.