

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DAS OCORRÊNCIAS IATROGÊNICAS DURANTE O ATENDIMENTO*

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION IN THE INTENSIVE CARE UNIT: ANALYSIS OF IATROGENIC OCCURRENCES DURING ATTENDANCE

Sandra Cristine da Silva**
Katia Grillo Padilha***

SILVA, S.C.; PADILHA, K.G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n. 4, p. 413-20, dez. 2000.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo que utilizou a Técnica do Incidente Crítico para obtenção e análise dos dados. Foram entrevistados 103 profissionais de enfermagem de duas UTIs gerais de um hospital do Estado de São Paulo, os quais forneceram relatos de situações de PCR. Do total de 126 situações obtiveram-se: falha na realização de procedimento técnico (58,6%); problemas relacionados a recursos materiais e equipamentos (31,2%) e falta de coordenação das atividades (8,6%). Quanto as consequências encontrou-se o óbito (70%) e a sobrevida imediata (30%) dos pacientes. Os resultados apontam a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais da UTI, bem como a importância do provimento adequado de materiais e equipamentos, com vistas a minimizar as ocorrências iatrogênicas no decorrer do atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Técnica do Incidente Crítico. Doença Iatrogênica. Parada Cardiorrespiratória. Unidades de Terapia Intensiva

It is a descriptive-exploratory study which made use of the Critical incident Technique either to obtain and carry out the data analysis. Hundred and three nursing professionals working in two general ICUs of a Hospital located in the State of São Paulo, Brazil, provided reports concerning CPR situations. From the total of 126 situations obtained: failure in performing technical procedures (58,6%); problems concerning material resources and equipment (31,2%) and lacking coordination of activities (8,6%). Regarding the consequences generated by the type of attendance, patients' death (70%) and immediate survival (30%). The results point the need for higher investments in the multiprofessional ICU team capability, as well as in the need to furnish them with adequate material and equipment viewing to minimize iatrogenic occurrences during the attendance.

KEYWORDS: Critical Incident Technique. Iatrogenic Disease. Cardiopulmonary Resuscitation. Intensive Care Unit

1 INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência muitas vezes inesperada, constituindo grave ameaça à vida do paciente, principalmente, daqueles que se encontram em estado crítico, como os internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, o atendimento exige da equipe rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica ao desempenho da ação. Ainda requer infra-

estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre os profissionais, pois a atuação em equipe é necessária para se atingir a recuperação do paciente.

Quando estes requisitos não são atendidos, os riscos tornam-se evidentes, as ocorrências iatrogênicas frequentes e a segurança do paciente fica seriamente comprometida.

* Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação da EEUSP na área de concentração de Enfermagem na Saúde do Adulto.

** Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda pela EEUSP

*** Professora Dr^a do Depto de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

A PCR em si não representa um indicador de má qualidade da assistência, mas demonstra, sobretudo, o nível de gravidade em que o paciente se encontra. Uma vez presente, a chance de sobrevivência depende da aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação que precisam ser instituídas prontamente com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível, constituindo o fator tempo uma variável fundamental na recuperação do paciente (SAFAR, 1982; GUIDELINES, 1992; CAPONE, CAPONE NETO, 1993; LANE, 1993; AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA), 1997 COELHO et al., 1997).

A PCR é uma emergência comum a todas as especialidades médicas, devendo por isso ser atendida em qualquer unidade hospitalar, que necessita estar equipada e preparada para tal atendimento. A UTI, no entanto, por ser um dos setores do hospital destinado a pacientes de alto grau de complexidade, requer disponibilidade de infra-estrutura, com provisão adequada de materiais e equipamentos, bem como a capacitação de recursos humanos ao desenvolvimento de um trabalho com segurança. Assim, essa infra-estrutura deve assegurar maiores possibilidades de sucesso da reanimação por concentrar recursos estruturais e pessoal especializado. Nesse sentido, há que se ressaltar que a UTI, enquanto unidade hospitalar, provida de tecnologia avançada e com características peculiares para atendimento de pacientes críticos ou potencialmente críticos, não se encontra dissociada de um contexto institucional mais amplo, fazendo parte de um macro sistema (hospital) dotado de estrutura organizacional e administrativa próprias.

Analisada segundo o enfoque sistêmico, a UTI pode ser entendida como uma organização complexa constituída por vários subsistemas (tecnológico, psicossocial, estrutural, administrativo e de metas e valores) com vistas à racionalização dos processos de produção de serviço. Seu funcionamento adequado portanto, dependerá da interação e inter-relação entre os diversos subsistemas que a integram. Nesse contexto, tem-se que a entrada do paciente na UTI (input) demandará o estabelecimento de tratamento intensivo, que por meio do processo de assistência terá como "output" a saída do paciente da unidade sem que tenha sofrido qualquer tipo de falha ou risco adicional (JOUCLAS, 1987).

Apesar da segurança desejada no processo de atendimento ao paciente na UTI, nota-se no cotidiano das atividades práticas nessa unidade que nem sempre a assistência ocorre de forma isenta de falhas, o que se aplica também na vigência da PCR. Nessa situação o atendimento muitas vezes realiza-se sem que as condições necessárias de infra-estrutura e de treinamento sejam adequadas, colocando em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida

do paciente. Tal constatação leva a pressupor que a falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, a falha na organização do atendimento, assim como provisão insuficiente de materiais e equipamentos necessários para realização das medidas de reanimação têm favorecido a ocorrência de falhas no decorrer da assistência aos pacientes em PCR na UTI.

Diante da escassez de trabalho sobre esta temática e considerando que no decorrer do atendimento à PCR, verificam-se desvios dos padrões esperados para um atendimento eficaz e seguro e que os aspectos negativos existentes precisam ser conhecidos para que se possa intervir sobre eles, propõe-se a realização do presente estudo, que tem por finalidade fornecer subsídios à melhoria do atendimento, minimizando as ocorrências iatrogênicas durante a assistência ao paciente em PCR.

2 OBJETIVOS

- Caracterizar as ocorrências iatrogênicas relacionadas aos comportamentos da equipe durante o atendimento do paciente em PCR na UTI;
- Verificar as conseqüências imediatas do atendimento à PCR em que ocorrências iatrogênicas foram identificadas.

3 MÉTODO

No presente estudo a Técnica do Incidente Crítico (TIC) foi utilizada para obtenção e análise dos dados. Esta técnica foi adotada pela primeira vez pelo psicólogo JOHN C. FLANAGAN em 1941, durante sua atuação no programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos EUA, na II Guerra Mundial, tendo como finalidade o desenvolvimento de procedimentos para seleção e classificação de tripulações, bem como a determinação das exigências críticas no desempenho de uma tarefa. Para FLANAGAN (1973) esta técnica consiste em um "conjunto de procedimentos para coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos". O mesmo autor define como incidente "qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato".

No que se refere à coleta de dados, POLIT; HUNGLER (1991) afirmam que nesta técnica as

informações podem ser obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas ou questionários, podendo a observação ser também empregada.

Quando da utilização da TIC, DELA COLETA (1974) preconiza sete passos a serem empregados: 1) determinação dos objetivos; 2) elaboração das questões; 3) delimitação da população ou amostra; 4) coleta dos incidentes críticos; 5) análise do conteúdo dos incidentes coletados; 6) agrupamento dos comportamentos críticos em categorias; 7) levantamento das frequências dos comportamentos.

Para o procedimento de análise dos relatos, deve-se inicialmente considerar o significado das três categorias componentes da TIC, ou seja, situação, comportamento e consequência que, segundo NOGUEIRA (1988), são assim definidas: situação "circunstância que levou o sujeito a emitir determinado comportamento"; comportamento "a conduta apresentada pelo sujeito em relação à circunstância"; e consequência "o resultado do comportamento do sujeito em decorrência das circunstâncias".

Os dados foram coletados em duas UTIs gerais com capacidade total de 25 leitos, pertencentes a um Hospital de caráter misto do Estado de São Paulo.

A população constituiu-se de 103 profissionais de enfermagem (18,4% Enfermeiros, 1,9% Técnicos de enfermagem e 79,7% Auxiliares de enfermagem) que relataram um ou mais incidentes críticos relativos ao objeto da pesquisa. O tempo de formado e de atuação em UTI foi de até cinco anos na maioria dos entrevistados, 54,3% e 58,2% respectivamente. Os 103 profissionais que fizeram parte do estudo forneceram 132 relatos sobre as ocorrências adversas durante o atendimento à PCR, dos quais seis foram desprezados por envolverem uma única situação. Obeve-se, portanto, um total de 126 relatos para análise e categorização.

Para a coleta de informações utilizou-se um roteiro semi-estruturado composto de duas partes, sendo a primeira referente a dados de identificação do sujeito como categoria profissional, tempo de atividade profissional e tempo de trabalho em UTI. A segunda foi constituída de uma pergunta aberta, relacionada aos objetivos do estudo onde se buscou levantar os Incidentes Críticos negativos referentes ao atendimento à PCR. Antes da aplicação definitiva, o instrumento foi submetido a teste-piloto realizado no mês de janeiro de 1998.

Após a aprovação do projeto pela instituição hospitalar, os dados foram coletados pela pesquisadora nos meses de abril e maio de 1998. As entrevistas foram realizadas durante o plantão, após a liberação do funcionário pela enfermeira assistencial da unidade. Inicialmente, o funcionário foi esclarecido sobre os objetivos do trabalho,

ressaltando-se que a participação era voluntária e que o seu anonimato seria assegurado. Em havendo anuência do profissional, era solicitado o relato detalhado de uma situação de PCR vivida ou presenciada na UTI, onde ocorreram falhas no decorrer do atendimento, deixando claro que não importava a época em que tinha acontecido o fato, desde que a lembrança do mesmo fosse completa e precisa. O relato de cada entrevistado foi anotado e lido em seguida ao seu registro, para confirmação e retificação das respostas.

Para realização da análise dos dados, os relatos foram inicialmente submetidos a um tratamento que abrangeu os quatro momentos citados por NOGUEIRA (1988): 1) leitura, derivação e arrolamento dos incidentes críticos; 2) identificação das situações, comportamentos e consequências; 3) agrupamento dos relatos segundo as situações, comportamentos e consequências; 4) categorização das situações, comportamentos e consequências.

Neste estudo, após a coleta de dados, foi realizada a leitura exaustiva dos casos, destacando-se nos mesmos a presença dos incidentes críticos negativos. Em seguida, procurou-se identificar as situações, comportamentos e consequências, registrando-os separadamente. Ao se realizar a leitura dos relatos, observou-se que, embora se buscasse com esse estudo investigar os comportamentos ou condutas negativas relacionados ao atendimento dos pacientes que já apresentavam PCR, dados foram relatados referentes à situação e comportamentos que antecederam à PCR em si.

Assim, as situações e comportamentos que antecederam à PCR passaram a ser identificados como: situação (S_1), comportamento (C_1) e consequência (Cq_1). Uma vez ocorrida a PCR, tinha-se um segundo momento, ou seja, a PCR propriamente dita como situação (S_2), comportamento (C_2) e consequência (Cq_2). Com isso, nesses casos, sempre havia a superposição da PCR como consequência (Cq_1) e PCR como situação (S_2). A partir desse procedimento com cada relato, procedeu-se o agrupamento dos conteúdos que guardavam relação entre si, elaborando-se dessa forma a categorização referente às situações, comportamentos e consequências.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente serão apresentadas as categorizações referentes as situações (S_1) e comportamentos (C_1) que tiveram a PCR como consequência (Cq_1) e em seguida, as situações de PCR propriamente ditas que geraram os comportamentos e as consequências, identificados como S_2 , C_2 e Cq_2 .

4.1 Categorias de situações (S_1), comportamentos (C_1) e conseqüências (C_q) que antecederam a PCR

Os relatos analisados resultaram em cinco categorias de situação, seis de comportamento e uma de conseqüência (PCR), conforme resultados apresentados a seguir.

Tabela 1: Distribuição do número e porcentagem das situações (S_1) que antecederam o evento de PCR na UTI. São Paulo, 1998.

Situação	N	%
Piora do quadro clínico	51	56
Decisão inadequada de transporte para a UTI	25	27
Realização inadequada de procedimentos	14	15
Presença de enfermeira substituta na UTI	01	01
Saída do plantonista da UTI para outra unidade	01	01
Total	92	100

Embora se pretendesse focar as situações, comportamentos e conseqüências decorrentes de uma PCR já diagnosticada, observa-se pelos dados da Tabela 1 que foram relatadas 92 situações que antecederam à PCR propriamente dita. Conforme os dados apresentados, pode-se observar que a piora do quadro dos pacientes (56%) foram as situações mais frequentes que se manifestaram não só em decorrência do agravo da própria condição clínica, com a presença de broncoespasmo, choque hipovolêmico, entre outras, mas também de situações iatrogênicas relacionadas à presença de obstrução por rolhas na cânula orotraqueal e extubação não programada. Destas situações, observa-se que por um lado a piora clínica dos pacientes pode ser decorrente de processo intrínscio sobre os quais não se tem controle, por outro, ocorrências iatrogênicas com o tubo endotraqueal constituem intercorrências que devem ser prevenidas. Assim, medidas para promover a permeabilidade das vias aéreas por meio de aspirações frequentes e evitar que o paciente se extube acidentalmente são condutas de enfermagem voltadas à prevenção destas ocorrências.

No caso de pacientes em estado crítico, o transporte deve ser considerado uma atividade de alta complexidade, o que exige equipe treinada e familiarizada com o procedimento, pois só assim será realizado de maneira segura. Quando as pessoas envolvidas nesta ação não apresentam preparo técnico-científico adequado e o paciente encontra-se muito instável, certamente a segurança do paciente estará comprometida e as ocorrências iatrogênicas acontecerão com maior frequência. Os resultados deste estudo corroboram esta afirmação, quando se

constata que 27% dos casos de admissão dos pacientes na UTI foram resultantes de decisão inadequada do transporte, em razão das graves condições clínicas do paciente.

A realização inadequada de procedimentos (15%) também foi apontada como fator importante relacionado ao desencadeamento da instabilidade hemodinâmica do paciente, com conseqüente PCR. Em se tratando de pacientes gravemente enfermos, pode-se verificar que qualquer procedimento realizado de forma inadequada, estará propiciando a piora do quadro desse indivíduo. A falta de preparo dos profissionais envolvidos diretamente com o cuidado, implica muitas vezes no insucesso do tratamento. É necessário que o profissional que presta assistência aos pacientes críticos, tenha preparo técnico-científico que o capacite a realizar cuidados de forma segura e com conseqüente redução de ocorrências iatrogênicas que podem contribuir, inclusive, para o aumento da permanência dos pacientes na UTI (GOMES, 1988a).

Visualiza-se ainda pela Tabela 1, que outra situação que antecedeu a PCR foi, a presença de enfermeira substituta na UTI (1%). Esse resultado demonstra, apesar de baixa frequência, que o profissional não qualificado para atender pacientes com grau elevado de complexidade expõe com facilidade o paciente a ocorrências de graves conseqüências. Desta forma, não se justifica a presença de um profissional não treinado, pois a inexperiência acaba sendo fator de risco para o paciente, conforme relatado nesta investigação.

A saída do plantonista médico da UTI para atender chamados de outras áreas do hospital, embora com apenas 1% das situações, foi outra ocorrência iatrogênica relacionada às situações que antecederam à PCR. Reconhecendo-se que a presença deste profissional é de fundamental importância no atendimento à PCR, sua ausência da unidade não se justifica, pois no momento de qualquer intercorrência, o atendimento deve ser realizado prontamente também por este profissional.

Tabela 2: Distribuição do número e porcentagem de comportamentos (C_1) segundo as situações que antecederam o evento de PCR na UTI. São Paulo, 1998.

Comportamento	N	%
Demora no atendimento	17	44
Falhas na avaliação clínica e na indicação do tratamento	09	23
Falhas no desempenho técnico	06	15
Não cumprimento da prescrição médica	03	08
Substituição do plantonista pelo residente	03	08
Recusa do médico em entubar o paciente	01	02
Total	39	100

Verifica-se pelos dados apresentados que as 92 situações (S_1) que antecederam à PCR (Tabela 1), resultaram em apenas 39 comportamentos (C_1), distribuídos em seis categorias. Acredita-se que o número menor de condutas frente ao total de situações tenha ocorrido em função do curto intervalo de tempo entre a situação e a consequente PCR, impossibilitando desta forma a tomada de qualquer conduta.

Analisando-se os comportamentos relacionados às situações que antecederam o evento de PCR na UTI, observou-se que a maior parte deles referiram-se à demora no atendimento (44%). Este comportamento tem importância relevante no desencadeamento da piora clínica do paciente e consequente PCR, pois a gravidade do paciente crítico implica em limites de estabilidade tênues onde qualquer anormalidade leva a graves consequências com grandes possibilidades de insucesso no atendimento. Corroborando essa citação dizeres da AHA (1997) que afirma que quanto maior for a demora no atendimento, menor serão as probabilidades de benefício dessa ação.

A análise dos resultados demonstrou que a falha na avaliação clínica e na indicação do tratamento (23%), bem como a falha no desempenho técnico (15%), foram condutas também relacionadas com a consequente PCR. Verifica-se por estes dados que, muitas vezes o profissional apresenta desempenho inadequado devido ao despreparo técnico-científico decorrente da própria formação acadêmica e efetivado também pela falta de educação continuada nos serviços. Sendo assim, cabe aos órgãos competentes, escolas e hospitais, rever suas práticas e instituir treinamento e reciclagem contínuos sobre PCR aos profissionais da equipe, principalmente daqueles que prestam assistência de alta complexidade (PADILHA, 1994).

O não cumprimento da prescrição médica verificado em 8% dos comportamentos, incluiu o esquecimento do auxiliar de enfermagem em administrar medicação prescrita, bem como a administração de medicação trocada. Estes resultados fazem emergir a questão da capacitação profissional para a atuação junto ao doente crítico. Sendo assim, embora a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil determine que na UTI os cuidados sejam exclusivos dos enfermeiros, isso não se verifica na prática, sendo expressivo o contingente de auxiliares nela atuante.

Em três casos (8%), pode-se observar que o plantonista foi substituído pelo residente na avaliação e no atendimento dos pacientes que evoluíram com a piora do quadro clínico. Acredita-se que, sendo o residente profissional que ainda se encontra em formação, nem sempre apresenta preparo técnico-científico adequado para substituir o plantonista nos atendimentos de maior complexidade, como é o caso dos pacientes internados na UTI. Nesse sentido, o

plantonista conhecendo estas limitações, age de forma equivocada ao permitir que o residente atenda as intercorrências de maior envergadura, colocando, desta forma, a vida do paciente em risco.

Dentre as ocorrências iatrogênicas relacionadas aos comportamentos, evidenciou-se como última categoria a recusa do médico em entubar o paciente (2%). Sendo a entubação orotraqueal procedimento considerado indispensável para manutenção da permeabilidade das vias aéreas, portanto, procedimento a ser realizado o mais precocemente possível, ao postergar esta conduta o profissional acaba expondo o paciente ao risco iminente de PCR (FEREZ, AMARAL, JOAQUIM, 1996). O comportamento de recusa em realizar procedimentos de suma importância para a vida do paciente pode ser definido, do ponto de vista legal como negligência, onde o indivíduo não fazendo o que deveria ser realizado por displicência, comporta-se de modo inadequado, podendo assim causar dano ao paciente, propiciando o agravamento do seu quadro clínico (ALMEIDA, 1991; CAMPOS, 1991).

Quanto aos resultados referentes às consequências (C_q) das situações (S_1) e comportamentos (C_1) apresentados, conforme esperado, houve apenas uma categoria de PCR que incluiu um total de 92 consequências. A essas consequências foram somadas mais 34 situações de PCR, em que não houve relato de antecedentes.

4.2 Categorias de Situações (S_2), Comportamentos (C_2) e Consequências (C_q) na vigência da PCR.

Conforme exposto anteriormente, o agrupamento de 92 consequências (C_q) mais 34 relatos de PCR, resultaram num total de 126 situações (S_2), que foram reunidas em uma única categoria, ou seja, a de PCR propriamente dita. Frente às situações descritas, constatou-se um total de 176 comportamentos (C_2), uma vez que houve a indicação de mais de uma conduta em algumas situações. O agrupamento destes resultados em categorias encontra-se apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição do número e porcentagem de comportamentos (C_2) segundo as situações de atendimento à PCR na UTI. São Paulo, 1998.

Comportamento	N	%
Falha na realização de procedimento técnico	103	58
Problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos	55	31
Falta de coordenação das atividades	15	08
Atendimento com descaso	02	02
Recusa do cirurgião em aceitar conduta proposta	01	01
Total	176	100

Constata-se pela Tabela 3, que os 176 comportamentos relatados, quando agrupados resultaram em cinco categorias distintas. Os resultados mostram que a categoria que apresentou maior frequência de comportamentos negativos foi a de falha na realização de procedimento técnico (58%), onde a principal dificuldade do profissional esteve relacionada à técnica de entubação orotraqueal. PAIVA (1997) refere que tal procedimento é de fundamental importância nas situações de PCR, devendo ser realizado pelo indivíduo mais experiente presente no momento da reanimação, sendo que as tentativas para fazê-la não devem ultrapassar mais do que 30 segundos, sob o risco de comprometer a Reanimação Cardiopulmonar (RCP).

A dificuldade para realizar a entubação, constatada nesta investigação, causa preocupação, pois sabe-se que a demora no atendimento à PCR é um dos fatores fundamentais relacionados ao insucesso das medidas de reanimação (SAFAR, 1982; LOPEZ, 1989; WHITAKER et al., 1990; PARASKOS, 1991; GUIDELINES, 1992; LANE, 1993; AHA, 1997; COELHO et al., 1997). Além do mais, verificou-se que este procedimento foi delegado ao residente que, na maioria das vezes, ainda não apresenta habilidade técnica suficiente para desempenhar esta atividade de maneira pronta e eficaz, proporcionando assim, o agravamento do quadro e possivelmente a não recuperação do paciente.

Como segunda maior frequência evidenciada na Tabela 3, foram encontrados os problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos existentes na UTI para o atendimento da PCR, que em 31% dos relatos não estavam disponíveis para uso ou apresentaram falhas quando de sua instalação. No presente estudo, embora os problemas relacionados aos materiais e equipamentos possam ter como subjacente o fator humano, uma vez que dele depende o abastecimento do carrinho de emergência e a checagem de materiais e equipamentos, pode também estar relacionado ao suprimento, por problemas no macro sistema, no caso, o hospital. De qualquer forma, deixa também evidente falha na atuação da enfermagem, enquanto responsável pela manutenção dos recursos na unidade.

Buscando-se compreender a falta de coordenação das atividades durante a PCR na UTI encontrada como terceira categoria com 15 (8%) dos incidentes relatados, verifica-se que o desempenho dos profissionais isoladamente mesmo que adequado, é pouco efetivo no atendimento à PCR. Existe, de fato, a necessidade do preparo da equipe no seu conjunto, pois se um único elemento do grupo não estiver em sintonia com os demais, o atendimento se torna caótico e com muita frequência culmina com

a morte do paciente. SAFAR (1982); MULLER e BORBA (1986); LOPEZ (1989) e VIEIRA (1993) referem que o atendimento adequado da PCR exige ação rápida e harmoniosa das várias pessoas nele envolvidas. SAFAR (1982) ainda refere que a falta de liderança em qualquer equipe é a causa mais comum de tentativas de reanimação inadequadas, inefetivas, ineficazes e incompetentes. Desta forma, faz-se imprescindível a indicação de um líder que possa coordenar as atividades a serem realizadas durante o atendimento à PCR.

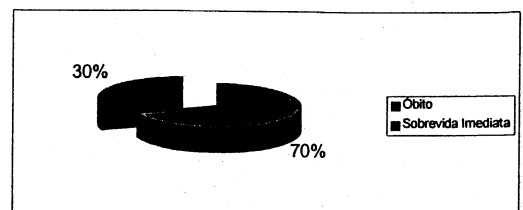
Como forma de auxiliar na coordenação das atividades, a AHA vem utilizando algoritmos como uma ferramenta educacional, onde sumarizam as condutas a serem seguidas. Assim sendo, acredita-se que as ocorrências iatrogênicas identificadas nessa categoria possam ter sido desencadeadas não só pela ausência de um coordenador das atividades, como também pela inexistência de um protocolo de atendimento implantado dentro da UTI.

O atendimento com descaso, embora citado com baixa frequência (2%) foi outra categoria encontrada. Esta categoria tal qual observada também em comportamentos que antecederam à PCR propriamente dita, vem reforçar uma postura pouco profissional numa situação de extrema gravidade como a PCR, não sendo admissível na UTI.

Das últimas categorias de comportamentos negativos, constatou-se ainda a recusa do cirurgião em aceitar sugestão de conduta correta feita pelo plantonista que atendia ao paciente (1%). Tal fato é significativo, uma vez que reflete o cotidiano, onde se depara frequentemente com tais comportamentos, tanto por parte dos profissionais de enfermagem como também dos médicos, conforme verificado neste estudo. Segundo MARCHESINI (1991) a postura de humildade é aspecto importante frente às condições do paciente, pois o orgulho, a prepotência, a mania de infalibilidade são elementos que podem constituir terreno propício ao erro.

Frente às situações e comportamentos expostos, as conseqüências (C_q) foram categorizadas e encontram-se apresentadas a seguir.

Gráfico 1: Distribuição das conseqüências (C_q) relacionadas ao atendimento à PCR na UTI. São Paulo, 1998.



Conforme resultados apresentados no Gráfico 1, verifica-se que na vigência do atendimento à PCR na UTI, onde ocorrências iatrogênicas foram identificadas, o óbito do paciente foi a consequência mais frequente (70%), seguida da sobrevida imediata em 30% das situações. Destas, 32 (84%) tiveram reversão total do quadro, 3 (8%) evoluíram para o estado de coma, enquanto 3 (8%) tiveram morte após algumas horas da ocorrência da PCR. Apesar da gravidade das consequências encontradas, onde o óbito predominou, é interessante observar que os resultados dessa investigação mostram uma sobrevida semelhante aos resultados dos estudos sobre PCR, onde não há menção de ocorrências iatrogênicas durante o atendimento (KNOBEL, FERRAZ e CAPONE NETO, 1997), o que aponta para a necessidade de novas investigações.

Frente aos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se observar que, ao se estudar as ocorrências iatrogênicas na vigência de uma PCR na UTI, foi relevante verificar a presença de situações e comportamentos, também negativos que antecederam e desencadearam esta intercorrência. Tais achados levam à constatação de que um único evento negativo, se não corrigido, é capaz de desencadear inúmeros outros, daí a necessidade de sua prevenção. Deixou evidente, além disso, que apesar da maioria dos comportamentos negativos recaírem sobre o desempenho profissional inadequado, a análise das ocorrências iatrogênicas deve ser feita à luz do sistema, na sua totalidade, a fim de que se possa explorar e identificar todos os pontos vulneráveis nele existentes.

No decorrer do estudo, ficou evidente a importância, sobretudo do conhecimento técnico-científico dos profissionais para o atendimento à PCR, variável que tem sido citada como relevante no desencadeamento de ocorrências iatrogênicas de diferentes naturezas (PIERIN et al., 1983; PINOTTI; DOMENE, 1991; PADILHA, 1992 e 1994).

Portanto, depreende-se dos resultados que a ênfase na capacitação dos vários profissionais para atuarem na PCR deve começar já na formação acadêmica, num processo que exigirá treinamento e reciclagem contínuos. O treinamento da equipe na UTI em relação ao atendimento da PCR deve ter como objetivo, reduzir ao mínimo a duração da mesma, com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada, atingindo automatização total, mas consciente, das diversas etapas do atendimento (GOMES, 1988b).

Em síntese, analisada segundo o enfoque sistêmico, pôde-se constatar que, ao se buscar caracterizar as ocorrências iatrogênicas com pacientes em PCR na UTI, evidenciou-se que o processo de atendimento apresentou lacunas que se

contrapuseram à saída do paciente da UTI (output) sem que tivesse sofrido riscos e falhas desnecessárias. Tais lacunas, no entanto, uma vez conhecidas tornam-se a chave para a melhoria contínua da assistência na UTI, tão desejável por todos os profissionais comprometidos com ela.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por meio da análise de 126 relatos de incidentes críticos negativos ou ocorrências iatrogênicas relacionados à PCR na UTI, mostraram dados que foram além dos objetivos estabelecidos para a presente investigação. Embora se pretendesse estudar os incidentes críticos na vigência da PCR, os relatos evidenciaram 92 importantes situações que a antecederam e foram relacionadas pelos entrevistados a este evento. As principais categorias de incidentes críticos negativos referentes a estas situações foram a piora do quadro clínico decorrente das próprias condições do paciente, bem como de intercorrências com o tubo endotraqueal (56%); transporte inapropriado do paciente para a UTI (27%) e realização inadequada de procedimento (15%). Decorrente dessas situações constatou-se como comportamentos negativos mais frequentes a demora no atendimento (44%); falhas na avaliação clínica e na indicação do tratamento (23%) e falhas no desempenho técnico (15%).

A PCR resultante das 92 situações relatadas, foram somadas outras 34 de PCR em si, que analisadas conjuntamente possibilitaram responder aos objetivos propostos neste estudo. No total de 126 situações de PCR na UTI, foram identificados 176 comportamentos negativos que, agrupados, resultaram em cinco categorias de ocorrências iatrogênicas assim distribuídas: falha na realização de procedimento técnico (58%); problemas relacionados aos recursos materiais e equipamentos (31%); falta de coordenação das atividades (8%); atendimento com descaso (2%) e recusa do cirurgião em aceitar conduta proposta (1%).

Referente às consequências imediatas do atendimento à PCR em que foram identificadas ocorrências iatrogênicas, o óbito foi verificado em maior frequência (70%), seguido da sobrevida imediata dos pacientes em 30% dos atendimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, V.M. Responsabilidade médica. *Ars. Curandi*, v.24, n.3, p.100-4, 1991.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia**. Dallas, 1997. Cap. 1, p. 1-71: A essência do SAVC.
- CAMPOS, J.Q. **Erros Médicos: como evitá-los**. São Paulo, Câmara Brasileira do Livro, 1991.
- CAPONE, P.G.L.; CAPONE NETO, A. O papel da enfermagem na reanimação. In: LANE, J. C.; ALBARRAN-SOTELO, R. **Reanimação cardiorrespiratória cerebral**. Rio de Janeiro, Medsi, 1993. cap. 17, p.361-8.
- COELHO, O.R. et al. Ressuscitação cardiopulmonar. *Rev.Soc.Cardiol.Estado de São Paulo*, v.7, n.1, p. 1-7, 1997.
- DELA COLETA, J. A. A técnica do incidentes críticos: aplicação e resultados. *Arq.Bras.Psicol.Apl.*, v.26, n.2, p.35-58, 1974.
- FLANAGAN, J. C. A técnica do incidente crítico. *Arq.Bras.Psicol.Apl.*, v. 25, n. 21, p.99-141, 1973.
- FEREZ, D.; AMARAL, J.L.G.; JOAQUIM, E.H.G. Reanimação cardiorrespiratória e cerebral. *Rev.Bras.Terap.Intens.* v.8, n.3, p.118-29, 1996.
- GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2 ed. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1988 a. cap. 3, p.17-36: Planta física, equipamentos e dotação de pessoal.
- GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2 ed. São Paulo, Pedagógica e Universitária, 1988 b. cap. 2, p.7-15: Organização da unidade.
- GUIDELINES for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *JAMA*, v.268, n.16, p. 2171-298, 1992.
- JOUCLAS, V.M.G. **Análise da função do circulante de sala de operação de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos**. São Paulo, 1987.167p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- KNOBEL, E; FERRAZ, A.C; CAPONE NETO, A. Ressuscitação cerebral. *Rev.Soc.Cardiol.Estado de São Paulo*, v.7, n.1, p.92-8, 1997.
- LANE, J.C. Organização em reanimação. In: LANE, J.C.; ALBARRAN-SOTELO, R. **Reanimação cardiorrespiratória cerebral**. Rio de Janeiro, Medsi, 1993. cap. 20, p.437-43.
- LOPES, M. **Emergências médicas**. 5 ed. Rio de Janeiro, Guanabara- Koogan, 1989. cap. 2, p.7-21: Ressuscitação cardiopulmonar.
- MARCHESINI, J.B. Erro médico: a visão do profissional. *Ars. Curandi*, v.24, n.3, p.73-84, 1991.
- MULLER, A.M.A; BORBA, S.R.C. Papel do pessoal de enfermagem no atendimento à parada cardíaca no pequeno hospital. *Rev.Gaúcha Enf.*, v.7, n.1, p. 23-31, 1986.
- NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos da passagem de plantão**. Ribeirão Preto, 1988. 109 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- PADILHA, K.G. Iatrogenais em unidade de terapia intensiva: uma abordagem teórica. *Rev.Paul.Enf.*, v.11, n.2, p. 69-72, 1992.
- PADILHA, K.G. **Descuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem**. São Paulo, 1994. 190p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PAIVA, E.F. Equipamentos acessórios para controle da via aérea e técnicas especiais de ressuscitação cardiopulmonar. *Rev.Soc.Cardiol.Estado de São Paulo*, v.7, n.1, p.33-41, 1997.
- PARASKOS, J.A. Cardiopulmonary resuscitation. In RIPPE, J.M. et al. **Intensive care medicine**. Boston, Little, 1991. Cap.22, p.238-68.
- PIERIN, A.M.G., et al. Iatrogenia em enfermagem: análise dos conhecimentos teóricos de um grupo de enfermeiros sobre o preparo de medicação. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.17, n.2, p.119-25, 1983.
- PINOTTI, H.W.; DOMENE, C.E. Erro médico: estudo analítico de suas raízes. *Ars. Curandi*, v.24, n.3, p.61-8, 1991.
- POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods**. 4.ed, Philadelphia, Lippincott, 1991.
- SAFAR, P. **Ressuscitação cardiorrespiratória cerebral**. 2 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1982.
- VIEIRA, R.H.G. Parada cardiorrespiratória em adulto hospitalizado: aspectos práticos para tomada de decisão. *Texto Contexto Enf.*, v.2, n.2, p. 99-110, 1993.
- WHITAKER, I.Y. et al. A enfermagem no atendimento de emergência. In: FELLIPE JUNIOR, J. **Pronto socorro: diagnóstico e tratamento**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1990. Cap. 14, p. 119-25