

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES AFETIVAS  
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA**

**Patrícia Sarsur Nasser Santiago**

**Belo Horizonte  
2006**

**Patrícia Sarsur Nasser Santiago**

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES AFETIVAS  
DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de  
Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção  
do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daclé Vilma Carvalho.

**Belo Horizonte  
2006**

S235r

Santiago, Patrícia Sarsur Nasser

Reanimação cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em terapia intensiva / Patrícia Sarsur Nasser Santiago. Belo Horizonte, 2006.  
108p.

Orientadora: Daclé Vilma Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Ressuscitação cardiopulmonar. 2. Terapia intensiva. 3. Bloom, Benjamin Samuel, 1913-  
4. Enfermeiros. I. Carvalho, Daclé Vilma. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de  
Enfermagem. III. Título.

CDU 616.12

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação intitulada REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES AFETIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA de autoria da mestranda Patrícia Sarsur Nasser Santiago, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daclé Vilma Carvalho.

---

Dr<sup>a</sup> Ana Maria Kazue Miyadahira

---

Dr. Sergio Dias Cirino

Belo Horizonte, 24 de março de 2006.

## **AGRADECIMENTOS**

Escrever uma dissertação de mestrado pode ser comparado a caminhar pelo deserto. Grandes extensões de terra seca e plana que são ocasionalmente marcadas por pequenos oásis, poços de inspiração e refrigério. Seria impossível chegar ao final sem a colaboração, apoio e compreensão de todos os que nos rodeiam.

Meus agradecimentos aos queridos parentes, amigos e a todos os colaboradores que contribuíram para a realização desta caminhada.

A DEUS, razão de meu viver, obrigada Pai, por me ajudar a realizar esse trabalho, pelo consolo nas horas de tristeza, pelos momentos de inspiração e discernimento. A ti, Senhor, honra, louvor e adoração.

Ao Antônio, João Victor e Marina, pelo apoio, incentivo e por suportarem meus momentos de intolerância. Todos esses anos com vocês me deixaram convicta de que existe realmente um céu e que não preciso morrer para chegar lá. Obrigada pelo amor incondicional que vocês demonstram ter por mim.

Aos meus pais Jorge e Rosa, por terem me ensinado os valores e princípios da ética humana, obrigada por ajudarem a tomar conta da minha casa nesses dias tão difíceis.

A meus irmãos Adriana e Jorge Júnior, pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Daclé Vilma Carvalho, certamente outros orientandos devem ter destacado sua competência, sabedoria, compromisso, paciência, enfim todas essas qualidades que Deus lhe deu e que você coloca em prática com mestria; mas nesse espaço gostaria de lhe agradecer por cuidar de mim durante essa caminhada. Desde o primeiro encontro, quando você não destruiu meus sonhos de pesquisar sobre a reanimação cardiopulmonar, apenas redirecionou meu olhar, já demonstrava toda a sensibilidade que faz de você uma orientadora inigualável. Eu agradeço a Deus o privilégio de ter convivido com você todo esse

período. Não há palavras que possam expressar a admiração e a gratidão que sinto nesse momento. Se no céu faltar um anjo, sei onde encontrá-lo.

Aos amigos da Igreja do Nazareno, obrigada pelo apoio, incentivo e orações de vocês. É uma alegria encontrá-los a cada domingo para juntos celebrarmos o amor de Deus.

A minha amiga Fada Marina de Oliveira Vaz e aos meus sobrinhos Marco Antônio e Rodrigo, pela presença constante e amizade ao longo dessa caminhada. Fico feliz por fazer parte da família.

Aos amigos da Escola de Enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico, e especialmente àqueles que me acompanharam mais de perto, como Denise Nascimento, Telma Maciel, Fernando Vaz, Rogério Campice, Aglaya Barros, Poliana Cardoso, Luzimar Rangel, Érika Azevedo, Júlio César Santana e Douglas Dantas. Obrigada pelas palavras de incentivo. Conviver com vocês tem sido um constante aprendizado.

A minha amiga Mércia Aleide Ribeiro Leite, por suas mensagens de otimismo e pela preocupação nos momentos de tristeza.

À Psicóloga Noemia Castro e a Médica Toniomar Lamounier, por me auxiliarem nesse mergulho para o autoconhecimento. Eu ainda chego lá...

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Isabel Antunes, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, por ter gentilmente me permitido ser sua aluna. Sua simplicidade e seu desprendimento são realmente cativantes.

À Gerencia do Centro de Tratamento Intensivo, da Santa Casa de Belo Horizonte, que permitiu a realização desse trabalho e especialmente aos amigos que participaram, voluntariamente, dessa pesquisa. Hoje em dia eu me sinto parte da equipe e tenho muito orgulho disso. Obrigada pelo carinho e respeito que vocês demonstram ter por mim.

Aos funcionários da biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Coração Eucarístico, e em especial a auxiliar de biblioteca Regilena Alves de Freitas Souza, pela incessante pesquisa bibliográfica. Vocês são muito competentes naquilo que fazem.

À Mayra Alves Stradioto, pelo excelente trabalho de consultoria em estatística e pela paciência em refazer os gráficos e tabelas tantas vezes necessárias.

À Paula Nasser Cury por me ajudar com os textos em inglês, obrigada por seus incansáveis esforços e por compreender a urgência do trabalho.

Ao professor Jurandir Moraes por sua cuidadosa revisão de português; espero que todos os meus erros fiquem sendo nosso pequeno segredo.

Aos professores do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, por compartilharem seus conhecimentos e permitirem um convívio tão enriquecedor.

À bibliotecária, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Helenice Rego Cunha pelo excelente trabalho de revisão e normalização das referências. Você foi mais rápida do que eu poderia imaginar.

“Um dia é preciso parar de sonhar e de algum modo partir...

É melhor tomar um caminho, desembarcar dos sonhos e tomar uma atitude.

Mil vezes a perspectiva de enfrentar a pior tempestade do que as normais calmarias sem rumos, sem ir a lugar nenhum. Barcos de verdade não navegam por acaso...

Não existem atividades humanas sem riscos... o risco maior da grande viagem está na capacidade de se preparar...

O que importa na verdade, é o material de que é feita a vontade e não o barco... No mar, conta mais, infinitamente mais que a experiência, a iniciativa, o respeito e a capacidade de aprender.

É preciso ir além de mares demarcados...

Uma travessia não termina em qualquer lugar, mas num ponto preciso, escolhido e alcançado.

E, quando não se toca esse ponto travessia nenhuma existe”.

Fernando Pessoa



# **REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: HABILIDADES AFETIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA**

## **RESUMO**

As habilidades necessárias para a realização de qualquer atividade profissional, e em especial na área de saúde, não se limitam ao domínio do conhecimento (habilidades cognitivas), ou de uma excelente habilidade motora (psicomotora), mas também a habilidade afetiva, visto que as atitudes, valores e sentimentos são de fundamental importância para atuação em qualquer área. Considerando as peculiaridades da área da saúde, destaca-se a importância das habilidades afetivas na formação e no cotidiano dos profissionais de enfermagem, pois são estes profissionais que atuam de uma forma mais direta e contínua ao lado do paciente e familiar. Neste estudo de caso procurou-se analisar habilidades afetivas dos elementos da equipe assistencial de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em relação à Reanimação Cardiopulmonar (RCP), fundamentada na abordagem teórica de Benjamim Bloom e Colaboradores. A pesquisa foi realizada em uma UTI de um hospital geral de grande porte, de Belo Horizonte, junto a 59 profissionais da equipe de enfermagem, o que corresponde a 70,2% da população estudada. Destes 18 (30,5%) são auxiliares de enfermagem, 27 (45,8%) técnicos de enfermagem e 14 (23,8%) enfermeiros. A maioria da amostra estudada (91,5%) é constituída de profissionais do sexo feminino, (71,2%) que professam a fé católica, com faixa etária entre 20 a 39 anos (37-62,7%), e 45 (76,5%) com tempo de formado de até 10 anos. Quanto à escolaridade pouco mais da metade da amostra (30- 50,9%) tem o ensino médio completo, 37 (62,7%) tem até 5 anos de experiência em UTI. Considerando as cinco categorias das habilidades afetivas propostas por Bloom e Cols têm-se que: 94,9% demonstram ter percepção do fenômeno (acolhimento); 98,3% têm disposição para atuar em RCP (disposição para responder), porém apenas 20,3% demonstram que tem satisfação em participar do procedimento (satisfação na resposta). Quanto à categoria valorização, a maioria da amostra estudada possui os valores humanos para participar de uma RCP. Em relação à organização dos valores, o maior grau de importância na hierarquia recaiu sobre a capacidade técnica dos profissionais. Considerando os fatores que influenciam o desempenho das habilidades afetivas, os itens mais citados foram: a equipe, recursos materiais, recursos humanos, aspectos psicológicos, a crença, entre outros. Espera-se que este estudo ofereça subsídios para uma melhor compreensão dos comportamentos apresentados pelos profissionais de enfermagem que atuam em UTI na reanimação cardiopulmonar, contribuindo para o desenvolvimento e o aprimoramento de suas habilidades afetivas.

Unitermos: enfermagem, habilidades afetivas, taxionomia de Bloom, reanimação cardiopulmonar

## ABSTRACT

### CARDIOPULMONARY REANIMATION: INTENSIVE CARE NURSING STAFF'S AFFECTIVE SKILLS

Skills needed for any professional activity, especially among health care staff, are not limited to the domain of knowledge (cognitive abilities), or even to motor abilities (psychomotor). It needs affective skills too, since values and feelings are of fundamental importance. The importance of affective skills in the nursing education is evident because of their proximity to patients and their families while providing care. In the present study I sought to analyze affective skills of the nursing staff of an Intensive Care Unit (ICU), during Cardiopulmonary Reanimation (CPR), based on the theoretical approach of Benjamin Bloom and colleagues. The research was accomplished in an ICU of a large hospital of Belo Horizonte. The sample was composed of 59 nurses, which corresponds to 70,2% of the studied population. Eighteen (30,5%) are nurse auxiliary, 27 (45,8%) are nurse technicians and 14 (23,8%) are registered nurses. Most of participants (n = 37; 91,5%) are female, and 71,2 percent said they are Roman Catholic. Thirty seven (62,7%), were from 20 to 39 years of age, and 45 (76,5%) were graduated in the last 10 years. Half of the sample (n = 30; 50,9%) were high school graduated, and 37 (62,7%) had up to 5 years of working experience in an ICU. Bloom's five categories of affective skills indicated that: 94,9% manifested perception of the phenomenon (reception); 98,3% showed disposition to work with CPR (disposition on their answer). However only 20,3% demonstrated satisfaction in participating on the procedure (satisfaction on their answer). In the valorization category, most of the sample had values for a CPR. In relation to value organization, nurses' technical skills was rated higher in importance. Among the factors that influenced affective skills, the most cited items were: work team, material resources, human resources, psychological aspects, faith, and others. It is expected that this study may provide additional understanding of ICU nurses' behavior, who work in cardiopulmonary reanimation, contributing to the development and improvement of their affective skills.

Uniterms: nursing, affective skills, taxonomic of Bloom, reanimation cardiopulmonary

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1: Taxionomia das habilidades afetivas segundo Bloom e Colaboradores.....</b>	<b>29</b>
<b>Figura 2: Valores terminais e instrumentais no levantamento de valores de Rokeach.....</b>	<b>44</b>
<b>Figura 3: Perfil de uma equipe de enfermagem que atua na RCP em UTI de um hospital de grande porte de Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>62</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1: Distribuição dos fatores que influenciam no desempenho das habilidades afetivas, SCM-Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>83</b>
--	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1: Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo o setor, a categoria profissional e o turno de atuação. SCM-Belo Horizonte/ 2005.</b>	<b>55</b>
<b>TABELA 2: Distribuição dos auxiliares de enfermagem que atuam na UTI segundo a idade e escolaridade, SCM-Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>63</b>
<b>TABELA 3: Distribuição das respostas de profissionais de enfermagem de UTI segundo a classificação dos valores humanos para atuar em RCP, SCM-Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>77</b>
<b>TABELA 4: Hierarquia dos valores humanos ao participar da RCP, segundo a média de opiniões de profissionais de enfermagem, da UTI, SCM-Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>80</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 – Percepção que os profissionais da UTI têm sobre RCP, SCM-Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>66</b>
<b>GRÁFICO 2 – Disposição dos profissionais de receberem treinamento segundo áreas temáticas da UTI, SCM - Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>67</b>
<b>GRÁFICO 3 – Auto-avaliação dos profissionais da UTI sobre sua capacidade para atendimento em RCP, SCM - Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>68</b>
<b>GRÁFICO 4 - Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem de UTI, sobre a busca voluntária de conhecimentos, SCM - Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>70</b>
<b>GRÁFICO 5 - Nível de disposição de profissionais de enfermagem da UTI para participar da RCP, SCM - Belo Horizonte/2005.....</b>	<b>71</b>
<b>GRÁFICO 6 – Distribuição das justificativas de profissionais de enfermagem da UTI em relação à participação na RCP, SCM - Belo Horizonte/2005 (n=58).....</b>	<b>72</b>
<b>GRÁFICO 7 – Distribuição dos sentimentos apresentados por profissionais de enfermagem da UTI, em relação à participação na RCP, SCM - Belo Horizonte/ 2005.....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA	AMERICAN HEART ASSOCIATION
CEB	CÂMARA DE EDUCAÇÃO BRASILEIRA
CNE	CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
COEP	COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
ILCOR	LIGA MUNDIAL DE RESSUSCITAÇÃO
MEC	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
PCR	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA
RCP	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR
SAVC	SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA
SBV	SUPORTE BÁSICO DE VIDA
SCM	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFMG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## SUMÁRIO

<b>REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR.....</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>21</b>
<b>3 HABILIDADES AFETIVAS.....</b>	<b>23</b>
<b>4 HABILIDADES AFETIVAS NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR.....</b>	<b>38</b>
<b>5 MATERIAL/MÉTODO .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 TIPO DE ESTUDO .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2 LOCAL .....</b>	<b>54</b>
<b>5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>56</b>
<b>5.5 COLETA DE DADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....</b>	<b>57</b>
<b>5.7 QUESTÕES ÉTICAS.....</b>	<b>58</b>
<b>6 RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>6.1 PERFIL DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....</b>	<b>62</b>
<b>6.2 HABILIDADES AFETIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NA RCP EM UTI .....</b>	<b>64</b>
<b>6.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESEMPENHO DAS HABILIDADES AFETIVAS .....</b>	<b>82</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>



# **1 INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem sido entendida como um espaço físico, dotado de recursos materiais e humanos adequados ao atendimento pronto e eficaz a paciente grave, potencialmente recuperável.

Para Lopez (1989), o objetivo fundamental das UTIs é possibilitar a observação constante das funções vitais do paciente e, quando necessário, estabelecer medidas para mantê-las artificialmente.

Dentro de uma UTI a parada cardiorrespiratória representa, sem sombra de dúvida, a mais grave emergência clínica com que a equipe pode se defrontar. Este evento pode ser definido, segundo Araújo (1997, p.2), “como uma condição súbita de deficiência absoluta de oxigênio tissular, seja por deficiência circulatória ou por cessação da função respiratória.” A vítima de parada cardiorrespiratória é considerada prioridade dentro da UTI, devido ao risco de morte iminente, e seu atendimento é prestado por médicos, fisioterapeutas e pela equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares.

Na realidade brasileira a equipe de enfermagem é que permanece sempre à beira do leito nas 24 horas, sendo tais profissionais os primeiros a identificarem os sinais de parada cardiorrespiratória (PCR), a dispararem o chamado para o atendimento de urgência, iniciando as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP), e disponibilizando materiais e equipamentos necessários, até a chegada da equipe médica.

O atendimento a paciente vítima de PCR deveria ser prestado com rapidez, firmeza, segurança e calma a fim de se evitar pânico entre os profissionais. Porém o que se pode observar é que, na maioria das vezes, o atendimento de reanimação cardiopulmonar é tumultuado, com ações não sistematizadas que acarretam sobreposição de tarefas, culminando com atos repetitivos que levam a uma perda de tempo, naquele momento, importante para a sobrevivência do paciente.

No trabalho cotidiano, dos profissionais da área da saúde, é comum se observar situações que reforçam a importância de se conhecer os principais aspectos que envolvem o atendimento de RCP; muitas vezes a equipe de enfermagem detecta os sinais de PCR, dispara o chamado de emergência, porém não inicia as manobras de RCP, limitando-se a levar o equipamento de reanimação até a beira do leito do paciente e esperar a chegada do médico plantonista.

Percebe-se também que, mesmo nas situações em que os profissionais de enfermagem realizam as manobras de reanimação, eles não seguem os protocolos preconizados pela American Heart Association (1999), mundialmente aceitos.

Para Whitaker et al. (1990), as deficiências no atendimento de emergência estão relacionadas à falta de definição de tarefas entre os elementos que compõem a equipe de atendimento, aliada à falta de uma coordenação das atividades e de treinamento específico, além de falhas no suprimento do material e equipamentos apropriados. Essas deficiências podem levar a um atendimento moroso, tumultuado, estressante e determinar o insucesso do tratamento.

Para Capone e Capone Neto (1993), a PCR é uma das ocorrências mais temidas pela equipe de enfermagem, sendo considerada uma situação altamente estressante, que com frequência envolve pânico e confusão.

Na mesma linha de raciocínio, um aspecto importante durante a RCP é o estresse que frequentemente acomete a equipe de enfermagem e que se expressa por nervosismo, por dificuldade em executar tarefa simples, como o preparo de medicamentos, a utilização do equipamento de reanimação, mãos trêmulas, entre outros.

Ao lado dessas manifestações que denotam estresse é comum também se observar profissionais atuando em RCP contando histórias e piadas seguidas de risos. Supõe-se seja

este tipo de comportamento<sup>1</sup> uma forma por eles utilizada para camuflar seus sentimentos, como um mecanismo de defesa.

Para Mendes (1995/1996), diante de um sofrimento, o trabalhador manifesta comportamentos defensivos, ora individuais, ora coletivos, com o objetivo de evitar conflitos e/ou sentimentos dolorosos.

As cenas de reanimação cardiopulmonar são realmente dramáticas e exigem da equipe conhecimentos técnico-científicos, domínio das próprias emoções, e clara noção de seus próprios limites e possibilidades.

Estes comportamentos em RCP têm sido observados até em equipes bem treinadas tanto no domínio cognitivo quanto nas habilidades psicomotoras. Assim podemos supor que esses comportamentos estejam ligados a deficiências de habilidades afetivas, portanto é de fundamental importância que os profissionais de enfermagem desenvolvam habilidades afetivas para melhor atuar no evento.

De acordo com Bordenave e Pereira (1985, p.89), “o domínio afetivo engloba o desenvolvimento de atitudes e hábitos morais, a formação de valores e um comportamento de participação e cooperação responsáveis”.

As habilidades afetivas, para Bloom, Krathwohl e Masia (1973), expressam os sentimentos e atitudes que os indivíduos demonstram em relação a uma determinada situação. Este comportamento tem relação com o sistema de valores, com as experiências anteriores vividas e com a filosofia de vida das pessoas.

As habilidades afetivas podem ser compreendidas tendo por base um *continuum* que se desenvolve a partir de um nível no qual o indivíduo torna-se cômico de um determinado fenômeno, sendo capaz de percebê-lo e a ele prestar atenção. O indivíduo passa então a responder ao fenômeno com um interesse positivo, acompanhado por um sentimento de satisfação, prazer ou contentamento. Desta forma, não só percebe e responde a um

---

1 – comportamento refere-se à atividade dos organismos (animais incluindo homem), que mantêm intercâmbio com o ambiente. (ROSE, 1999)

determinado fenômeno, mas também adquire uma crença e um valor sobre o mesmo. Neste momento age porque se sente comprometido com o valor que inspira o comportamento. Na maioria das situações da vida, diversos valores entram em conflito ou em cooperação. Assim, os indivíduos devem criar normas internas para manejar os conflitos que se apresentam entre os valores. Finalmente uma vez que já se tem valor organizado, integrado a uma filosofia de vida, o comportamento torna-se consistente, coerente e afetivamente maduro. (BORDENAVE; PEREIRA, 1985; BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973).

O enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, tem um importante papel a desenvolver, não só na previsão e provisão dos recursos materiais e humanos para o atendimento das situações de emergência, bem como promover treinamento específico de sua equipe, com a finalidade de assegurar a competência nas áreas cognitiva, psicomotora e afetiva.

O treinamento em reanimação cardiopulmonar tem sido citado por Granitoff (1995), American Heart Association (1999) e Lopez (1989), como fator fundamental para que esse procedimento seja bem sucedido.

Segundo Bordenave e Pereira (1985), durante o processo ensino-aprendizagem grande ênfase é dada na aquisição de conhecimento e no desenvolvimento de habilidades intelectuais. Porém para o desenvolvimento integral de uma pessoa deve-se dar igual atenção, ou mesmo atenção maior, ao desenvolvimento afetivo e emocional. Ressaltam que existem pessoas bem sucedidas no aspecto intelectual e racional, porém despreparadas ao lidarem com seus sentimentos e emoções.

Também a American Heart Association (AHA), em seu manual de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, para instrutores, destaca que os componentes afetivos emocionais podem afetar a aprendizagem e o desempenho de atividades, de diferentes modos, em diferentes pessoas. Salienta que se pode encontrar adultos que se deixam envolver de forma

negativa por suas tensões, medos e ansiedades. Da mesma forma, valores e convicções podem afetar a capacidade de agir sobre uma determinada situação. Muitas vezes aceitamos ou rejeitamos determinada informação dependendo de como esta se ajusta à escala de valores e experiências prévias. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002b).

Nessa perspectiva e considerando a atuação do profissional de enfermagem na RCP em UTI, indagamos:

- quais habilidades afetivas seriam apresentadas pela equipe assistencial de enfermagem de UTI, em relação a RCP?
- que fatores influenciam no desempenho das habilidades afetivas?

Diante desses questionamentos e da escassez de literatura sobre o tema específico, nos propomos então a pesquisar sobre o assunto, não só em busca de maiores conhecimentos, mas também, através dos resultados desse trabalho, despertar nos profissionais de saúde e em especial nos enfermeiros para identificarem os aspectos afetivos e emocionais que perpassam o atendimento de enfermagem durante a RCP.

Acreditamos que a identificação das habilidades afetivas e dos fatores que influenciam o desempenho dessas habilidades, poderá contribuir para uma melhor compreensão dos comportamentos apresentados pela equipe de enfermagem de UTI, que atua em RCP, o que pode direcionar o estabelecimento de estratégias para uma atuação mais efetiva dos elementos dessa equipe e conseqüentemente melhorar as condições de assistência a paciente em situação de morte iminente.

Esperamos também que este estudo seja útil para os educadores, visto que, de um modo geral, os trabalhos que tratam do desenvolvimento das habilidades afetivas, na prática são bastante escassos.

## **2 OBJETIVO**

---

## **2 OBJETIVO**

Analisar habilidades afetivas dos profissionais da equipe assistencial de enfermagem de uma UTI em relação à reanimação cardiopulmonar, bem como fatores que influenciam no desempenho dessas habilidades, no evento.



### **3 HABILIDADES AFETIVAS**

---

## 3 HABILIDADES AFETIVAS

### 3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE EDUCAÇÃO INTEGRAL

A Unesco, por sua Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, presidida por Jacques Delors em 1996, estabeleceu os quatro grandes pilares da educação para este novo século, que passaram a ser referência desde então: **aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser.**

**Aprender a conhecer** é um tipo de aprendizagem que envolve o prazer de compreender, conhecer e descobrir. Diz respeito ao domínio dos próprios instrumentos do conhecimento. Aprender a conhecer supõe aprender a aprender e a pensar, exercitando a atenção e a memória. Tem por objetivo possibilitar ao ser humano não só desenvolver as suas capacidades profissionais, mas compreender o mundo que o rodeia, analisar a realidade e posicionar-se frente a ela de uma forma segura, crítica e reflexiva.

**Aprender a fazer** relaciona-se ao saber fazer, aplicar na prática os conhecimentos adquiridos. Isso significa que a educação do século XXI não pode aceitar a separação entre o saber e o fazer, mas deve associar a aplicação dos conhecimentos à técnica.

**Aprender a viver junto** ressalta a necessidade de se transmitir conhecimentos sobre a diversidade da espécie humana e a importância de levar as pessoas a tomarem consciência das suas semelhanças e da interdependência entre os seres humanos. É necessário aprender a acolher as diferenças e valorizar as individualidades, respeitando os direitos das pessoas e compreender a necessidade que temos uns dos outros.

**Aprender a ser** refere-se ao desenvolvimento total do ser humano - espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. O mundo atual exige de cada pessoa uma grande capacidade de autonomia crítica, postura ética,

para formular os seus próprios valores, de modo a decidir por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida.

Miydahira (1990), afirma que a prática da enfermagem pressupõe competência em uma série de habilidades, tanto cognitivas como psicomotoras e afetivas.

Perrenoud (2000), define competência como a mobilização de recursos cognitivos que incluem saberes, informações, habilidades operatórias e principalmente, as inteligências para com eficácia e pertinência enfrentar uma série de situações ou problemas. E, segundo Cruz (2002 p.28), “a competência é a capacidade que as pessoas desenvolvem em articular, relacionar os diferentes saberes, conhecimentos, atitudes e valores construídos por intermédio de sua vivência e por meio dos conhecimentos construídos na escola”.

De acordo com o Parecer nº 16/99 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Câmara de Educação Brasileira (CEB) é considerado competente o indivíduo que é capaz de mobilizar, articular, conhecimentos, habilidades e atitudes para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação profissional.

O termo habilidade é definido por Houaiss (2001 p.1052) como “qualidade ou característica de quem é hábil”. Diz-se de quem tem a mestria de uma ou várias artes ou um conhecimento profundo, teórico e prático de uma ou várias disciplinas.

Na concepção de Cruz (2002), é a prática de determinadas habilidades que constrói a competência. Assim a competência abriga três dimensões: o domínio cognitivo que compreende a realização das operações mentais sobre os conhecimentos produzidos pela sociedade que fundamentam a ação das pessoas; o domínio psicomotor (saber fazer) que enfatiza a habilidade motora, que requer coordenação neuromuscular; além de abranger as habilidades afetivas (saber ser), visto que todo esse conhecimento quando posto em prática num fazer, acontece na sociedade e é regulada socialmente.

Convém lembrar que estudos feitos por Bloom, Krathwohl e Masia (1973), destacam que apesar de os produtos da aprendizagem estarem classificados em habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas na realidade não há pureza desses tipos de aprendizagem. A aprendizagem por si mesma integra componentes cognitivos, psicomotores e afetivos. Entretanto, em alguns aspectos ou situações, um ou outro domínio pode predominar.

Considerando as peculiaridades inerentes ao profissional de enfermagem, os componentes cognitivos, psicomotores e afetivos permeiam suas atividades desde as tarefas mais simples até as mais complexas. Porém para que esses domínios sejam atingidos é necessário que em sua formação esses profissionais vivenciem experiências que os possibilitem desenvolver essas habilidades.

Portanto a educação em enfermagem não deve perder de vista a formação global do educando; o processo ensino-aprendizagem deve desenvolver as habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, visando o desenvolvimento das potencialidades do aluno. (SILVA, 1986)

Neste mesmo sentido, Silva e Cunha enfatizam que

a educação do século XXI estará atrelada ao desenvolvimento da capacidade intelectual dos estudantes e a princípios éticos, de compreensão e de solidariedade humana. A educação visará a prepará-los para lidar com mudanças e diversidades tecnológicas, econômicas e culturais, equipando-os com qualidades como iniciativa, atitude e adaptabilidade. (SILVA; CUNHA, 2002, p.5)

Em nossa experiência como docente em um curso de graduação em enfermagem, temos verificado que a formação dos profissionais de enfermagem e das demais áreas da saúde, influenciada pelo paradigma cartesiano<sup>2</sup>, ainda está voltada para o conhecimento técnico científico. Pouca ou nenhuma ênfase tem sido dada ao desenvolvimento das habilidades afetivas tão necessárias para uma assistência humanizada, amplamente discutida nos dias atuais.

---

<sup>2</sup> Modelo cartesiano – Diz-se da maneira de considerar um fenômeno ou um conceito isolando-se da totalidade em que apareceu.

Segundo Machado, Caldas e Bertonecello (1997), o paradigma flexneriano<sup>3</sup> que tem sido adotado no ensino médico e nas demais áreas da saúde, mostra sinais de esgotamento, exigindo a construção de novos modelos de formação e capacitação de recursos humanos em saúde.

A educação profissional se vê desafiada a corresponder às exigências do mundo do trabalho em relação a um perfil profissional que consolida cada vez mais as habilidades pessoais.

Em seu estudo sobre a formação profissional do século XXI, Silva e Cunha (2002), ressaltam que as competências técnicas deverão estar associadas à capacidade de decisão, de adaptação a novas situações, de comunicação oral e escrita e de trabalho em equipe. O trabalhador deverá ser um sujeito criativo, crítico e pensante, preparado para agir e se adaptar rapidamente às mudanças dessa nova sociedade.

Assim o aspecto comportamental é de fundamental importância no exercício de uma profissão e em qualquer atividade profissional. Destaca-se, por exemplo, a reanimação cardiopulmonar (RCP) executada por profissionais da área de saúde.

Entendemos que as habilidades necessárias para a realização de uma RCP não se limitam ao domínio do conhecimento (habilidades cognitivas), ou de uma excelente habilidade motora (psicomotora), mas também a habilidade afetiva, visto que as atitudes, valores e sentimentos são de fundamental importância nesse momento.

---

<sup>3</sup> Modelo Flexneriano - modelo vigente de ensino da medicina, estruturado no início do século XX por Abrahan Flexner que propôs a aplicação de regras cartesianas como norteadoras da formação médica.

### **3.2 HABILIDADES AFETIVAS SEGUNDO BLOOM**

Para desenvolvermos esse trabalho sobre as habilidades afetivas dos elementos da equipe assistencial de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, em relação à reanimação cardiopulmonar utilizamos a taxionomia proposta por Bloom e cols.(1973). Escolhemos essa taxionomia por sua coerência com os objetivos desse trabalho e também por ser nossa primeira aproximação com o assunto.

Benjamin Samuel Bloom nasceu em 21 de fevereiro de 1913 em Hansford na Pensilvânia e morreu no dia 13 de setembro de 1999. Como pedagogo trabalhou na Universidade de Chicago. Durante sua carreira colaborou com examinadores de outras universidades com seus livros: Taxionomia dos Objetivos Educacionais: domínio cognitivo em 1956 e domínio afetivo em 1964. Esses livros foram traduzidos para mais de trinta línguas, com milhões de cópias vendidas e continuam a ser citados por publicações escolares e empresariais.

#### **3.2.1 Aspectos Conceituais**

Segundo Bloom, Krathwohl e Masia (1973), uma taxionomia é uma série de classificações, ordenadas e dispostas com base em um princípio único ou com base em um conjunto consistente de princípios. Uma de suas importâncias está em proporcionar um sistema conveniente para a descrição e ordenação de itens de teste, técnicas de exame e instrumentos de avaliação.

As habilidades afetivas, para Bloom, Krathwohl e Masia (1973), enfatizam uma variedade de sentimentos, uma emoção ou um grau de aceitação ou rejeição. O domínio afetivo varia desde a atenção simples a fenômenos selecionados, até qualidades de caráter e de consciência complexas, mas internamente consistentes.

O processo pelo qual um fenômeno ou um valor é incorporado pelo indivíduo levando-o a uma modificação contínua do comportamento, denomina-se internalização. De acordo com Bloom, Krathwohl e Masia (1973 p.28) “o termo internalização refere-se ao processo através do qual valores e atitudes são adquiridos”.

No processo de internalização, os diferentes tipos de comportamentos são ordenados e relacionados a partir de um determinado nível, através de um “continuum”.

Assim o domínio afetivo proposto por Bloom, Krathwohl e Masia (1973), foi estruturado em uma ordem hierárquica, de tal forma que cada categoria de comportamento supõe a consecução dos comportamentos, categorizados abaixo da mesma.

A taxionomia no domínio afetivo descrita por Bloom, Krathwohl e Masia (1973) é composta por cinco estágios denominados categorias. As categorias vão do nível mais baixo até o mais alto, ordenadamente. Elas se subdividem em subcategorias ou níveis assim distribuídos.



Figura 1: Taxionomia das Habilidades afetivas segundo Bloom e Colaboradores

Fonte: Pelosi (1979) adaptado de Bloom, Krathwohl e Masia (1973)

### 3.2.2 Aspectos Taxionômicos e Testes de Habilidades Afetivas

#### CATEGORIA 1 - ACOLHIMENTO

Na categoria **Acolhimento**, a pessoa deve estar sensibilizada pela existência de certos fenômenos e estímulos; isto é, deve estar disposta a acolhê-los ou prestar atenção a eles. Apresenta três níveis para indicar diferentes formas de atentar ao fenômeno: **percepção, disposição para receber e atenção controlada ou seletiva.**

Na **percepção**, primeiro nível do acolhimento, o comportamento essencial a ser medido é se o indivíduo está consciente de alguma coisa, pessoa, fenômeno, acontecimento ou estado de coisas. Estar consciente de algo ou de alguém é certamente conhecê-lo, mesmo se o conhecimento está a nível superficial. Por isso se diz que a noção de percepção leva consigo um forte componente cognitivo.

É importante observar que uma extensão de percepção pode ocorrer ao longo de um “continuum”, desde a percepção muito genuína ou muito grosseira, até a percepção altamente refinada e detalhada.

O nível seguinte **disposição para receber** descreve o comportamento de alguém que está querendo tolerar um dado estímulo, não de evitá-lo. Espera-se que ao ser dado ao indivíduo a oportunidade de prestar atenção em um determinado fenômeno ele não procurará evitá-lo. Na melhor das hipóteses, estará disposto a dar-se conta do fenômeno e dedicar-lhe sua atenção.

Ao testar a **disposição para receber**, pressupõe-se que a percepção do estímulo já tenha sido atingida. Agora a tarefa de mensuração deste nível é determinar se a pessoa rejeita ou não o estímulo.

Em **atenção controlada ou seletiva**, nível mais elevado do acolhimento, o estímulo é mais claramente percebido e a pessoa está mais consciente sobre o mesmo. Assim o estímulo preferido é selecionado e lhe é dada atenção, mesmo que outros estímulos concorrentes



estejam presentes. Quando for solicitada a classificar uma variedade de atividades, a pessoa apontará a de sua preferência, demonstrando ter uma maior quantidade de atenção ao estímulo.

## **CATEGORIA 2 - RESPOSTA**

Na categoria **resposta** a pessoa ultrapassa a mera atenção ao estímulo. Em um primeiro estágio, num processo de “aprender fazendo”, o indivíduo está se comprometendo, em alguma medida, com o fenômeno envolvido. Esta categoria apresenta três níveis para ilustrar o “continuum” de resposta, à medida que o indivíduo se torna mais comprometido com a prática: **aquiescência na resposta, disposição para responder e satisfação na resposta.**

**Aquiescência na resposta** é o primeiro nível de resposta ativa, depois que a pessoa dá a sua atenção a um estímulo. Neste nível a pessoa dá a resposta, mas não aceita completamente a necessidade de assim fazê-lo. Portanto se não houver pressões para a conformidade com o padrão ou norma social, a pessoa pode escolher uma resposta alternativa.

Para testar este comportamento a questão básica é: O indivíduo está verdadeiramente respondendo? A fim de descobrir se a resposta é voluntária ou dada essencialmente por instância de outra pessoa, podem ser colhidos dados pertinentes, solicitando ao indivíduo para expor a razão, para a sua resposta, que mais se aproxima da explicação da fonte da motivação para responder.

No próximo nível, **Disposição para responder** o termo “disposição”, implica a capacidade de atividade voluntária. Portanto não é uma resposta a sugestões de fora, é uma resposta voluntária, de escolha. A pessoa está suficientemente compromissada para exibir o comportamento, não por um temor de punição, mas por si mesma ou voluntariamente.

Quando o sentimento que acompanha a disposição para responder é de satisfação, prazer / gozo, indica que o indivíduo atingiu o nível mais elevado da categoria resposta que é **Satisfação na resposta.**

A tarefa de testagem essencial neste nível é determinar se um sentimento de satisfação ou de reação emocional positiva acompanha o comportamento. Novamente, o examinador deve-se prevenir para não forçar o indivíduo a responder numa direção socialmente aprovada.

### **CATEGORIA 3 - VALORIZAÇÃO**

A terceira categoria descrita é a **valorização**. O termo valorização deve ser entendido em seu sentido usual que uma coisa, um fenômeno ou comportamento têm valor. É em parte um resultado da própria valorização ou avaliação do indivíduo, mas muito mais produto social, que foi vagarosamente internalizado ou aceito e veio a ser usado pela pessoa, como seu próprio critério de valores.

O comportamento categorizado é suficientemente consistente, estável e assume as características de uma crença ou de uma atitude. Assim o indivíduo manifesta seu comportamento com consistência suficiente, em situações apropriadas, que vem a ser percebido como adotando um valor.

Um elemento importante do comportamento, caracterizado por valorização, é que o indivíduo é motivado não pelo desejo de se submeter ou obedecer, mas pelo cometimento ao valor que guia o comportamento.

Foram definidos três níveis de valorização, cada um representando um estágio de internalização: **aceitação de um valor, preferência por um valor, cometimento.**

**Aceitação de um valor** refere-se à atribuição de valor que um indivíduo demonstra por um fenômeno, estímulo ou objeto. O termo “crença” descreve muito bem o que pode ser considerado como o tipo dominante do comportamento classificado.

Crença que é definida, por Bloom, Kathwohl e Masia (1973), como a aceitação emocional de uma proposição ou doutrina, a respeito da qual a pessoa implicitamente considera fundamento adequado. As crenças têm graus variáveis de certeza. No nível mais baixo de valorização, que é aceitação de um valor, a crença ainda não está firmemente estabelecida, existe a possibilidade de a pessoa reavaliar a sua posição.

Ao testar esse nível, deve-se buscar aqueles comportamentos que podem ser tomados como evidência de que o indivíduo procura ou quer um objeto, um fenômeno ou um estímulo, porque eles têm um dado valor, e são considerados importantes.

No nível **preferência por um valor**, o comportamento expressa não apenas a aceitação de um valor, mas o indivíduo está suficientemente comprometido com o valor; para buscá-lo, procurá-lo, querê-lo, está disposto a ser identificado com o mesmo.

Preferência por um valor denota um nível intermediário de envolvimento entre a aceitação de um valor e um completo comprometimento a ele. O investimento de tempo e de energia do indivíduo, no objeto ou fenômeno, é maior neste nível do que no precedente, entretanto menor do que no nível comprometimento.

Deste modo, em **comprometimento** as idéias de “convicção” e de “certeza sem sombra de dúvida” ajudam a entender mais o nível do comportamento pretendido. Em alguns casos, isto pode atingir a fé, no sentido de ser uma firme aceitação emocional de uma crença, sobre bases admitidamente não racionais.

A pessoa que manifesta comportamento neste nível é claramente percebida como tendo incorporado o valor em sua vida. Com isso, age para favorecer a coisa valorizada de alguma maneira, para estender a possibilidade de desenvolvê-la, de aprofundar o seu envolvimento com ela e com as coisas que a representam. Existe uma motivação para por em ação o comportamento.

Na testagem do nível **comprometimento** deve-se levar em conta se a valorização de um objeto ou fenômeno persiste através de um período de tempo. Comprometimento nunca é entusiasmo ou paixão, momentâneo ou ocasional, que está presente aqui hoje e se vai amanhã ou na semana próxima, para ser substituído por outra paixão temporária. Quando testar o comprometimento, o examinador deve reunir dados sobre: há quanto tempo o valor tem sido mantido e qual a probabilidade de que continue a ser mantido. A manutenção de um valor através de um extenso período de tempo não é em si evidência suficiente de comprometimento. Deve haver também um considerável investimento de energia no objeto ou fenômeno que é valorizado.

Uma vez que a pessoa internaliza sucessivamente valores, encontra situações para as quais mais de um valor é relevante. Desta maneira, surge a necessidade de organizar os valores em um sistema, determinar as inter-relações entre eles e estabelecer os valores dominantes e universais. Tal sistema é construído gradualmente, estando sujeito à mudança à medida que novos valores vão sendo incorporados.

#### **CATEGORIA 4 - ORGANIZAÇÃO DOS VALORES**

A categoria **organização** apresenta dois níveis denominados, **conceitualização de um valor e organização de um sistema de valores**.

No nível **conceitualização de um valor** o indivíduo poderá verificar como um valor se enlaça aos que ele já possui. A construção de um conceito requer tanto o processo de abstração, quanto o de generalização. O processo de abstração isola as propriedades que são as características do conceito particular envolvido, e a generalização reconhece a aplicação do conceito a um conjunto de dados mais amplos do que aquele do qual originalmente foi derivada. Desta maneira o conceito representa conhecimento que não é percebido diretamente através dos sentidos, mas antes resulta da manipulação das impressões sensoriais numa forma

abstrata. Por isso diz-se que o processo de conceitualização é em grande parte cognitivo, envolvendo abstração e generalização.

O programa de testagem desse nível procura evidenciar que habilidades cognitivas mais elevadas foram realmente postas em ação. Basicamente existem três tipos principais de evidências que se procura neste nível: evidência de que a pessoa desenvolveu julgamentos avaliativos com referência ao objeto que valoriza, evidência de pensamento abstrato ou simbólico a respeito do objeto valorizado, evidência de generalização acerca de um conjunto ou classe de valores do qual o objeto valorizado faz parte. Tal evidência surge quando o indivíduo está muito envolvido com o objeto e agora o considera num sentido mais profundo.

No nível **organização de um sistema de valores**, a pessoa apresenta simultaneamente um complexo de valores possivelmente distintos e os coloca numa relação ordenada entre si. De forma ideal, a relação ordenada será aquela que é harmoniosa e internamente consistente. Em muitos casos, a organização de valores pode resultar em sua síntese num valor novo, ou num complexo de valores de uma ordem superior.

A testagem de um sistema de valores envolve, essencialmente, a identificação das partes componentes do sistema de valores do indivíduo (isto é, os valores, crenças e sentimentos que ele “absorveu” em seu sistema de valores) e a identificação do padrão de valores no sistema. Este padrão indica a inter-relação entre os valores da pessoa e aqueles que são dominantes ou centrais na sua vida, e os que ocupam uma posição mais periférica no seu sistema.

## **CATEGORIA 5 - CARACTERIZAÇÃO POR UM VALOR**

Na **caracterização por um valor ou complexo de valores**, o nível de internalização mostra-nos que os valores já têm um lugar na hierarquia de valores do indivíduo; esses valores estão organizados em algum tipo de sistema internamente consistente, a ponto de controlarem o comportamento do mesmo. Assim, o indivíduo age consistentemente, de

acordo com os valores que internalizou neste nível, sendo descrito em termos de suas características singulares de personalidade e sua filosofia de vida ou seu modo de ver o mundo – os princípios e ideais, o credo pessoal, que proporcionam uma integração e uma consistência para os vários aspectos de sua vida. A categoria caracterização por um valor por um complexo de valores apresenta dois níveis, **direção generalizada e caracterização**.

A **direção generalizada** é o que dá uma consistência interna ao sistema de atitudes de valores, em qualquer momento específico. Às vezes é expressa como uma tendência determinante, uma orientação em relação a fenômenos, ou uma predisposição para agir de uma certa maneira. É uma orientação básica que capacita o indivíduo a reduzir e ordenar o mundo complexo à sua volta e agir consistente e eficientemente no mesmo.

Para testar a direção generalizada deve-se estar interessado em colher dados a respeito das orientações básicas ou dos pontos de vista do indivíduo; as atitudes deliberadas que o caracterizam e lhe dão uma consistência comportamental são: a abordagem objetiva dos problemas, o planejamento sistemático, o exame de dados antes de decidir, a consideração das conseqüências de seus atos, antes de agir, a confiança em sua capacidade para resolver um problema, entre outros.

A **caracterização** é o ponto culminante do processo de internalização, pois diz respeito à visão que a pessoa tem do universo, a sua filosofia de vida. Os valores e sentimentos específicos, ligados previamente a objetos particulares, agora tornam um fenômeno geral, tal como caráter e moralidade. Por exemplo, o compromisso com problemas sociais é transformado num código de comportamento que representa princípios orientadores centrais na conduta de vida do indivíduo. Em todas as suas relações com outras pessoas, ele é caracterizado por bondade, respeito e humildade. Uma consistência no comportamento é claramente discernível, em todos os papéis sociais que lhe é requerido assumir e entre o

domínio público e privado de sua vida. Neste caso, a filosofia de vida da pessoa caracteriza-se e difunde-se em todo o seu comportamento.

## **4 HABILIDADES AFETIVAS NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**

---



## **4 HABILIDADES AFETIVAS NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR**

A reanimação cardiopulmonar consiste em um conjunto de medidas usadas com a finalidade de recuperar as funções cardiocirculatórias, respiratória e cerebral. Seus princípios fundamentais consistem no pronto restabelecimento da circulação através de compressões torácicas externas e a instauração de respiração artificial a fim de ventilar os pulmões e manter a oxigenação do cérebro e de outros órgãos vitais. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1999; EVORA; GARCIA, 1995).

A American Heart Association tem desenvolvido estudos para o estabelecimento de princípios padronizados de atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória. Tais padrões de atendimento são conhecidos atualmente como Suporte Básico de Vida (BLS, Basic Life Support) e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS, Advanced Cardiac Life Support). (GRANITOFF, 1995; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1999).

O Suporte Básico de Vida consiste no reconhecimento da PCR, intervenção imediata, com o início das manobras de reanimação cardiopulmonar, objetivando a manutenção da ventilação e da circulação através da abertura das vias aéreas, ventilação artificial, compressões torácicas externas e, desfibrilação precoce para os casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. O êxito desse procedimento depende da destreza e rapidez com que as manobras são aplicadas. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1999).

O Suporte Avançado de Vida envolve as manobras de suporte básico com o uso de equipamentos auxiliares para suporte de ventilação, acesso intravenoso, administração de drogas, monitoramento cardíaco, desfibrilação, além do atendimento após a reanimação. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1999).

De acordo com Araújo e Araújo (2003) cabe à equipe de enfermagem oferecer o Suporte Básico de Vida, intra-hospitalar, a paciente vítima de PCR até a chegada da equipe

médica. Para isso ela deve adquirir habilidades que a capacite a prestar adequadamente assistência a este paciente.

Dentre as habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas tão necessárias ao atendimento de uma RCP, enfatizamos nesse estudo as habilidades afetivas.

Tendo por base a descrição de Bloom, Krathwohl e Masia (1973), sobre as habilidades afetivas já destacadas no capítulo anterior, encontramos no primeiro nível o acolhimento como um dos aspectos do comportamento humano. O **acolhimento** ocorre quando, diante de uma determinada situação, o indivíduo acolhe e dá atenção a um fenômeno ou objeto.

Quando um profissional de enfermagem só percebe que o paciente está em PCR e necessita de RCP, dizemos que ele está no nível mais baixo das habilidades afetivas que é a **percepção**.

Para Schermerhorn, Hunt e Osborn (2003), percepção é o processo pelo qual as pessoas escolhem, organizam, interpretam, procuram e reagem às informações do mundo que as rodeia. As percepções de duas pessoas não são necessariamente as mesmas quando descrevem o mesmo fenômeno ou objeto.

Além disso, existem vários fatores que podem influenciar a percepção: as experiências anteriores do indivíduo, suas motivações, seus valores, atitudes e também o ambiente, contexto físico e social, onde a pessoa se encontra. (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN 2003; ROBBINS, 1999).

Apenas perceber que o paciente está em PCR não é suficiente. De acordo com Axelsson; Herlitz e Fridlund (2000), em RCP para decidir se intervém ou não, o profissional antes de tudo tem de observar o evento, interpretá-lo como uma emergência, perceber que tem responsabilidade de agir, decidir que tipo de ajuda pode dar e finalmente como implementar essa ajuda.

Embora este comportamento pertença ao domínio cognitivo, vale lembrar o princípio do paralelismo descrito por Bloom, Krathwohl e Masia (1973), ou seja, a correspondência entre comportamentos próprios de um domínio com os de outro domínio. Por exemplo: prestar atenção a um fenômeno (domínio afetivo) corresponde a ter conhecimento do fenômeno (domínio cognitivo), pois tendemos a prestar atenção ao que conhecemos.

Por ser a reanimação cardiopulmonar um procedimento complexo que exige muito da equipe de enfermagem que presta esta assistência é de se esperar que esses profissionais busquem aprimorar seus conhecimentos quer seja através de estudos individuais, quer seja através de participação voluntária em treinamentos, seminários e/ou congressos que abordem o assunto.

Quando um profissional de enfermagem demonstra disposição para participar de um treinamento programado por seus superiores, dizemos que ele tem **disposição para receber**. Ter disposição para receber, segundo Bloom, Krathwohl e Masia (1973), não significa que existe um interesse pelo fenômeno ou objeto, apenas há uma tolerância por parte do indivíduo.

Interesse, segundo Pelosi (1979), é a tendência de um indivíduo para selecionar a sua atenção, dedicando-se apenas a determinadas coisas ou aspectos de coisas.

De acordo com Schermerhorn, Hunt e Osborn (2003), as pessoas são bombardeadas por muitas informações e por isso têm a tendência de selecionar aquilo a que vão dar atenção. Essa tendência de destacar os aspectos de uma situação, fenômeno ou objeto tem relação com as necessidades, valores e atitudes de uma pessoa.

Assim quando um profissional de saúde que atua em RCP demonstra, através de seu comportamento, o seu interesse selecionando o fenômeno e concentrando nele a sua atenção, dizemos que ele está no nível mais alto da categoria acolhimento que é **atenção controlada ou seletiva**.

Outro aspecto do comportamento humano que integra o domínio afetivo é a atitude, que para Pelosi (1979 p.45) “é uma disposição adquirida e relativamente duradoura para responder de modo coerente a uma dada categoria de objetos, conceitos ou pessoas”.

De acordo com Rokeach (1981), as atitudes são sistemas duradouros de avaliações positivas ou negativas em relação a um objeto ou situação. A atitude possui componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. O componente cognitivo contém os pensamentos, as informações e as crenças que uma pessoa tem a respeito do objeto ou situação. O aspecto afetivo associa-se às emoções, sentimentos, e o comportamental refere-se ao que a pessoa faz em relação ao objeto ou situação.

Schermerhorn, Hunt e Osborn (2003), refere-se à atitude como uma predisposição de responder de forma positiva ou negativa a alguém ou algo em seu próprio ambiente.

**Resposta** é, portanto, a segunda categoria do domínio afetivo e, segundo Bloom, Krathwohl e Masia (1973), nesse estágio o comportamento humano se ocupa mais com a ação. Essa ação indica o desejo que predispõe o indivíduo a se tornar suficientemente envolvido ou comprometido com o assunto, fenômeno ou atividade, a ponto de ter prazer em trabalhar com o mesmo.

No advento de uma RCP a equipe de enfermagem normalmente responde ao fenômeno realizando o atendimento. Quando fazem este atendimento apenas submetendo-se ou obedecendo a uma solicitação por pressão de normas ou padrões pré-estabelecidos, dizemos que o seu comportamento está no primeiro nível da categoria resposta que é **aquiescência na resposta**. Assim, procedem ao atendimento, mas sem aceitar completamente a necessidade de fazê-lo, se tivessem outra alternativa escolheriam por não participar da RCP.

Crunden (1991), observou que enfermeiras modelam seu comportamento em resposta às expectativas de seus pares, superiores, de estudantes de enfermagem e do público em geral.

Isto pode ser explicado por Dwyer e Willians (2002), quando afirma que a pressão normativa afeta as intenções de praticar comportamentos.

Por outro lado, quando um profissional de enfermagem participa de uma RCP voluntariamente, por consentimento próprio, de um paciente que não está sob seus cuidados, dizemos que ele está no nível **disposição para responder**.

Bloom, Krathwohl e Masia (1973), chamam a atenção para o fato de que nesse nível uma das maneiras de se descobrir se a resposta é auto-iniciada ou dada por instância de outra pessoa pode ser conseguida, solicitando ao indivíduo para expor a razão de sua resposta.

Outrossim, o que se espera de alguém que tenha disposição para responder é que o comportamento seja acompanhado de um sentimento de satisfação, uma resposta emocional, geralmente de prazer, gosto ou gozo. Quando o comportamento do indivíduo chega a este ponto, dizemos que ele alcançou o nível **satisfação na resposta**. (BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973).

Em se tratando de RCP, estudos de Paton (1985), sobre atitudes e percepções de médicos e residentes, mostram que a maioria expressava ansiedade, outros consideravam o procedimento desagradável, confuso ou como fonte de frustração.

De acordo com Dwyer e Willians (2002), após um atendimento de parada cardíaca, muitas enfermeiras nutrem sentimentos de insegurança a respeito de como elas conduziram a situação, resultando numa variedade potencial de sentimentos incluindo culpa, choque, dor e impotência.

Embora em atendimento de RCP seja difícil encontrarmos relatos de sentimentos de prazer, o que se espera, pelo menos, é que alguns sentimentos positivos possam ser esboçados.

Na terceira categoria do domínio afetivo denominada **valorização**, o comportamento do indivíduo adquire uma consistência suficiente e em situações apropriadas é percebido como adotando um valor.

De acordo com a definição de Japiassú e Marcondes (1996 p.268), do ponto de vista ético, “os valores são os fundamentos da moral, das normas e regras que prescrevem a conduta correta”.

A fonte de nossos sistemas de valores pode ser atribuída a influência de pais, amigos, professores e grupos de referência. Os valores das pessoas também se desenvolvem como consequência do aprendizado e da experiência que elas encontram no ambiente cultural em que vivem. Como o processo de aprendizagem difere de uma pessoa para outra, encontramos diferenças de valores entre as pessoas. (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN 2003; ROBBINS, 1999).

Para Schermerhorn, Hunt e Osborn (2003), os valores são relativamente estáveis e duradouros e muitos deles se tornam difíceis, mas não impossíveis de serem mudados.

Robbins (1999), em concordância com Schermerhorn (2003), aponta que os valores são importantes para o estudo do comportamento porque formam a base para o entendimento de atitudes e motivações e porque influenciam nossas percepções.

Os valores humanos foram classificados de diferentes formas por vários estudiosos do assunto.

Milton Rokeach (1981), elaborou um conjunto de valores, classificados em duas categorias gerais e cada conjunto contém dezoito itens de valores individuais. O conjunto, denominado de valores terminais refere-se a estados supremos de existência desejados. Estes se referem às metas que uma pessoa gostaria de alcançar durante a vida. O outro conjunto, chamado valores instrumentais, reflete os meios para atingir os fins desejados, ou seja, refere-se a modos de comportamento preferíveis ou meios de atingir os valores terminais. A figura

abaixo mostra cada um desses conjuntos. (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN 2003; ROBBINS, 1999).

<b>Valores terminais</b>	<b>Valores instrumentais</b>
Uma vida confortável (uma vida próspera)	Ambicioso (trabalhador, aspirador)
Uma vida excitante (uma vida estimulante, ativa)	Liberal (mente aberta)
Um sentido de realização (contribuição duradoura)	Capaz (competente, eficaz)
Um mundo em paz (livre de guerras e conflitos)	Animado (despreocupado, alegre)
Um mundo de beleza (da natureza e artes )	Prestativo (trabalha para o bem- estar)
Igualdade (fraternidade, oportunidades iguais para todos)	Limpo (arrumado, ordeiro)
Segurança familiar (tomar conta de quem se ama)	Corajoso (defende suas crenças)
Liberdade (independência, liberdade de escolha)	Clemente (desejoso de perdoar)
Felicidade (contentamento)	Honesto (sincero, verdadeiro)
Harmonia interior (livre de conflitos interiores)	Imaginativo (ousado, criativo)
Amor maduro (intimidade sexual e espiritual)	Independente (autoconfiante)
Segurança nacional (proteção contra ataques)	Prazer (uma vida agradável, de lazer)
Intelectual (inteligente, reflexivo)	Educado (cortês, de boas maneiras)
Salvação (vida salva, eterna)	Lógico (coerente, racional)
Auto-respeito (auto-estima)	Amoroso (afetuoso, suave)
Reconhecimento social (respeito, admiração)	Obediente (consciencioso, respeitoso)
Amizade verdadeira (companheirismo)	Responsável (digno de confiança)
Sabedoria (um entendimento maduro da vida)	Autocontrolado ( autodisciplinado)

Figura 2: Valores terminais e instrumentais no levantamento de valores de Rokeach

Fonte: Rokeach, M. The nature of human values. New York: The Free Press, 1973 *apud* Robbins (1999)

Neste estudo trabalharemos apenas com os valores instrumentais que os profissionais de enfermagem devem possuir ao participar de uma RCP. Tal escolha deve-se ao fato de os valores instrumentais serem considerados os meios de atingir os valores terminais. Assim, se um indivíduo não possuir os valores instrumentais também não alcançará os terminais.

Uma das características do atendimento da RCP é ser um procedimento realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por enfermeira, técnico de enfermagem, médico e fisioterapeuta.

Para que essa equipe possa atuar de forma satisfatória é necessária uma integração perfeita entre todos os participantes, uma distribuição explícita de tarefas, além de um líder que a coordene. Normalmente, quem assume as funções de liderança dentro dessa equipe é o médico mais experiente. Cabe a esse líder conduzir a todos de forma a assegurar a integração e harmonia do trabalho do grupo. (GRANITOFF, 1995; MARSCH et al., 2004).

Segundo Marsch et al. (2004), a RCP é um esforço de equipe e vários trabalhadores de saúde precisam coordenar suas atividades para assegurar o ótimo desempenho desse time. O trabalho de equipe em RCP é importante à medida que a má *performance* por parte dos seus membros pode comprometer o resultado dos esforços de ressuscitação.

Para que as pessoas possam trabalhar satisfatoriamente em equipe elas precisam possuir algumas características pessoais, tais como; ser educado, respeitoso, clemente e amoroso.

Os membros da equipe de RCP devem demonstrar respeito entre si, independente da posição hierárquica que ocupam dentro da instituição onde trabalham.

Respeito é um estado de consciência que nasce da percepção do valor das pessoas, ambientes, enfim, de todas as coisas que as cercam. O respeito é um valor que envolve atitudes de consideração e admiração pelo mundo que nos cerca. (MARTINELLI, 1996; FAGUNDES, 2003).

Um relacionamento interpessoal pautado pelo respeito pode otimizar o atendimento em uma RCP e criar um ambiente harmonioso entre os membros da equipe.

Ser educado na linguagem corrente é ser delicado, cortês, polido nas relações interpessoais. Durante um atendimento tão estressante como a RCP, atitudes educadas entre os membros da equipe são necessárias para manter a integração do grupo.

A disposição para perdoar é outra qualidade importante em se tratando de equipe que participa de uma RCP. É possível que em situações extremas tal como o atendimento de



urgência, um membro da equipe demonstre agressividade para com os demais. Assim ter habilidade para compreender a situação e relevar aquele momento de desequilíbrio pode contribuir para desfazer conflitos.

Por fim, o relacionamento entre os membros da equipe deveria ser de afeto. Isso significa ter habilidade para perceber as emoções uns dos outros, procurar entender suas perspectivas e demonstrar interesse por seus sentimentos. Tão importante como cuidar dos pacientes é cuidar das pessoas que prestam a assistência.

Um dos valores humanos mais enfatizados no mundo do trabalho é que o trabalhador seja capaz de executar, a contento, as tarefas que lhe são propostas pela organização.

Ser capaz é a qualidade que uma pessoa deve possuir para um determinado fim, isso se relaciona com sua habilidade e competência. (FERREIRA, 1986).

As empresas atualmente esperam que os profissionais assumam o compromisso de assegurar que possuem as qualificações, o conhecimento e as competências exigidas em sua atividade profissional. (CHIAVENATO, 2002).

No que se refere a RCP, Araújo e Araújo (2003) enfatizam que a equipe de enfermagem deve saber detectar uma PCR, conhecer a seqüência de atendimento, para poder organizar as manobras de ventilação e circulação artificiais, além de reunir material e equipamentos necessários para esse atendimento.

O estudo de Dwyer e Willians (2002), mostra que a falta de habilidades para a ressuscitação por parte dos profissionais de saúde, em suporte básico e avançado de vida, foi identificada como um fator que contribui para os resultados ruins após episódios de parada cardíaca.

Dentre os valores humanos para se atuar em qualquer atividade profissional, destacamos a responsabilidade e a honestidade.

Fagundes (2003, p.63), define responsabilidade “como a capacidade que a pessoa tem de sentir-se comprometida a dar uma resposta ou cumprir uma tarefa sem nenhuma pressão externa”.

É necessário que os profissionais de saúde tenham clareza do papel que terão que desempenhar durante a RCP e que se estabeleça às responsabilidades de cada pessoa durante o procedimento. Espera-se que todos assumam a responsabilidade pelos resultados a alcançar.

O termo honestidade expressa o caráter reto de uma pessoa. Ser honesto é aderir totalmente à verdade. (MARTINELLI, 1996).

Em qualquer circunstância da vida, ser honesto é uma característica fundamental para qualquer ser humano e em um atendimento de RCP isso não é diferente. O profissional de saúde deve ser honesto para admitir suas falhas, dificuldades e necessidades em relação ao atendimento.

Durante a RCP os profissionais de saúde podem sofrer alterações físicas tais como aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e sudorese. Além disso, esse procedimento altamente estressante pode levar também ao aparecimento de ansiedade, pânico, depressão e estafa. (SANDRONI, 2005; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1999).

Em situações emocionais extremas, a razão é dominada pela emoção e com isso a capacidade de avaliação torna-se menos precisa. É necessário educar a emoção a fim de que o indivíduo não seja dominado por ela, desencadeando comportamentos desajustados como ataques de raiva, cólera, entre outros. (PEREIRA; HANNAS, 2000).

Descrevendo a inteligência emocional, Goleman (1995, p.42) afirma que “o cérebro emocional está tão envolvido com o raciocínio quanto o cérebro pensante”. Vários aspectos caracterizam a inteligência emocional, dentre eles está a capacidade que tem o indivíduo de regular o próprio estado de espírito e impedir que a aflição interfira na capacidade de pensar, criar e agir.

Ainda segundo Pereira e Hannas (2000), a autodisciplina é fruto do equilíbrio da inteligência emocional. O desenvolvimento do autocontrole deveria ser trabalhado o quanto antes pelo indivíduo para que ele fosse capaz de lidar com suas emoções tanto em sua vida pessoal quanto profissional.

Ressaltamos a autoconfiança como outro valor humano que os profissionais de enfermagem devem possuir para atuar em reanimação cardiopulmonar.

Para Martinelli (1996, p.40), autoconfiança é a confiança em si mesmo. “É a energia que nos anima e assegura a vitória sobre as dificuldades individuais”.

De acordo com Marsch et al (2004), estudos atuais indicam que a sobrevivência em parada cardíaca em hospitais depende, na maioria das vezes, daquele que responde primeiro ao chamado de emergência. Nestas circunstâncias qualquer trabalhador de saúde pode ser o primeiro a responder.

Como em nossa realidade é a equipe de enfermagem que permanece nas 24 horas do dia junto ao leito do paciente, é normalmente um de seus membros que detecta a PCR. Desta maneira é muito importante que esses profissionais, além de serem capazes, sintam-se autoconfiantes e tenham iniciativa para iniciar as manobras básicas de RCP, até a chegada da equipe médica.

Em um mundo em constante transformação a criatividade nunca foi tão importante como agora. A criatividade é definida por Ferreira (1986 p.498), como “a capacidade de inovar, inventar, construir”.

Uma das funções da equipe de enfermagem é manter os materiais e equipamentos necessários, tais como equipamento de ventilação, monitorização cardíaca, desfibrilação, drogas, entre outros, para o atendimento de um paciente vítima de PCR. Além disso, é necessário que essa equipe tenha domínio do manuseio desses equipamentos. (ARAÚJO; ARAÚJO, 2003).

Para Chiavenato (2002, p.8), as empresas de hoje necessitam de “funcionários que descubram por si mesmos como melhorar e agilizar seu próprio trabalho. Para tanto, eles precisam analisar situações, pensar criativamente e solucionar problemas”.

Na realidade brasileira, muitas vezes nos serviços de saúde, pode ocorrer escassez ou sucateamento desses recursos materiais e equipamentos, portanto, em situações como na RCP, em que as soluções precisam ser encontradas de forma rápida, é necessário valorizar o potencial criativo e a capacidade de inovar dos funcionários.

Dentre os valores humanos que destacamos para o atendimento de RCP é ser corajoso, no sentido de defender suas crenças. Isso porque o atendimento de RCP envolve aspectos éticos, legais e filosóficos, no que tange a questões de quando iniciar e de quando parar os esforços de ressuscitação.

De acordo com orientações da American Heart Association (1999), o atendimento de RCP tem por objetivo preservar a vida, restaurar a saúde, aliviar o sofrimento, minimizar as seqüelas e reverter mortes prematuras. A decisão de iniciar, encerrar ou não realizar a reanimação é normalmente um julgamento médico.

Porém entendemos que os demais profissionais de saúde deveriam ter a oportunidade e a coragem de expor suas crenças diante dessas situações. Neste sentido, a American Heart Association (1999) tem sugerido que reuniões sejam realizadas após qualquer tentativa de RCP. Nessas reuniões, os profissionais de saúde deveriam discutir suas crenças, sentimentos e desempenho.

O novo contexto das organizações empresariais tem exigido do profissional flexibilidade e mente aberta, tanto para adquirir novos conhecimentos como para receber críticas construtivas em relação ao seu desempenho profissional.

Assim, segundo Chiavenato,

[...] uma das novas competências profissionais exigidas pelas empresas é que as pessoas saibam aprender a aprender. Para tanto elas devem ter condições de aprender continuamente, isso significa desaprender coisas antigas sem proveito para a organização para aprender coisas novas e necessárias. (CHIAVENATO, 2002, p.8)

A Liga Mundial de Ressuscitação (ILCOR), que reúne os principais comitês mundiais de ressuscitação, promove a cada cinco anos conferências para revisar as diretrizes que norteiam o atendimento em reanimação cardiopulmonar. As recomendações dessas conferências ocasionam modificações no conteúdo do protocolo para o atendimento da RCP (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002). Portanto é muito importante que os profissionais de saúde procurem manter-se atualizados através de um aprendizado contínuo sobre o assunto.

Para concluir a descrição dos valores humanos que os profissionais de enfermagem devem possuir para participar de uma RCP, citamos ainda, ser coerente (lógico, racional), ordeiro e reflexivo (intelectual).

A palavra coerência expressa uma ligação ou harmonia entre situações, acontecimentos ou idéias. (FERREIRA, 1986).

O atendimento de RCP deve ser realizado utilizando-se um roteiro sistematizado de ações que colabore com a rapidez e agilidade no processo de tomada de decisões. A AHA tem utilizado regras mnemônicas para ajudar os profissionais a se recordarem da seqüência de ações que devem ser realizadas durante a tentativa de reanimação.

Embora o atendimento seja realizado dentro de uma coerência e de uma lógica racional, não podemos nos esquecer que a equipe de atendimento é formada por seres humanos.

Nesse sentido, de acordo com Soto (2002), o ser humano tem uma certa tendência em utilizar com frequência fatores emocionais e não exclusivamente racionais em seus processos de tomada de decisões. Assim, o autor sugere que as decisões a serem tomadas de imediato e

sob pressão por serem determinantes para o sucesso ou fracasso da ação; precisam de experiência, conhecimento e sensibilidade especial.

Portanto as pessoas que participam de uma RCP devem ser capazes de tomar decisões. Para isso elas devem refletir e planejar as ações que serão executadas. O processo de tomada de decisões procura sempre o melhor caminho para a ação que será executada e que conduzirá à melhor consequência ou resultado. (CHIAVENATO, 2002).

Por último, RCP é descrita muitas vezes como um momento caótico, marcado por ações rápidas, executadas por vários profissionais de saúde ao mesmo tempo. Embora durante o atendimento seja difícil conseguir manter a ordem do ambiente, é importante que, após a realização desse procedimento, os membros da equipe procurem deixar o ambiente limpo e arrumado. Ainda que ser ordeiro pareça ser um fator de somenos importância em um atendimento de RCP, ele poderá ajudar a melhor explicar o comportamento das pessoas em situações de trabalho de uma forma geral.

O quarto estágio das habilidades afetivas é denominado **organização**. Nesse estágio a pessoa constrói um sistema de valores.

De acordo com Rokeach (1981), os valores estão organizados em estruturas hierárquicas, o que sugere uma ordenação de valores ao longo de um *continuum* de importância.

Segundo Puig (1998), a definição precisa da própria hierarquia de valores poderá favorecer um comportamento pessoal mais orientado e coerente, e também poderá facilitar a tomada de decisão de uma forma mais consciente e autônoma.

Tendo em vista a organização dos valores, procuramos identificar a hierarquia dos valores humanos necessários para participar de uma RCP, segundo a média de opiniões dos profissionais de enfermagem, da UTI campo do estudo, tendo como base os valores instrumentais propostos por Rokeach (1981).

A quinta categoria das habilidades afetivas proposta por Bloom, Krathwohl e Masia (1973), se refere à **caracterização por um valor ou por um complexo de valores.**

Nesse quinto estágio o indivíduo age coerentemente com os valores que assumiu como sendo seus. Para avaliar este estágio é necessária observação direta da atuação do profissional.

## **5 MATERIAL/MÉTODO**

---



## **5 MATERIAL/MÉTODO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

De acordo com Marconi e Lakatos (2004, p.274), o estudo de caso “refere-se ao levantamento com mais profundidade de determinado caso ou grupo humano, sob todos os seus aspectos”. Por se restringir ao caso que estuda não pode ser generalizado. Para André e Ludke (1986), é um tipo de pesquisa que visa a descoberta de novos elementos. Podendo ser usado tanto em pesquisa quantitativa quanto em qualitativa. A presente pesquisa refere-se a um estudo de caso de abordagem quantitativa.

### **5.2 LOCAL**

O estudo foi realizado em uma UTI de um hospital geral, de grande porte, de Belo Horizonte, mantido pelo Sistema Único de Saúde – SUS e por recursos próprios, advindos de convênios e planos de saúde.

Este hospital possui uma unidade de terapia intensiva com 29 leitos sendo 10 de UTI geral, 10 de UTI pós-operatório e 09 de UTI coronariana.

A assistência à saúde é prestada por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, professores e estudantes de medicina e enfermagem.

Dentre todos os setores do hospital é nas UTIs onde as cenas de RCP acontecem com mais frequência, assim, optou-se por realizar este estudo neste tipo de unidade.

A autora escolheu a UTI desse hospital para campo do estudo, por ser ali que supervisiona alunos estagiários do curso de graduação em enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, estando no referido setor há aproximadamente quatro anos, e por perceber que a problemática em foco foi observada também nessa UTI.

### 5.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

A população alvo deste estudo é composta por todos os funcionários assistenciais da equipe de enfermagem que atuam na unidade de terapia intensiva do hospital campo do estudo. Atualmente essa equipe conta com 18 enfermeiros, 46 técnicos e 20 auxiliares de enfermagem, e está distribuída conforme tabela 1.

**TABELA 1**  
Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo o setor, a categoria profissional e o turno de atuação. Belo Horizonte, 2005.

Setor Categoria	UTI Geral		UTI Pós-operatório		UTI Coronariano		Total
	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	
Enfermeiros	2	4	2	4	2	4	18
Técnicos de Enfermagem	5	8	7	7	12	7	46
Auxiliares de Enfermagem	5	3	4	4	0	4	20
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>84</b>

Os Enfermeiros cumprem carga horária de 6 horas diárias durante o período diurno e no período noturno trabalham em esquema de plantão 12 X 72 horas, com cobertura de 12 horas durante o dia nos fins de semana. Os técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham em plantão de 12 X 36 horas.

Constituirão sujeitos deste estudo todos os funcionários assistenciais da equipe de enfermagem que atendam aos seguintes critérios: estar presente na UTI no período da coleta de dados, concordar em participar do estudo, assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e possuir no mínimo um ano de experiência em terapia intensiva, por considerar que seja este um tempo suficiente para adaptação e assimilação das rotinas da unidade.

Não atenderam aos critérios de inclusão 25 funcionários. No período estipulado para a coleta de dados 03 estavam de licença médica, 04 de férias, 16 tinham menos de um ano de experiência em UTI, e 02 funcionárias que não assinaram o termo de consentimento. Portanto a amostra foi constituída de 59 pessoas o que corresponde a 70,2% da população estudada.

#### **5.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

Para a coleta de dados foi elaborado pela autora um questionário (ANEXO A) composto de questões fechadas e questões abertas, de resposta curta, abordando dados com vista à identificação do respondente (idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, religião, tempo de experiência em UTI e o tempo de formado), e demais questões para o alcance dos objetivos.

Este questionário foi testado junto a elementos de equipe de enfermagem de uma UTI, diferente ao campo do estudo.

#### **5.5 COLETA DE DADOS**

A coleta dos dados foi realizada pela própria pesquisadora no período de outubro a novembro de 2005, em período diurno e noturno, a fim de assegurar o maior número de participantes e uma maior representatividade da amostra da população nos diversos turnos de trabalho.

Todos os profissionais presentes foram informados sobre os objetivos do estudo e convidados a participar do mesmo. Optou-se por coletar os dados durante o turno de trabalho como forma de agilizar a coleta de dados.

Considerando a dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva, a coleta de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade de cada

funcionário, utilizando uma sala própria para que os mesmos ficassem concentrados em suas respostas. O questionário foi preenchido em um tempo médio de 30 minutos.

Durante o preenchimento do questionário houve comentários sobre a extensão do mesmo e a dificuldade em ordenar os valores da questão 4.0, visto que, para alguns deles, todos os valores eram igualmente importantes.

A pesquisadora permaneceu durante todo o tempo no local à disposição dos respondentes para esclarecimento de dúvidas a respeito do preenchimento do questionário. Foi colocado um envelope sobre a mesa, onde os questionários foram depositados pelos próprios respondentes, após destacarem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido já preenchido. Tal procedimento teve por objetivo, garantir o anonimato.

## **5.6 TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica (Microsoft Excel® - versão Office XP Professional®), procedendo-se, posteriormente, aos cálculos e análises estatísticas necessários para se alcançar os objetivos.

Os resultados são apresentados basicamente sob a forma de números absolutos e porcentagens, organizados em forma de tabelas, gráficos, quadros e figuras, discutidos de acordo com a literatura específica do tema.

Para analisar a hierarquia dos valores foi necessário calcular as notas médias referentes ao grau de relevância que os profissionais de enfermagem atribuíam aos valores humanos no evento da RCP. Assim as médias foram calculadas com base na ordem (grau de importância) atribuída pelos respondentes, a cada um destes valores humanos. No questionário, valores menores indicavam maior importância (por exemplo, quando o valor “*ser capaz*” recebia o nível 1, indicava que o respondente achava este valor o mais

importante). Logo, menores médias indicam valores mais significativos, enquanto maiores médias indicam valores menos significativos.

As médias foram calculadas conforme o exemplo abaixo:

Consideramos as notas dadas pelos respondentes para o valor “*ser capaz*” para aqueles que responderam “Sim”:

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2  
 3 3 3 4 5 5 5 6 6 6 7 8 9 10 14

No total, 55 profissionais deram nota a este valor. Se somarmos todos estes valores e dividirmos por 55, teremos a nota média do valor “*ser capaz*” para aqueles que responderam “Sim”, que foi 2,56.

$$\frac{1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+\dots+5+5+5+6+6+6+7+8+9+10+14}{55} = \frac{141}{55} = \boxed{2,56}$$

Quando calculamos esta média para todos os valores, podemos ordená-los do de maior importância (menor nota média) para o de menor importância (maior nota média).

## 5.7 QUESTÕES ÉTICAS

Foram observados os aspectos éticos e legais da pesquisa que envolve seres humanos, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi iniciada após parecer de autorização da Câmara do Departamento de Enfermagem Básica e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG – COEP, (ANEXO D), do Comitê de Ética da Santa Casa de Belo Horizonte (ANEXO E) e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos respondentes. (ANEXO B)

## **6 RESULTADO E DISCUSSÃO**

---

## **6 RESULTADO E DISCUSSÃO**

O resultado está apresentado na seguinte ordem:

1. Perfil de uma equipe de enfermagem que atua na RCP.
2. Habilidades afetivas da equipe de enfermagem
3. Fatores que influenciam no desempenho de habilidades afetivas de uma equipe de enfermagem que atua na RCP em UTI.

## 6.1 PERFIL DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O estudo foi desenvolvido com 59 profissionais de enfermagem que prestam assistência direta a paciente vítima de parada cardiorrespiratória e que necessitam de reanimação cardiopulmonar. Esta amostra corresponde a 70,2% da população estudada.

A figura 3 apresenta o perfil da equipe de enfermagem da UTI que atua em RCP.

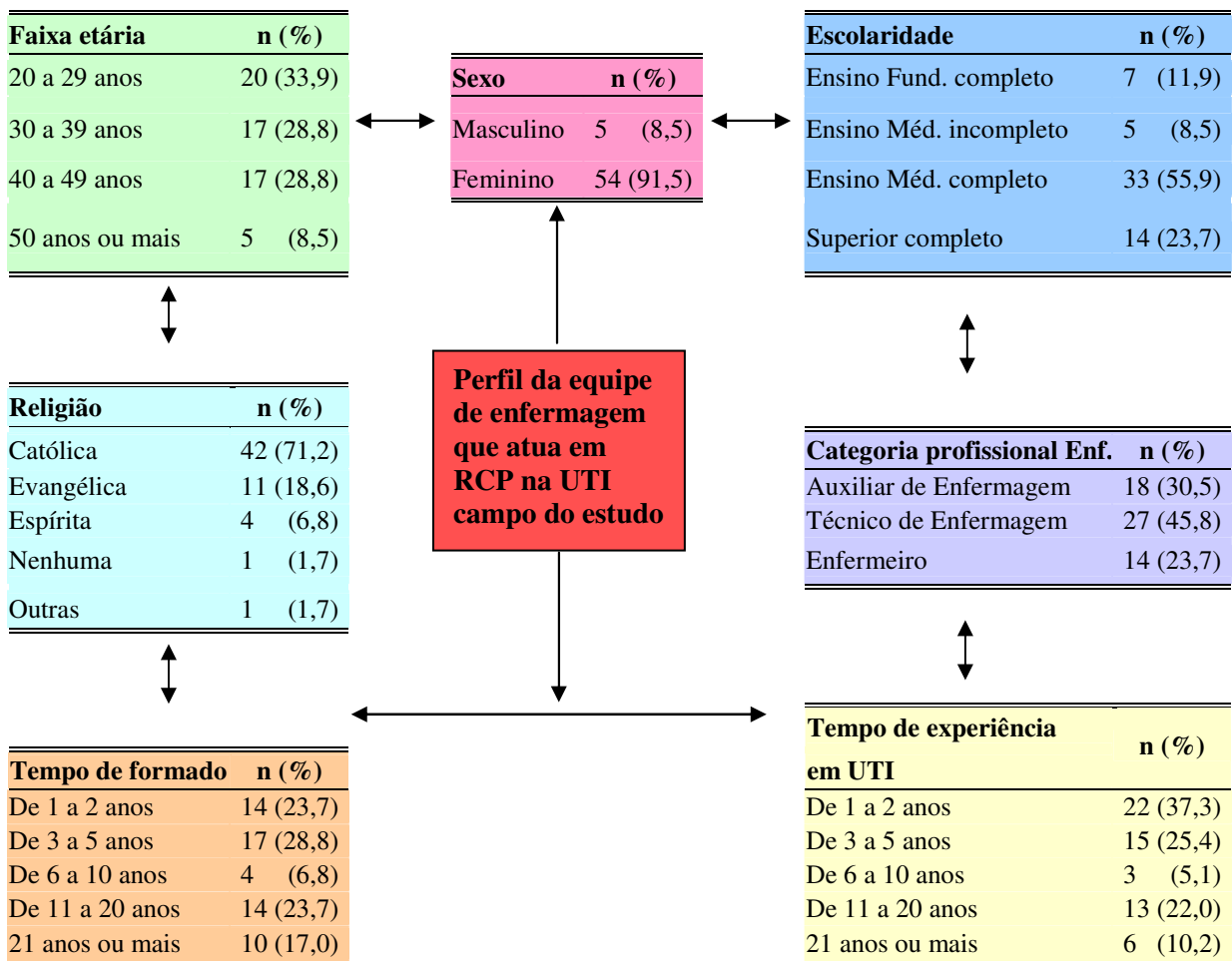


Figura 3: Perfil de uma equipe de enfermagem que atua na RCP em UTI de um Hospital de grande porte de Belo Horizonte / 2005

A amostra estudada é constituída em sua maioria de mulheres (91,5%). Esse resultado reafirma uma das características da profissão de enfermagem que é ser predominantemente feminina.



De acordo com Koizumi et al (1998), profissionais com até 35 anos de idade e até 10 anos de formado constitui uma população em fase ascendente em sua trajetória e receptiva para o desenvolvimento profissional.

Em nosso estudo encontramos a maioria dos profissionais na faixa etária de 20 a 39 anos (37 – 62,7%) e 35 (59,3%) com tempo de formado até 10 anos, portanto podem ser considerados em ascendência profissional.

Considerando a categoria profissional, observa-se que, a amostra foi composta por 18 auxiliares de enfermagem (30,5%), 27 técnicos de enfermagem (45,8%) e 14 enfermeiros (23,7%).

Convém lembrar que a lei nº 7498 de 15 de Junho de 1986 (BRASIL, 1986), que dispõe sobre o exercício da enfermagem no artigo 12 diz que: “cabe ao técnico de enfermagem exercer atividades auxiliares, sob a supervisão do enfermeiro, na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave como é o caso dos pacientes internados na UTI.” Porém ainda encontramos uma quantidade significativa de auxiliares de enfermagem na amostra estudada, prestando assistência aos pacientes na UTI campo do estudo. Este é um dos aspectos que merece atenção da gerência da UTI.

**TABELA 2**  
**Auxiliares de enfermagem que atuam em UTI, segundo a idade e escolaridade, SCM-Belo Horizonte/2005**

Idade \ Escolaridade	Ensino fundamental	Ensino médio	Total	
			n	%
20 – 29	0	0	0	0,0%
30 – 39	3	3	06	33,4%
40 – 49	7	3	10	55,5%
50 anos ou mais	2	0	02	11,1%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>100,0%</b>

Ao analisar a tabela 2 observa-se que, 06 auxiliares possuem o ensino médio completo o que lhes confere o direito de cursar o nível técnico de enfermagem.

Percebe-se que em relação à escolaridade pouco mais da metade da amostra (30 – 50,9%) tem o ensino médio completo, 03 técnicos de enfermagem fazem o curso superior de enfermagem e 14 (23,7%) têm o curso superior completo, ou seja, os enfermeiros.

Quanto à opção religiosa, a maioria é de católicos (42-71,2%), seguidos pelos evangélicos e espíritas. Uma pessoa especificou que é cristã e outra que não tem religião.

Entre os 59 profissionais de enfermagem pesquisados, a maioria (37-62,7%) tem até 5 anos de experiência em UTI, e destes, 22 têm no máximo 2 anos.

Estes dados revelam uma população em sua maioria com pouca experiência em UTI. Alia-se a estes dados o fato de 16 funcionários não poderem preencher o instrumento de pesquisa por possuírem tempo de experiência em UTI menor que um ano. Esse fato pode ser um reflexo da alta rotatividade de funcionários que sabidamente ocorre no setor.

## **6.2 HABILIDADES AFETIVAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE ATUA NA RCP EM UTI**

### **6.2.1 Categoria Acolhimento**

A categoria acolhimento está apresentada em seus 3 níveis que representam diferentes maneiras de atentar ao fenômeno: percepção, disposição para receber, atenção controlada ou seletiva.

A percepção é considerada por Bloom, Krathwohl e Masia (1973) quase um comportamento cognitivo. Porém diferentemente do conhecimento, que é o nível mais baixo do domínio cognitivo, no item percepção não se está preocupado com a recordação ou com a capacidade de evocar um fato. Antes, nesse nível, busca-se saber se o indivíduo está consciente do fenômeno. Pode ser simplesmente dar-se conta sem discriminação ou reconhecimento específico das características objetivas do fenômeno.

No caso da percepção por parte dos elementos da equipe de enfermagem sobre uma RCP, consideramos importante detectar a amplitude dessa percepção; assim, categorizamos as respostas dos entrevistados em percepção holística, técnico-científica e rudimentar.

A percepção holística diz respeito àquela descrição que abrange não só os aspectos técnico-científicos da RCP, mas também as questões éticas, filosóficas e/ou legais que envolvem esse atendimento.

De acordo com a AHA (1999) a RCP é uma terapia que deve ser considerada no contexto dos valores éticos e deve ser utilizada para a preservação da vida, a restauração da saúde e o controle das deficiências físicas. Assim, os valores éticos, inclusive os benefícios potenciais aos pacientes, devem ser considerados quando se trata de iniciar ou suspender uma RCP.

Para Boemer e Sampaio (1997), é no ambiente das UTIs que mais emergem as questões da bioética, por ser este setor onde se concentra um grande arsenal tecnológico, com profissionais que possuem grandes conhecimentos técnico-científicos, e onde existe uma presença constante da polaridade vida-morte. Portanto é nesse contexto, segundo as autoras, que o exercício da enfermagem deve se apropriar das reflexões éticas para nortear suas práticas.

Também Lane e Albarran-Sotelo (1993), afirmam que os assuntos referentes de quando iniciar e terminar uma RCP envolvem aspectos filosóficos, éticos e legais.

A percepção técnico-científica diz respeito à descrição da RCP como um procedimento que visa recuperar a função cardíaca, respiratória e cerebral, através de compressões torácicas e instalação de respiração artificial.

A percepção rudimentar refere-se a uma visão simplista do que vem a ser um atendimento de RCP. Não contém nenhum aspecto técnico-científico, nem tampouco ético/legal.

Assim, conforme o gráfico 1 encontramos 30 (50,8%) profissionais que apresentaram apenas uma percepção rudimentar sobre o assunto, como pode ser ilustrado: **“como se estivesse trazendo a vida de volta”** ou então **“é uma maneira de oferecer uma chance de vida para o paciente.”**

Demonstraram ter uma percepção técnico-científica 26 (44,1%) entrevistados, como se pode ver no relato: **“é a intervenção rápida objetivando-se restaurar o funcionamento cardíaco, circulatório e respiratório, visando minimizar as conseqüências de uma parada cardiorrespiratória”**.

De acordo com nossos critérios de classificação, nenhum entrevistado apresentou uma percepção holística.

Cabe ressaltar que 03 (5,1%) pessoas não registraram sua percepção sobre RCP mesmo que de forma rudimentar.

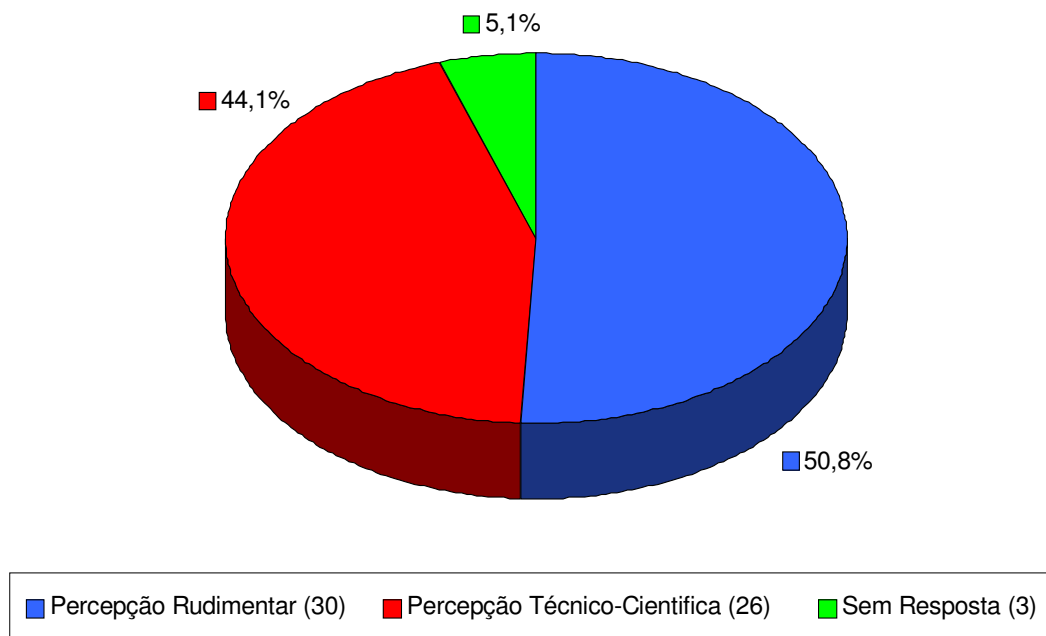


Gráfico 1 – Percepção que profissionais da UTI têm sobre RCP, SCM - Belo Horizonte/2005.

Estes dados evidenciam uma prática pouco reflexiva de profissionais de enfermagem que atuam na RCP, na UTI campo do estudo. O que pode ser explicado pelo fato de que nas escolas de enfermagem dá-se uma grande ênfase em conteúdos voltados para os aspectos

técnico-científicos e pouca ou nenhuma reflexão sobre os aspectos éticos/ legais e filosóficos, tão presentes no cotidiano das unidades de terapia intensiva.

No nível **disposição para receber**, a pessoa deve estar disposta a atentar para o fenômeno e dedicar atenção ao mesmo.

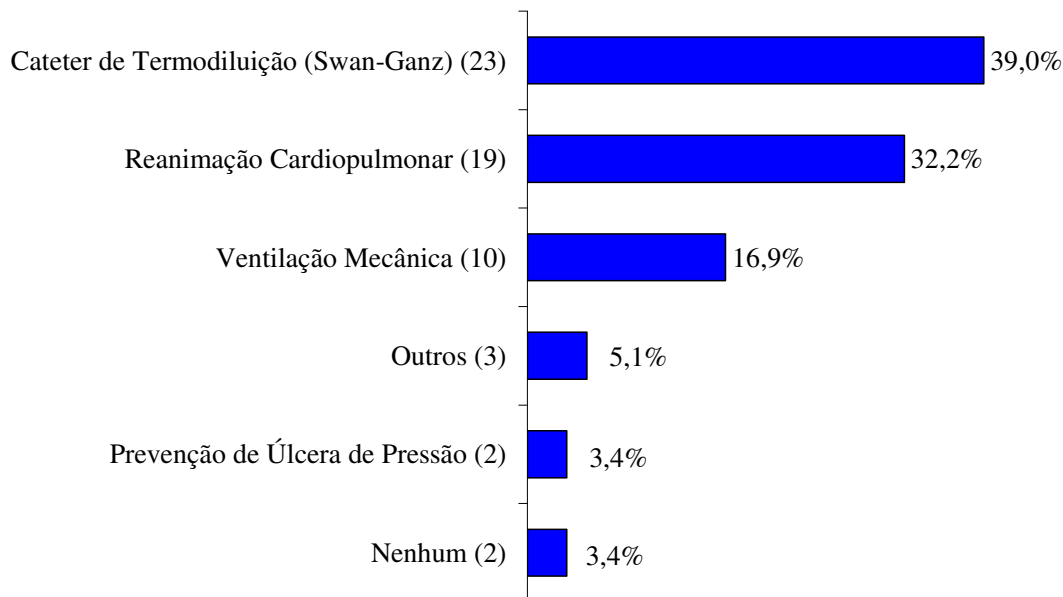


Gráfico 2 – Disposição dos profissionais para receber treinamento segundo áreas temáticas da UTI, SCM-Belo Horizonte/2005.

Os dados encontrados mostram que 19 (32,2%) profissionais estão dispostos a participar de treinamentos sobre RCP. Os demais 40 (67,8%) se interessam por outros temas, tais como cateter de termodiluição, ventilação mecânica, entre outros.

A disposição desses profissionais está voltada para assuntos ligados à alta tecnologia. Podemos supor que esse fato esteja relacionado à necessidade que têm os profissionais de melhor conhecerem o funcionamento e manuseio de equipamentos e também porque o domínio destes aparelhos traz um certo “status” e autonomia para eles.

A tecnologia é necessária uma vez que os aparelhos e equipamentos constituem-se numa fonte de manutenção e recuperação da vida do paciente em estado crítico. Porém,

muitas vezes a tecnologia é inserida na assistência ao paciente da UTI, sem que a equipe esteja preparada para utilizá-la devidamente. (BARBOSA, 1999).

Podemos inferir também que os profissionais de enfermagem, da UTI campo do estudo, escolheram outros temas para estudo por se julgarem capacitados/muito capacitados (94,9%) para o atendimento em RCP, como demonstrado no gráfico 3.

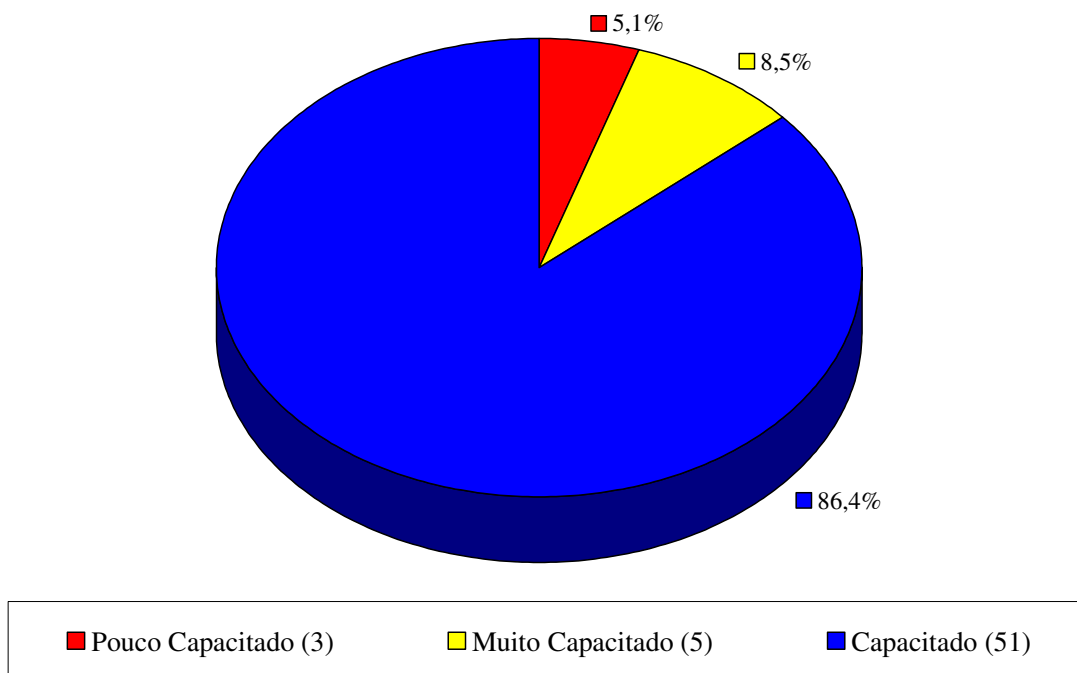


Gráfico 3-Auto avaliação dos profissionais da UTI sobre sua capacidade para atendimento em RCP, SCM Belo Horizonte/2005

Segundo Marteau et al. (1990), um dos fatores frequentemente associados à competência no desenvolvimento de determinada atividade tem sido a experiência acumulada nessa mesma atividade. Porém, de acordo com esses autores, a experiência não é um substituto de treinamento, e com respeito às habilidades de RCP, consideram que a experiência aumenta a confiança, mas não necessariamente a competência.

Também Crunden (1991), mostra relações equivocadas entre competência e experiência, descrevendo como os enfermeiros, na maioria das vezes, estimavam inapropriadamente suas habilidades em RCP baseados na experiência passada.

Goodwin (1992), considera que o atendimento a situações reais em PCR, sem treinamento, não promove competência em reanimação.

Neste sentido, Lane e Albarran -Sotelo (1993) afirmam que é de responsabilidade das autoridades hospitalares possibilitar o treinamento de todo o pessoal que atua nas áreas de emergência em suporte básico e avançado de vida.

Considerando que a experiência não gera competência e que os funcionários sentem-se capazes para o atendimento e talvez por isso não tenham disposição para receber treinamento em RCP, qualquer tipo de proposta de treinamento em relação a esse conteúdo, na UTI campo do estudo, deverá ser precedido de um trabalho de sensibilização para os profissionais de enfermagem, pois “somente na medida em que alguém está disposto a prestar a atenção a um fenômeno aprenderá a respeito do mesmo”. (BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973, p.50).

No nível **atenção controlada ou seletiva** o indivíduo deve procurar ativamente o fenômeno, demonstrando todo seu interesse. Entende-se que nesta fase a pessoa deve voluntariamente buscar formas de aprimorar seus conhecimentos em uma área específica.

Dos entrevistados, apenas 36 (61,0%) procuram voluntariamente melhorar seus conhecimentos relacionados à terapia intensiva; desses, apenas 10 (27,8%) responderam ter um interesse ativo por RCP, conforme mostra o gráfico 4.

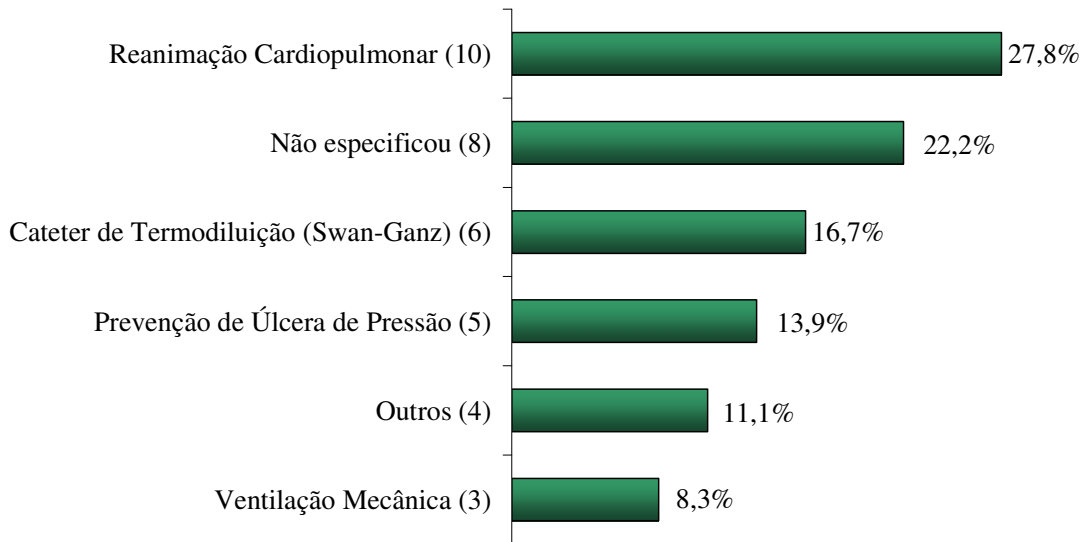


Gráfico-4- Distribuição das respostas dos profissionais de enfermagem de UTI, sobre a busca voluntária de conhecimentos, SCM - Belo Horizonte/2005.

De acordo com Dwyer e Williams (2002), independente da área de atuação e do nível de competência que possuem, as enfermeiras e os demais profissionais de saúde têm uma responsabilidade profissional de manter a competência em RCP através de atualizações regulares visto que as habilidades e o conhecimento de suporte básico e avançado de vida deterioram significativamente se não são usados e regularmente atualizados.

Segundo Chiavenato (2002), as pessoas precisam desenvolver sua capacidade de aprender continuamente. Um dos atributos mais desejáveis em um profissional é que ele procure reinstruir e reciclar com regularidade. Além disso, espera-se que os profissionais assumam a responsabilidade e se comprometam com a sua própria formação.

### 6.2.2 Categoria Resposta

A **categoria resposta** apresenta, à medida que o indivíduo se torna mais completamente comprometido com o fenômeno, num *continuum*, ou seja: **aquiescência, disposição e satisfação na resposta.**



A grande maioria (58-98,3%) dos pesquisados demonstra ter disposição para responder, ou seja, para atuar em RCP. Apenas um profissional respondeu que não se dispõe “para não causar tumulto durante o procedimento”. No entanto afirma que atuará se não houver outro profissional de enfermagem disponível.

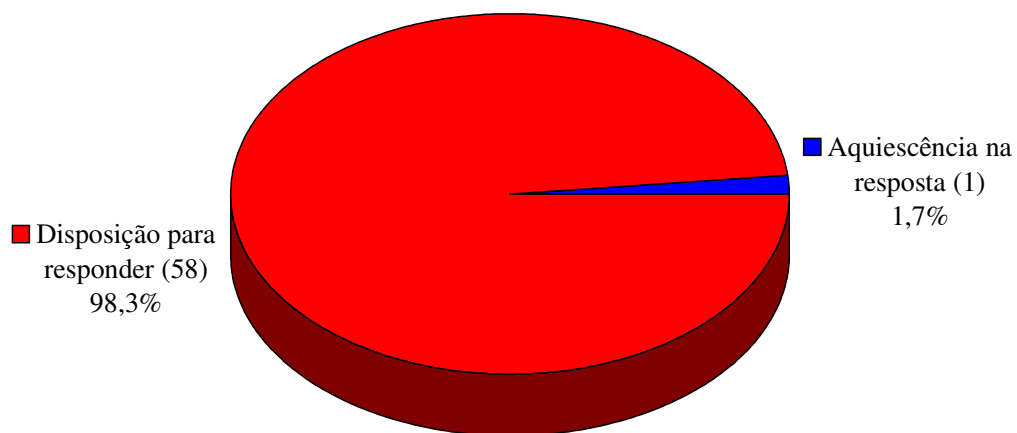


Gráfico-5 Nível de disposição de profissionais de enfermagem da UTI para participar da RCP, SCM - Belo Horizonte/2005.

De acordo com Bloom, Krathwohl e Masia (1973), a **disposição para responder** denota o compromisso que o indivíduo tem com o fenômeno. Observa-se nesse nível uma motivação interior que induz o comportamento.

Cerca de 50% dos profissionais de enfermagem que se dispõem a atuar em RCP, ou seja, que têm disposição para responder, o fazem não em função do paciente, mas por causa da equipe. O cuidado com o paciente é um fator que leva apenas 18,6% dos pesquisados a estarem dispostos a participar da RCP, conforme mostra o gráfico 6.

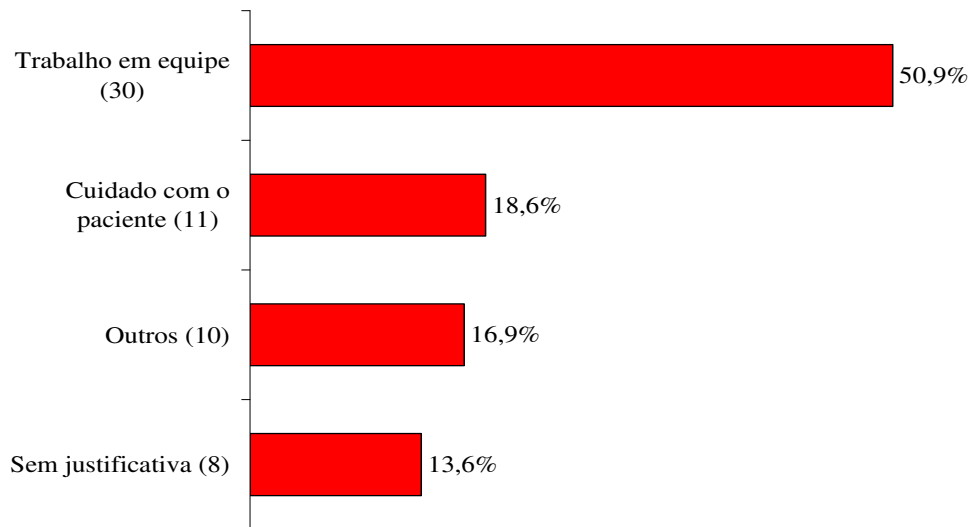


Gráfico 6 – Distribuição das justificativas de profissionais de enfermagem da UTI em relação à participação na RCP, SCM - Belo Horizonte/2005. (n=58).

O número reduzido de profissionais que assinalaram que participam da RCP devido ao cuidado com o paciente, sugere-se pensar na importância de se trabalhar a dimensão humana nos atendimentos de RCP. É necessário incluir no cotidiano dos profissionais que participam desses atendimentos reflexões sobre a vida, qualidade de vida, morte, dignidade do morrer, questões éticas, entre outros.

Para Saloum e Boemer (1999, p.116), “as escolas de saúde necessitam preparar o futuro profissional para lidar com o humano em seu processo de vida e morte, o que inclui eventualmente, a cura, o conflito, a perda, a morte e sempre o cuidado”.

No nível **satisfação na resposta**, espera-se que o comportamento da pessoa seja acompanhado de um sentimento de satisfação, uma resposta emocional, geralmente de prazer, gosto ou gozo. (BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973).

Segundo Muchinsky (2004), os diversos sentimentos que os funcionários podem expressar pelo trabalho ou por uma área do trabalho, têm relação com as diferenças individuais de expectativas.

As expectativas por parte de enfermeiras e profissionais de saúde em relação ao sucesso da RCP são comumente irrealistas e crenças preconcebidas a respeito do resultado da RCP podem afetar positiva ou negativamente a atitude. (DWYER; WILLIAMS, 2002).

Os resultados encontrados em relação à satisfação em participar de uma RCP (satisfação na resposta), estão apresentados no gráfico 7.

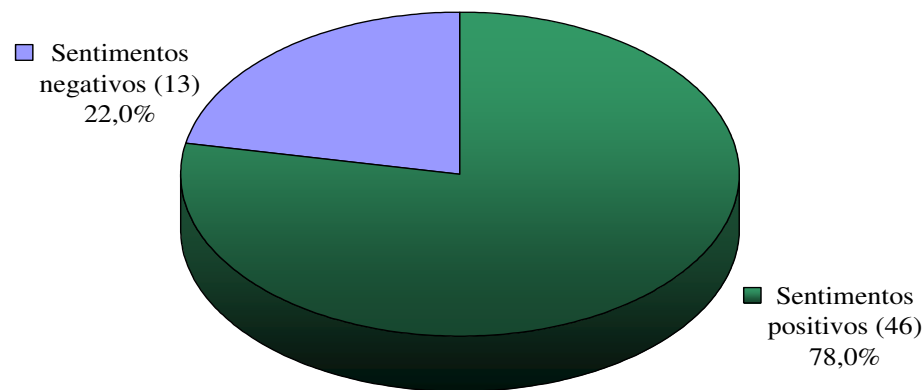


Gráfico 7 – Distribuição dos sentimentos apresentados por profissionais de enfermagem da UTI, em relação à participação na RCP, SCM - Belo Horizonte/ 2005.

Observa-se que a grande maioria 46 (78,0%) apresenta sentimentos positivos. Porém, destes, apenas 12 (20,3%) relataram ter um sentimento de satisfação/prazer na atuação de tal procedimento. Outros sentimentos também considerados positivos foram a segurança e a tranquilidade que necessariamente não implicam que a pessoa tenha prazer, mas denotam um envolvimento efetivo com a atividade.

A satisfação no trabalho é o grau de prazer que um funcionário tem em seu trabalho ou com uma área do trabalho. A satisfação no trabalho é uma atitude importante porque

influencia o comportamento humano naquele local. (MUCHINSKY, 2004; SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN, 2003).

Para Tamayo (1998), a satisfação no trabalho é multifatorial e parece encontrar a sua fonte principal na natureza mesma do trabalho, no grupo, nas condições de trabalho e no clima em que ele é realizado.

Embora a relação entre satisfação no trabalho e desempenho seja menos incisiva, pesquisas têm mostrado que o desempenho causa a satisfação, isto é, a pessoa se sente bem no emprego porque está tendo um bom desempenho. Assim deve-se dar maior ênfase a aspectos do treinamento, instruções de trabalho, apoio ao trabalhador a fim de conseguir que a pessoa tenha um bom desempenho. Uma vez que o alto desempenho é alcançado o funcionário se sente positivamente em relação ao trabalho. (SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN, 2003).

Nessa perspectiva, Pups, Weyker e Rodgers (1997) estudando a reação das enfermeiras durante a participação em RCP mostraram que os sentimentos positivos apresentados por aqueles profissionais estavam relacionados ao desenvolvimento do trabalho bem feito, isto é, os enfermeiros demonstravam ter sentimentos positivos durante o procedimento quando seguiam corretamente o protocolo de atendimento, exauriam todas as possibilidades, faziam todo o possível para reverter aquela situação ameaçadora da vida, independente do resultado final.

Embora 98,3% (p.72) tenham apresentado disposição para atuar em RCP (disposição para responder), 13 (22,02%) afirmam que experimentam sentimentos que foram classificados como negativos, tais como insatisfação, insegurança, impotência, nervosismo e ansiedade.

Um estudo sobre reações psicológicas de socorristas em RCP, mostrou que muitos dos sentimentos apresentados têm relação com o resultado do procedimento. Assim os socorristas que pensam na RCP apenas como uma intervenção que salva vidas, podem experimentar sentimentos negativos quando seus esforços falham na tentativa de reanimar o paciente. Após

esse tipo de atendimento é comum as pessoas terem dúvidas e auto-recriminações que podem resultar em sentimentos de culpa e auto-reprovação. As pessoas normalmente se perguntam “eu agi corretamente?” “Eu atendi rápido o bastante?” “Meus esforços foram bons o suficiente?”. (AXELSSOM, et al. 1998).

É preciso considerar que em situações de RCP o binômio vida-morte emerge com mais força entre a equipe que participa do atendimento.

Ferreira - Santos (1983), ressalta que o objetivo da equipe de saúde é a luta contra a morte. Essa luta torna-se mais incessante à medida que a tecnologia fica mais sofisticada, a equipe adquire mais conhecimentos e se percebe os avanços na terapêutica. Porém, às vezes a medicina pode fracassar e com o fracasso surgem entre os profissionais sentimentos de impotência, depressão, negação e evasão.

Para Balsanelli et al (2002), usualmente os profissionais de saúde não estão preparados para atender pessoas em processo de morte, assim como lidar com seus próprios medos e emoções nesse contexto, sendo necessário uma maior discussão/reflexão de modo a propiciar um enfrentamento mais adequado tanto pessoal como profissional nas situações de morte.

O processo de humanização das instituições hospitalares precisa contemplar os profissionais em suas dificuldades nas situações onde a polaridade vida-morte se faz sentir com tanta intensidade. (SALUM; BOEMER,1999).

### 6.2.3 Categoria Valorização

Na categoria valorização, para atender às características da pesquisa, foi necessário fazer uma adaptação em relação à proposta de Bloom, Krathwohl e Masia (1973), já que esses autores criaram a taxionomia das habilidades afetivas com vistas à formação dos educandos e nessa pesquisa as habilidades afetivas estão sendo analisadas tendo como referência à atuação profissional.

Assim, a coleta de informações sobre os valores humanos foi organizada de forma a identificar quais valores humanos os profissionais de enfermagem possuíam tendo em vista sua participação em uma RCP.

Segundo Bloom, Krathwohl e Masia (1973), no nível mais elevado da categoria valorização, a pessoa atinge um grau de convicção sobre os valores pessoais que não deixa margem a dúvidas. Portanto é necessário esclarecer que todos aqueles profissionais que marcaram a opção “nem sempre”, no questionário, foram considerados como não possuindo tal valor.

De acordo com os critérios de avaliação propostos os resultados obtidos revelam que a maioria dos profissionais possuem os valores humanos para o atendimento de RCP; porém analisando-os separadamente encontramos apenas 42 (71,19%) que se acham autoconfiante e 40 (67,8%) autocontrolado, conforme apresentado na tabela 3.

**TABELA 3**  
**Distribuição das respostas de profissionais de enfermagem de UTI segundo a classificação dos valores humanos para atuar em RCP, SCM - Belo Horizonte/2005.**

<b>Valores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Capaz	56	94,9%
Honesto	56	94,9%
Respeitoso	55	93,2%
Ordeiro	55	93,2%
Liberal	54	91,5%
Prestativo	53	89,8%
Responsável	52	88,1%
Clemente	48	81,4%
Amoroso	46	78,0%
Criativo	45	76,3%
Intelectual	43	72,9%
Autoconfiante	42	71,2%
Coerente	42	71,2%
Autocontrolado	40	67,8%
Educado	31	52,5%
Corajoso	9	15,3%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>

Como vimos no capítulo anterior, na RCP é de fundamental importância que os profissionais de enfermagem possuam como características pessoais ser autocontrolado e autoconfiante. Seria muito importante que um maior número de profissionais desenvolvessem essas características, o que poderia melhorar a qualidade do atendimento.

De acordo com Soto (2002), as normas que governam o mundo do trabalho estão mudando. Continuamente somos avaliados não por sermos mais ou menos inteligentes, mas pela maneira como nos relacionamos com nós mesmos e com os demais. Esse novo enfoque centra sua atenção em qualidades pessoais tais como iniciativa, adaptabilidade, autocontrole, empatia, entre outros. Assim, seja qual for a situação no trabalho, a consciência dessas capacidades pode ser essencial para o êxito na carreira profissional.

Outro fator que nos chamou a atenção, dentre os valores humanos que consideramos importantes, é que o item **ser corajoso** (no sentido daquele que defende suas crenças) teve o mais baixo índice (9-15,3%).

Tendo em vista que a RCP é um procedimento que pode suscitar dilemas éticos/legais e filosóficos, é desejável que os profissionais de enfermagem manifestem suas posições em relação ao atendimento, como uma forma de expressarem seus pensamentos sobre aquela situação.

De acordo com Toffoletto et al (2005, p.309), “a participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, muitas vezes tem se mostrado tímido, aquém do que seria desejável e possível”.

Na concepção dessas autoras o comportamento passivo (ética alienada) dos enfermeiros frente a situações complexas, pode funcionar como um mecanismo de defesa ou indicar desconhecimento de uma nova visão a respeito da ética que mantém os enfermeiros subalternos e resignados perante autoridades ou chefes imediatos.

Não parece impróprio afirmar que, ao omitir suas preocupações éticas em relação ao atendimento de RCP os profissionais podem estar gerando um sentimento negativo, aumentando o desgaste emocional tão comum nesse tipo de procedimento.

Embora estudos demonstrem que as enfermeiras têm um comportamento passivo frente a situações complexas, entendemos que é necessário adotar estratégias para se implantar uma prática mais reflexiva/participativa por parte da equipe de enfermagem no processo de tomada de decisões que envolvem os aspectos éticos no atendimento de RCP.



#### 6.2.4 Categoria Organização dos Valores

Os valores humanos estão organizados de forma hierárquica, indicando o grau de importância que eles ocupam na vida do indivíduo.

A origem dos valores humanos tem relação com a própria valorização do indivíduo e sofre influência da cultura onde esse indivíduo vive. (BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973).

A cultura pode ser definida como um “complexo de padrões de comportamento, das crenças, dos valores transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade”. (FERREIRA, 1986 p.508).

De acordo com Oliveira e Tamayo (2004), os valores culturais são a base para normas específicas que orientam as pessoas sobre o que é apropriado em situações diversas. O modo de funcionamento das instituições expressa as prioridades dos valores culturais.

Assim, os valores culturais por sua vez ajudam a sociedade a moldar as contingências às quais as pessoas devem adaptar-se, nas instituições em que vivem. Em função disso, os membros dos grupos culturais compartilham valores e são socializados para aceitá-los. (SCWARTZ, 1999 *apud* OLIVEIRA; TAMAYO, 2004).

As organizações de trabalho são consideradas culturas e seus muitos departamentos subculturas, onde os membros possuem valores pessoais que necessariamente não coincidem com os valores organizacionais.

A tabela 4 mostra a hierarquia dos valores humanos necessários para participar da RCP, segundo a média de opiniões dos profissionais de enfermagem da UTI campo de estudo.

**Tabela 4**  
**Hierarquia dos valores humanos para atuar em uma RCP, segundo a média de opiniões de profissionais de enfermagem, SCM - Belo Horizonte/2005.**

<b>Classificação</b>		
<b>Nível de importância</b>	<b>Valores</b>	<b>Nota média*</b>
1º	Capaz	2,6
2º	Responsável	4,3
3º	Prestativo	6,1
4º	Autoconfiante	6,6
5º	Honesto	6,9
6º	Autocontrolado	7,1
7º	Respeitoso	7,6
8º	Coerente	8,6
9º	Educado	8,8
10º	Criativo	9,0
11º	Corajoso	9,7
12º	Intelectual	10,6
13º	Ordeiro	10,8
14º	Liberal	10,8
15º	Amoroso	12,2
16º	Clemente	13,3

\* Menor média, maior importância na hierarquia de valores.

Ao analisar a tabela 4 encontramos que, na escala hierárquica de valores dos profissionais de enfermagem que atuam na UTI campo de estudo, em relação a RCP, o item ser capaz, atinge o maior grau de importância.

Nesse sentido, Peixoto (1996) estudando sobre a cultura dos profissionais de saúde que atuam em UTI, identificou como elemento cultural o “mito do saber”, onde os intensivistas desempenham um papel de “capazes de dominar a morte”, através de um saber tecnológico.

Também Corrêa (1995), afirma que a natureza das atividades realizadas pelas enfermeiras da UTI exige conhecimentos e habilidades cada vez mais aprimorados podendo formar o mito da competência.

Apesar de ressaltar que não se pode negar a competência para a realização das atividades da enfermeira, essa competência parece supervalorizada, provavelmente,

“refletindo a ênfase nos aspectos bio-tecnológicos que caracterizam uma UTI”. (CORRÊA, 1995, p. 239).

O item ser responsável aparece em segundo lugar na hierarquia dos valores dos profissionais.

No estudo de Peixoto (1996), os profissionais de enfermagem afirmaram que, uma das características da assistência prestada aos pacientes criticamente enfermos é exigir muita responsabilidade daqueles que participam do atendimento.

Podemos supor que esse senso de responsabilidade está relacionado com a própria natureza do trabalho em UTI, onde muitas vezes a atuação do profissional que assiste ao paciente pode ser um fator decisivo para a vida.

Outro elemento cultural caracterizador das atividades realizadas pelos profissionais que atuam nas UTIs é o trabalho em equipe, que aparece na tabela 4 em terceiro lugar no sentido de ser prestativo.

Para Peixoto (1996, p.144), o termo “equipe” tem um forte significado de “unidade”, “interação”, trabalho “compartilhado”, sendo considerado pelos participantes daquela pesquisa como um dos fatores que caracterizam o trabalho em UTI.

Estudo de Boemer, Rossi e Nastari (1989, p.12) sobre o trabalho em UTI, mostra que para os profissionais de enfermagem “a coesão grupal é importante e a união é preconizada nos discursos como algo que garante o trabalho pela união de forças”.

Soares (2002), descrevendo a cultura de uma UTI encontrou como elemento característico daquela subcultura o “fazer-junto” relacionando o trabalho em equipe como fundamental para o êxito da assistência dispensada aos pacientes criticamente enfermos.

Um fato que chamou-nos a atenção é em relação ao item autoconfiante e autocontrolado que aparecem na tabela 3 com um menor número de pessoas possuem esses

valores. E quando observamos a tabela 4 esses valores são assinalados pelos profissionais de enfermagem como sendo de alta importância na escala hierárquica de valores.

Também o item ser corajoso, no sentido daquele que defende suas crenças, aparece como o mais baixo índice de valores que os profissionais de enfermagem possuem, e na tabela 4 ocupa o décimo primeiro lugar quando consideramos a hierarquia dos valores para o atendimento de RCP.

Esses dados reafirmam a necessidade de se trabalhar com os profissionais de enfermagem da UTI campo de estudo, estratégias para garantir a incorporação desses valores como características pessoais.

Diante do exposto, podemos concluir que a hierarquia dos valores apresentados pelos elementos da equipe de enfermagem do campo do estudo está em concordância com os valores normalmente apresentados pela cultura daqueles que trabalham em UTI.

#### **6.2.5 Categoria Caracterização por um valor ou Complexo de valores**

Essa categoria não foi avaliada por necessitar de um trabalho de pesquisa de observação direta da atuação do profissional, e não se aplica a esse estudo.

### **6.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESEMPENHO DAS HABILIDADES AFETIVAS**

Os fatores que influenciam no desempenho das habilidades afetivas na RCP foram agrupados em Recursos Humanos, Materiais, Equipe, Crenças, Aspectos Psicológicos e Outros, conforme dados apresentados na figura 4.

<b>Fatores</b>	<b>Favorecem</b>	<b>Dificultam</b>
<b>Equipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe bem humorada</li> <li>• Entrosamento</li> <li>• Respeito entre os membros</li> <li>• Líder calmo</li> <li>• Médicos bem treinados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de agilidade</li> <li>• Desorganização da equipe</li> <li>• Desrespeito entre os membros da equipe</li> <li>• Falta de união</li> <li>• Despreparo da equipe</li> <li>• Estresse da equipe</li> <li>• Descontrole emocional do líder da reanimação.</li> </ul>
<b>Recursos Materiais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material completo e organizado</li> <li>• Equipamentos em bom estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de materiais</li> <li>• Materiais inadequados</li> <li>• Falha nos equipamentos</li> </ul>
<b>Recursos Humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número insuficiente de funcionários de enfermagem, disponível</li> <li>• Pessoal treinado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número insuficiente de funcionários de enfermagem, disponível</li> <li>• Falta de pessoal treinado</li> </ul>
<b>Crenças</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crença em Deus/ Ter fé</li> </ul>	
<b>Aspectos Psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o controle emocional</li> <li>• Características pessoais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apego afetivo ao paciente</li> <li>• Lembrança de alguém da própria família</li> </ul>
<b>Outros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar-se no lugar do paciente</li> <li>• Sucesso no atendimento</li> <li>• Consciência profissional</li> <li>• Pacientes com bom prognóstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com prognóstico reservado</li> <li>• Quando lembra que o paciente tem família</li> <li>• Cansaço pelo plantão</li> <li>• Não aceitação da morte</li> </ul>

Quadro 1: Distribuição dos fatores que influenciam no desempenho das habilidades afetivas, SCM - Belo Horizonte/2005

Vários autores como Lane e Albarran-Sotelo (1993), Marsch et al (2004) e Granitoff (1995), têm descrito a importância do trabalho integrado da equipe em RCP e destacado a função do líder como fator determinante para o bom desempenho do grupo.

Nas UTIs, quem normalmente assume a liderança em situações de RCP é o médico de plantão. Entendemos que esse líder deve ter habilidades pessoais que facilitem o relacionamento humano. Além disso, líderes equilibrados emocionalmente podem melhor conduzir os membros da equipe no sentido de dedicarem seus esforços para um melhor desempenho. Também acreditamos que líderes desequilibrados emocionalmente podem comprometer todo o trabalho que a equipe está realizando.

Nesse sentido, Pups, Weyker e Rodgers (1997) relataram que o comportamento dos médicos ou suas atitudes tornaram o procedimento de RCP mais difícil. Estes comportamentos ou atitudes incluíam médicos que ficaram apáticos diante da situação, não correspondiam às preocupações dos enfermeiros sobre a situação, ou causaram confusão por não seguir o protocolo.

Também Badge (1996), mostra que conflitos podem surgir quando algum membro da equipe de RCP se sente rebaixado por atitudes de um médico durante o atendimento de emergência.

Quanto aos aspectos psicológicos, Badge (1996) reconhece o impacto emocional de uma emergência que requer RCP. Esse impacto pode prolongar-se por muito tempo após o evento e causar um efeito cumulativo nos profissionais de saúde, podendo influenciar na sua confiança e nas habilidades para processar informações e tomar decisões.

Ainda em relação aos aspectos psicológicos os profissionais de enfermagem relataram que um dos fatores que dificultam o desempenho das habilidades afetivas é o envolvimento emocional com o paciente.

Segundo Travelbee (1979) *apud* Filizola e Ferreira (1997), o envolvimento emocional é a capacidade de transcender-se a si mesmo e interessar-se por outra pessoa. Esse envolvimento é necessário quando se deseja estabelecer uma relação com o paciente ou com qualquer outro ser humano. Um princípio importante é que o envolvimento emocional não deve trazer prejuízos, ou seja, nos inabilitar. Sendo assim, deve ocorrer de forma madura e profissional, com limites a serem obedecidos.

Em relação à RCP, Pups, Weyker e Rodgers (1997) descrevem o *stress* experimentado por enfermeiros quando participavam de um atendimento que envolvia pacientes que estavam sob seus cuidados. Para os enfermeiros era mais fácil ser objetivo com o paciente de outro profissional.

Outro fator mencionado como influenciador se refere aos recursos materiais. Foram relacionados neste item, falta de material, falha nos equipamentos, entre outros.

Não basta ter os recursos materiais necessários para o atendimento de RCP, mas é fundamental que os profissionais de saúde saibam manusear os equipamentos. Assim, a familiaridade com o equipamento de ressuscitação, desfibrilador, eletrocardiógrafo, máscara de ventilação, equipamento de aspiração endotraqueal, poderá aumentar o nível de confiança desses profissionais em uma situação de emergência.

Estudos de Badge (1996) e Pups, Weyker e Rodgers (1997), descrevem como condições geradoras de *stress* durante a RCP quando problemas inesperados ocorrem, como por exemplo, falhas de um equipamento. Também foram relatadas pelos enfermeiros preocupações em ter disponíveis os acessórios e equipamentos necessários para o atendimento de pacientes com parada cardiorrespiratória.

Ressaltamos a importância de que todos os membros da equipe de enfermagem tenham conhecimento da localização do material e da forma de acesso aos mesmos. O material necessário para o atendimento de pacientes vítimas de PCR deve estar sempre

revisado e pronto para o uso. Após o uso o carrinho de emergência deverá ser reabastecido com as drogas e materiais utilizados. Também a manutenção preventiva dos aparelhos deveria ser uma prática utilizada nos hospitais.

Um outro aspecto mencionado como influenciador para o desempenho das habilidades afetivas em RCP, está relacionado com os recursos humanos. Tanto a escassez como o número excessivo de pessoas envolvidas no atendimento tem sido um problema freqüentemente relatado por profissionais que atuam em RCP.

Lane e Albarran-Sotelo (1993), preconizam a composição delimitada da equipe de atendimento de uma RCP, bem como a necessidade da divisão de tarefas e definição das funções de cada componente.

Também em recursos humanos, um dos fatores mais citados que interfere no bom desempenho das habilidades afetivas de profissionais de enfermagem que atuam em RCP foi à necessidade de treinamento.

Goodwin (1992), Granitoff (1995), American Heart Association (1999), Lane e Albarran-Sotelo (1993) têm destacado a importância do treinamento em RCP, com a finalidade de assegurar a competência para todos os profissionais de saúde, cuja atividade envolva a possibilidade de atender pacientes em parada cardiorrespiratória.

Um fator facilitador para o desempenho das habilidades afetivas descrito pelos pesquisados foi a fé em Deus.

Tendo em vista as características do trabalho de enfermagem em uma UTI, que remete o profissional de enfermagem que presta assistência, a questões como a temporaneidade da vida, possibilidade de morte iminente, sofrimento e dor do paciente, acreditamos que seja de fundamental importância que esse profissional tenha crença em Deus. Não só para ajudar o paciente que está passando por situação difícil, como também para confortar a si mesmo.



De acordo com Fleck et al (2003), existem evidências crescentes de que a religiosidade está associada com saúde mental. Em um estudo de revisão, a religiosidade foi considerada como sendo um fator protetor para o sofrimento psicológico, suicídio, abuso de drogas e álcool, dentre outros.

O conceito de religiosidade proposto por esses autores diz respeito à “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do corpo”. (FLECK et al., 2003, p.448).

No item Outros, destaca-se como fator que influencia no desempenho das habilidades afetivas o sucesso no atendimento. Essa expressão traduz uma postura de onipotência/impotência tão presente no trabalho dos profissionais de saúde que atuam em RCP.

Maldonado (1978), afirma que a ilusão de onipotência está presente em todas as pessoas e permeia todos os relacionamentos interpessoais. Este sentimento pode produzir desgaste, tensão e superexigência. Assim as falhas, omissões e insucessos são vivenciados como coisas imperdoáveis, que não podem acontecer, dando margem para um sentimento exagerado de culpa e auto-recriminação.

Para Piva e Carvalho (1993), existe um momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponham de todos os recursos, o paciente entra em um processo de morte inevitável. Este é o momento em que todas as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, apenas prolongam o processo lento de morrer.

É importante que os profissionais de saúde que atuam em RCP, tenham uma percepção clara de seus limites e potencialidades e compreendam que muitas vezes, apesar de todo aparato tecnológico e todos os esforços realizados, a morte vai chegando definitivamente e

nesse caso cabe ao profissional proporcionar ao paciente e à família conforto físico, emocional e espiritual.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que toda pesquisa tem suas limitações, particularmente esta por seu enfoque, sua especificidade e ineditismo. Mesmo diante de tais limitações pode-se considerar que o objetivo de analisar as habilidades afetivas de profissionais de enfermagem de uma UTI em relação a RCP foi alcançado.

Assim, temos que em relação à amostra pesquisada o perfil da equipe de enfermagem é consonante com as características observadas em qualquer equipe de enfermagem de UTI ou seja : constituída basicamente de mulheres, a maioria com nível de escolaridade de ensino médio que, juntamente com faixa etária favorece o desenvolvimento de habilidades em todos os níveis tendo em vista o movimento crescente de profissionalização e aperfeiçoamento em enfermagem. Quanto ao tempo de experiência em UTI encontra-se que a maioria dos entrevistados tem pouca experiência nesta área, o que pode ser um reflexo do pouco tempo de formado e ou da alta rotatividade dos funcionários naquele setor.

Quanto às habilidades afetivas, não foi possível estabelecer um *continuum* em relação aos resultados encontrados. Acreditamos ser esta uma das limitações do estudo ocasionada, sem dúvida, pela premência de tempo para desenvolvimento de uma dissertação de mestrado e do próprio instrumento de coleta de dados. Por não termos encontrado um instrumento já construído e validado que atendesse aos objetivos do nosso estudo, elaboramos um questionário, fundamentado nas concepções de Bloom. Embora reconheçamos os limites do mesmo, consideramos que nosso instrumento constitui um protótipo sobre o qual podemos, em outro momento, aprimorá-lo, testá-lo e validá-lo .

Mesmo assim, nas duas primeiras categorias **Acolhimento** e **Resposta** pode-se perceber claramente que à medida que vai se aprofundando nos níveis de cada categoria, temos uma redução progressiva do número de profissionais

Observa-se na categoria **Acolhimento**, habilidades afetivas mais elementares, que apesar de 94,9% dos pesquisados demonstrarem que percebem a reanimação cardiopulmonar apenas 10 pessoas (27,8%) têm interesse ativo pelo fenômeno, alcançando o maior nível dessa categoria que corresponde à **atenção controlada ou seletiva**.

Também quando se analisa a categoria **Resposta** observa-se que 98,3% têm disposição para atuar em RCP, porém apenas 12 (20,3%) dos profissionais atingiram o maior nível dessa categoria, ao relatarem que têm um sentimento de satisfação/prazer quando atuam em RCP.

Considerando a categoria **Valorização e Organização dos Valores** constata-se que a maioria dos profissionais de enfermagem possui os valores humanos para participar de uma RCP, e que o grau de importância que esses valores ocupam na vida daquelas pessoas está em congruência com os valores normalmente apresentados pela cultura dos profissionais de enfermagem que trabalham em UTI.

Os dados mostram também que os fatores que influenciam no desempenho das habilidades afetivas têm relação com a equipe, os recursos materiais e humanos, crenças, aspectos psicológicos, entre outros.

Os resultados aqui apresentados revelam a importância da formação integral dos futuros profissionais, em especial daqueles que irão trabalhar na área da saúde.

As profundas mudanças pelas quais o mundo vem passando têm produzido transformações em vários setores da vida humana e principalmente no mercado de trabalho. O novo perfil profissional exige não apenas a capacidade intelectual e destreza técnica para realizar o trabalho, mas tem privilegiado as qualidades pessoais do trabalhador tais como iniciativa, liderança, capacidade de comunicar-se, autonomia, e capacidade para resolver problemas, dentre outras. Além disso, uma das características pessoais mais enfatizadas no mundo do trabalho atualmente é que o trabalhador tenha flexibilidade e adaptabilidade para atuar adequadamente, mesmo que em situações adversas.

A característica do trabalho da enfermagem exige que os profissionais desenvolvam habilidades que os capacite a atuar de forma efetiva. Portanto, não basta ter habilidades cognitivas e psicomotoras, mas também habilidades afetivas que contribuirão para alcançar a flexibilidade e adaptabilidade tão necessária nos dias atuais.

Diante dos achados torna-se de fundamental importância a definição de estratégias para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades afetivas dos profissionais de enfermagem que trabalham UTI, campo do estudo.

Cabe às instituições hospitalares, através de seus departamentos de recursos humanos e coordenação de enfermagem, a responsabilidade de possibilitar o desenvolvimento integral de seus funcionários com ênfase nas habilidades afetivas e aquisição de valores em relação à assistência que está sendo prestada.

Para se alcançar esse novo perfil profissional exigido pelo mercado de trabalho teremos que repensar o processo educacional. O objetivo maior da educação, com especial enfoque para a enfermagem, deve ser o desenvolvimento global, holístico do ser humano, enquanto pessoa que possui habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Nessa perspectiva a proposta curricular e mais especificamente os objetivos educacionais, devem estar direcionados para o desenvolvimento conjunto e integrado da pessoa como um todo. Portanto devem contemplar as habilidades de raciocínio para a resolução de problemas e também dar relevância ao desenvolvimento de valores, formação de atitudes e interesses.

Entende-se que não deve existir uma disciplina que ensine valores e atitudes, mas que os professores decidam integrar em seus planos de aula, aspectos éticos e morais relacionados àquele conteúdo que está sendo ministrado.

Convém lembrar que a formação de valores na escola não deve ser entendida como um processo de socialização onde se padroniza comportamentos. Antes, a formação de valores é

um processo de internalização, “onde o indivíduo passa a adotar como suas as idéias, práticas, padrões ou valores de outras pessoas ou sociedade”. (BLOOM; KRATHWOHL; MASIA, 1973, p 28).

Também é importante destacar que a formação de valores não deve se basear na moralidade do grupo de professores. A formação de valores humanos a qual nos referimos deve estar em sintonia com o projeto político pedagógico das escolas de enfermagem, que por sua vez, seguem as diretrizes nacionais para graduação em enfermagem instituída pelo Ministério da Educação (MEC).

Acreditamos firmemente que a educação integral tem um papel fundamental na formação dos profissionais não só para melhorar a qualificação profissional garantindo a empregabilidade, mas também como forma de contribuir para a formação de cidadãos críticos, reflexivos e autônomos que se comprometam com a ética e tenham consciência de sua responsabilidade social.

Por fim ao concluir este trabalho, como enfermeira assistencial de uma UTI, retorno para a prática com um olhar diferente em relação ao atendimento a pacientes vítimas de PCR e que necessitam de reanimação cardiopulmonar. Como docente de uma escola de enfermagem a abordagem teórica e prática desse conteúdo certamente se tornarão mais enriquecedoras, pois vêm acompanhadas a de um novo saber que contempla não apenas os conhecimentos técnico-científicos e psicomotor, mas também as habilidades afetivas tão necessárias quando se quer prestar uma assistência humanizada.

## **REFERÊNCIAS**

---



---

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia**: manual para instrutores. Rio de Janeiro: Medline, 2002a. 166 p.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia**: manual para provedores. Rio de Janeiro: Medline, 2002b.315p.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida em cardiologia**. Rio de Janeiro: Medline, 1999. 322 p.

ANDRÉ, M.E.D.A; LUDKE, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986, 82p.

ARAÚJO, I.E.M; ARAÚJO, S. Ressuscitação cardiopulmonar. In: CINTRA, E de A; NISHIDE, V.M; NUNES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap.9, p.135-154.

ARAÚJO, Sebastião. Ressuscitação cardiopulmonar cerebral. In: RATTON, J. L. de A. **Medicina intensiva**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 1997. Cap. 2, p.2-16.

AXELSSON, A.; HERLITZ, J.; FRIDLUND, B. How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study. **Resuscitation**, v.47, n.1, p.71-81, 2000.

AXELSSON, A; et al. Factors surrounding cardiopulmonary resuscitation influencing bystanders' psychological reactions. **Resuscitation**, v.37, p.13-20, 1998

BADGE, J. How to conquer the fear of codes. **American Journal of Nursing**, v.96, n.10, p.27-31, Oct. 1996.

BARBOSA, S.F.F. **A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos**: a (re) invenção possível. Blumenau: Nova Letra, 1999. 128p.

BALSANELLI, A P et al. O trabalho do enfermeiro em unidades complexas: um enfoque sobre os sentimentos para o cuidado diário de pacientes com risco de morte. **Nursing**, São Paulo, v.5, n.44, p.23-28, jan. 2002.

BOEMER, M.R.; SAMPAIO, M.A. O exercício da enfermagem em sua dimensão Bioética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p.33-38, abr. 1997.

BOEMER, M.R.; ROSSI, L.R.; NASTARI, R.R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva- análise de depoimentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.10, n.2, p. 8-14, jul. 1989.

BLOOM, Benjamin S.; KRATHWOHL, David R.; MASIA, Bertran B. **Taxionomia de objetivos educacionais**: domínio afetivo. Porto Alegre: Globo, 1973. v.2, 204p.

BORDENAVE, Juan D.; PEREIRA, Adair M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 7.ed. Petrópolis: Vozes; 1985. 312p.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Parecer n.16 de 26 de novembro de 1999: Diretrizes Curriculares para Educação Profissional. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1999.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 7498 de 15 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986.

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.361-368.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas**: como transformar gerentes em gestores de pessoas. 4. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORRÊA, A. K. Sendo Enfermeira no centro de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.48, n.3, p233-241, jul./set. 1995

CRUNDEN, E.J. An investigation into why qualified nurses inappropriately describe their own cardiopulmonary resuscitation skills. **Journal of Advanced Nursing**, v.16, n5, p.597-605, May 1991.

CRUZ, C.H.C. **Competências e habilidades**: da proposta à prática. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2002. 59p. (Coleção fazer e transformar).

DELORS, J. (Org.). Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2001. 288p.

DWYER, T.; WILLIAMS, L.M. Nurses'behaviour regarding CPR and the theories of reasoned action and planned behaviour. **Resuscitation**, v.52, n.1, p.85-90, Jan. 2002.

EVORA, P.R.B.; GARCIA, L.V. Ressuscitação cardiopulmonar e cerebral: aspectos históricos, fisiopatologia e conduta. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.28, n.4, p.589-98, out/dez.,1995.

FAGUNDES, M.B. **Aprendendo valores éticos**. 5.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

FERREIRA, A. B.de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA-SANTOS, C.A. Os profissionais de saúde enfrentam-negam a morte. In: MARTINS, J.S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. Cap.1, p. 15-24.

FLECK, M.P. da A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública**, v.37, n.4, p.446-455, 2003.

- FILIZOLA, C. L.A.; FERREIRA, N.M.L.A O envolvimento emocional para a equipe de enfermagem: realidade ou mito?. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. esp., p.9-17, maio 1997.
- GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Trad. Marcos Santarrita. 38.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995. 375p.
- GOODWIN, AP.L. Cardiopulmonary resuscitation training revisited. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.85, n.8, p.452-453, Aug. 1992.
- GRANITOFF, Nina. **Reanimação cardiorrespiratória**: aspectos relacionados à dinâmica de atendimento no Pronto Socorro de um Hospital de Ensino. 1995, 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.de.S.; FRANCO, F.M.de M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KOIZUMI, M.S. et al. Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.3, p.3341, jul. 1998.
- JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.
- LANE, J.C.; ALBARRAN-SOTELO, R. **Reanimação cardiorrespiratória cerebral**. Rio de Janeiro, Medsi, 1993. 473p.
- LOPEZ, Mário. Ressuscitação cardiopulmonar. In: LOPEZ, Mário **Emergências médicas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989. Cap.1, p.1-7.
- MACHADO, J.L.M.; CALDAS,A.; BERTONCELLO,N.M.F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, p.147-56, ago.1997.
- MALDONADO, M.T.P. A ilusão de onipotência na relação médico-cliente. **Revista Femina** n. 6, p324-331, abr. 1978.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- MARSCH, S.C.U. et al. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. **Resuscitation**, v.60, n.1, p.51-56, 2004.
- MARTEAU, T.M., et al. Resuscitation: experience without feedback increases confidence but not skill. **British Medical Journal**, v.300, n.6728, p.849-850, Mar. 1990.
- MARTINELLI, M. **Aulas de transformação**: o programa de educação em valores humanos. São Paulo: Peirópolis, 1996.

MENDES, Ana M. B. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.13/14, n.1/2, p. 27-32, jan/dez. 1995/1996.

MIYADAHIRA, A.M.K. **Processo de ensino-aprendizagem de habilidades psicomotoras: análise da técnica de injeção intramuscular**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MUCHINSKY, P.M. **Psicologia organizacional**. Trad. Ruth Gabriela Bahr. Revisão Técnica Wilson Ferreira Coelho. São Paulo: Pioneira, 2004. 499p.

OLIVEIRA, A de F.; TAMAYO, A Inventário de perfis de valores organizacionais. **Revista de Administração**, v.39, n.2, p129-140, abr/jun. 2004.

PATON, A. Resuscitation in hospital: again **British Medical Journal**, v. 291, n.6507, p.1445-1446, Nov. 1985.

PEIXOTO, M.R.B. **A prioridade, o isolamento e as emoções: estudo etnográfico do processo de socialização em um Centro de Tratamento Intensivo**. 1996. 248f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

PELOSI, M.S. **Objetivos educacionais: uma técnica de avaliação**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1979.

PEREIRA, I.L.L.; HANNAS, M.L. **Nova prática pedagógica: propostas para uma nova abordagem curricular**. São Paulo: Gente, 2000.182p.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.192p.

PIVA, L.P.; CARVALHO, P.R.A. Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal. **Bioética**, Brasília, v.1, n.2, p.129-138 1993.

PUIG, J.M. **Ética de valores: métodos para um ensino transversal**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

PUPS, G.M.; WEYKER, J.D.; RODGERS, B.L. Nurses's reactions to participation in cardiopulmonary resuscitation on the nursing unit. **Clinical Nursing Research**, v..6, n.1, p.59-70, feb. 1997.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 8.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1999. 489p.

ROKEACH, M. **Crenças, atitudes e valores**. Rio de Janeiro: Interciência, 1981.

ROSE, J.C.C de. O que é comportamento. In: BANACO, R. A. **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. 2 ed. Santo André, ARBytes, 1999, cap.9, p. 79-81.

- SALOUM, N. H.; BOEMER, M.R. A morte no contexto hospitalar- as equipes de reanimação cardíaca. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.109-119. dez. 1999.
- SANDRONI, C. et al. Haemodynamic effects of mental stress during cardiac arrest simulation testing on advanced life support courses. **Resuscitation**, v.66, n.1, p.39-44, Jul. 2005.
- SCHERMERHORN, J.R.J.; HUNT, J.G.; OSBORN,R.N. **Fundamentos de comportamento organizacional**. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- SILVA, E.L.da; CUNHA, M.V.da. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. *Ciência da Informação*, v.31, n.3, p.77-82, set/dez. 2002.
- SILVA, T.V. da. **Formação do enfermeiro a nível de graduação**: percepção do educando sobre a implicação dos programas educacionais. 1986. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SOARES, S.M.L. **Estar de olho em tudo ao mesmo tempo**: estudo etnográfico da prática assistencial do enfermeiro no contexto tecnológico da terapia intensiva. 2002. 122p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem UFMG, Minas Gerais.
- SOTO, E. **Comportamento organizacional**. Trad. Jean Pierre Marras. São Paulo. Pioneira, 2002. 303p.
- TAMAYO, A. Valores organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afetivo. **Revista de Administração**, São Paulo, v.33, n.3, p.56-63, jul./set. 1998.
- TOFFOLETTO, M.C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.3, p.307-312, 2005.
- WHITAKER, IVETH Y. et al. A enfermagem no atendimento de emergência. In: FELIPPE JR., J. **Pronto Socorro**: diagnóstico e tratamento. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1990. Cap. 14, p. 119-25.

**ANEXOS**

---

## ANEXOS

### ANEXO A

**1.0 Marque com um X o espaço entre parênteses que corresponde a dados de sua identidade.**

1.1. Idade

- 20 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 anos ou mais

1.2. Sexo

- Masculino
- Feminino

1.3. Escolaridade

- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- superior incompleto
- superior completo

1.4. Categoria Profissional

- Auxiliar de Enfermagem
- Técnico de Enfermagem
- Enfermeiro

1.5. Religião

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Outras. Especificar:-----

1.6. Tempo de Experiência em CTI

- De 1 a 2 anos
- De 3 a 5 anos
- De 6 a 10 anos
- De 11 a 20 anos
- 21 anos ou mais

1.7. Tempo de Formado: \_\_\_\_\_

Questionário

1.0 O que é para você reanimação cardiopulmonar (RCP)?

---

---

---

Marque com um X os espaços entre parênteses ou especifique outra opção, indicando

1.1 Qual a palavra abaixo, que melhor indica sua capacidade para o atendimento em reanimação cardiopulmonar (RCP).

Incapacitado     Pouco Capacitado     Capacitado     Muito Capacitado

---

**1.2** A coordenação de enfermagem está oferecendo para os funcionários deste serviço à oportunidade de aquisição de conhecimentos ou aprofundamento em diversos temas. **Assinale sua opção. Marque apenas uma resposta.**

- Ventilação mecânica
  - Reanimação Cardiopulmonar
  - Cateter de Termodiluição (Swan-Ganz)
  - Prevenção de Ulcera de Pressão
  - Outros. Especificar-----
  - Nenhum
- 

1.3 Você se dedica, voluntariamente, ao estudo de algum desses assuntos?

sim         não

1.3.1 Caso tenha respondido sim, especifique o assunto:\_\_\_\_\_

---



2.0 Em relação aos atendimentos de RCP, você

- participa somente quando não há outro profissional da equipe de enfermagem disponível
- participa voluntariamente, mesmo que o paciente não esteja sob seus cuidados
- não participa mesmo que o paciente esteja sob seus cuidados

Justifique sua resposta

---

---

---

2.1 Quando você participa de uma RCP, qual destes sentimentos é vivenciado por você. Assinale sua opção. Marque apenas uma resposta.

- Medo
- Insegurança
- Impotência
- Insatisfação
- Nervosismo
- Outros, especificar: \_\_\_\_\_
- Satisfação
- Prazer
- Tranqüilidade
- Segurança

---

3.0 Marque a opção que melhor representa suas atitudes no dia a dia, na UTI, tendo em vista sua participação em uma RCP.

Procure escolher as afirmações de acordo com sua visão real; esqueça o que considera ideal.

**Seja sincero ao responder.**

**SOU UMA PESSOA QUE...**

- 3.1  Tenho os conhecimentos necessários para atuar, de um modo rápido e eficaz em RCP.
- Não tenho os conhecimentos necessários para atuar, de um modo rápido e eficaz, em RCP.

- 
- 3.2  Exponho minhas crenças e posições, mesmo que contrário ao ponto de vista dos outros, em relação ao atendimento de RCP.
- Não exponho minhas crenças e posições em relação ao atendimento de RCP.
- Às vezes exponho minhas crenças e posições em relação ao atendimento de RCP.

- 
- 3.3  Sinto prazer em ajudar a equipe durante o atendimento de RCP.

- Não gosto de trabalhar em equipe, pois sou mais competitivo do que cooperativo.
- Nem sempre sinto prazer em ajudar a equipe durante o atendimento de RCP.
-

- 3.4 ( ) Sou sincero o suficiente para reconhecer minhas falhas, durante a RCP.  
( ) Não sou sincero o suficiente para reconhecer minhas falhas, durante a RCP.  
( ) Às vezes não sou sincero o suficiente para reconhecer minhas falhas, durante a RCP.
- 

- 3.5 ( ) Proponho novas alternativas quando há problemas com equipamentos e / ou materiais, durante a RCP.  
( ) Não proponho novas alternativas quando há problemas com equipamentos e/ou materiais, durante a RCP.  
( ) Nem sempre proponho novas alternativas quando há problemas com equipamentos e / ou materiais, durante a RCP.
- 

- 3.6 ( ) Tenho autoconfiança para iniciar as manobras de RCP.  
( ) Não tenho autoconfiança a ponto de iniciar as manobras de RCP.  
( ) Nem sempre tenho autoconfiança a ponto de iniciar as manobras de RCP.
- 

- 3.7 ( ) Durante a RCP, tenho consideração pelas pessoas e suas opiniões, independentemente da posição hierárquica que elas ocupam na instituição onde trabalho.  
( ) Durante a RCP, não me interesso pela opinião dos outros, independentemente da posição hierárquica que elas ocupam na instituição onde trabalho.  
( ) Durante a RCP, nem sempre tenho consideração pelas pessoas e suas opiniões, independentemente da posição hierárquica que elas ocupam na instituição onde trabalho.
- 

- 3.8 ( ) Em qualquer situação de RCP sempre sou cortês com os componentes da equipe presentes durante o procedimento.  
( ) Considerando a dinâmica da RCP não é possível ser cortês com os componentes da equipe presentes durante o procedimento.  
( ) Nem sempre é possível ser cortês com os componentes da equipe presentes durante o procedimento.
- 

- 3.9 ( ) Assumo a responsabilidade por tudo que posso resolver durante a RCP.  
( ) Não assumo a responsabilidade por tudo que posso resolver durante a RCP.  
( ) Nem sempre assumo a responsabilidade por tudo que posso resolver durante a RCP.
-

- 3.10 ( ) consigo conter minha ansiedade, estresse e sentimentos, tomando decisões e agindo de forma equilibrada e profissional.  
( ) Não consigo conter minha ansiedade, estresse e sentimentos durante a RCP.  
( ) Às vezes me deixo dominar pela ansiedade, estresse e sentimentos durante a RCP.
- 

- 3.11 ( ) Estou aberto para receber críticas construtivas, sobre meu desempenho na RCP.  
( ) Não gosto de receber críticas construtivas, sobre meu desempenho na RCP.  
( ) Nem sempre gosto receber críticas, mesmo que construtivas, sobre meu desempenho na RCP.
- 

- 3.12 ( ) Me preocupo em manter o ambiente limpo e arrumado, após a RCP.  
( ) Não me preocupo em manter o ambiente limpo e arrumado, após a RCP.  
( ) Nem sempre me preocupo em manter o ambiente limpo e arrumado, após a RCP.
- 

- 3.13 ( ) Considerando a dinâmica da RCP, se por acaso, sou ofendido por algum membro da equipe, procuro perdoar, considerando o momento difícil que estávamos vivenciando.  
( ) Durante a RCP, se por acaso, sou ofendido por algum membro da equipe, não consigo perdoar, pois nada justifica aquela atitude.  
( ) Durante a RCP, se por acaso, sou ofendido por algum membro da equipe, nem sempre consigo perdoar.
- 

- 3.14 ( ) Ajo de modo lógico e impessoal nas minhas decisões durante a RCP.  
( ) Não ajo de modo lógico e impessoal nas minhas decisões durante a RCP.  
( ) Nem sempre costumo ser lógico e impessoal nas minhas decisões durante a RCP.
- 

- 3.15 ( ) Após a RCP, demonstro afeto pelos membros da equipe.  
( ) Após a RCP, não demonstro afeto pelos membros da equipe.  
( ) Após a RCP, nem sempre demonstro afeto pelos membros da equipe.
- 

- 3.16 ( ) Tendo em vista a RCP, costumo refletir e planejar as ações que serão executadas.  
( ) Tendo em vista a RCP, não costumo refletir e nem planejar as ações que serão executadas.  
( ) Tendo em vista a RCP, nem sempre costumo refletir e planejar as ações que serão executadas.
-

4.0 Dos valores humanos abaixo relacionados, enumere em ordem crescente (do mais importante (1º) para o menos importante) aqueles que você considera que se deve ter para participar de uma RCP.

- ( ) Capaz ( competente, eficaz)
- ( ) Corajoso (defende suas crenças)
- ( ) Prestativo ( trabalha para o bem estar dos outros)
- ( ) Honesto ( sincero, verdadeiro)
- ( ) Criativo ( ousado, imaginativo)
- ( ) Autoconfiante (independente, auto-suficiente)
- ( ) Respeitoso ( obediente, consciencioso)
- ( ) Educado ( cortês, de boas maneiras)
- ( ) Responsável ( digno de confiança)
- ( ) Autocontrolado ( disciplinado)
- ( ) Liberal (mente aberta)
- ( ) Ordeiro (arrumado, limpo)
- ( ) Clemente ( desejoso de perdoar outros)
- ( ) Coerente (Lógico, racional)
- ( ) Amoroso ( afetuoso, suave)
- ( ) Intelectual ( inteligente, reflexivo)
- ( ) Outros, Especificar \_\_\_\_\_

5.0 “O termo habilidades afetivas se refere a sentimentos e atitudes que os indivíduos demonstram em relação a uma determinada situação. Este comportamento tem relação com o sistema de valores, com as experiências anteriores vividas, e a filosofia de vida das pessoas”.

Diante da afirmativa acima, na sua opinião, quais os fatores que dificultam o desempenho de suas habilidades afetivas, durante a RCP.

---

---

---

---

---

6.0 Quais os fatores que favorecem o desempenho de suas habilidades afetivas, durante a RCP.

---

---

---

---

---

**ANEXO B****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Caro (a) Colega,

Estou desenvolvendo uma pesquisa para obtenção de título de Mestre em Enfermagem, junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daclé Vilma Carvalho. Esta pesquisa tem por objetivo identificar as habilidades afetivas apresentadas pela equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva na reanimação cardiopulmonar. Para o alcance dos objetivos solicito sua colaboração respondendo a um questionário. O resultado deste trabalho será útil para que possamos compreender o comportamento apresentado pelos profissionais de enfermagem que atuam na UTI em reanimação cardiopulmonar, visando o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades afetivas.

Em nenhum momento você será exposto a riscos devido a sua participação neste estudo e poderá a qualquer momento recusar a continuar, sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhum tipo de despesa, nem gratificação por sua participação nessa pesquisa. Os resultados serão usados somente para fins científicos, com garantia de anonimato.

Agradeço sua colaboração e solicito ainda o seu de acordo neste documento.

Atenciosamente,

Patrícia Sarsur Nasser Santiago

Endereço para contato: rua Itamarati, 865, apt° 01 – Bairro Padre Eustáquio, BH. MG CEP: 30730570.

Fones para contato: 34624484 e 97370062.

Telefone do Comitê de ética em pesquisa: 3238-8838

Eu, \_\_\_\_\_, portadora da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ aceito participar como voluntário (a) da pesquisa: “Reanimação cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em terapia intensiva”. Estou ciente que terei que responder a um questionário e que os dados fornecidos por mim serão usados somente para fins científicos, com garantia de anonimato.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do funcionário

## ANEXO C

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Ilmo

Sr. Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado Senhor,

Sou professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e acompanho os estagiários da referida escola na UTI deste Hospital. Estou desenvolvendo uma pesquisa para obtenção de título de Mestre em Enfermagem, junto à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daclé Vilma Carvalho. A pesquisa tem como título provisório: “Reanimação Cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em terapia intensiva”.

Solicito a V. S<sup>a</sup>, permissão para realizar a coleta de dados nesta conceituada instituição de saúde.

Nesta oportunidade esclareço que o resultado deste trabalho será útil para que possamos compreender o comportamento apresentado pelos profissionais de enfermagem que atuam na UTI em reanimação cardiopulmonar, visando o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades afetivas.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação e em trabalhos científicos afins.

Desde já agradeço a sua colaboração e solicito o seu de acordo neste documento.

Atenciosamente,

---

Patrícia Sarsur Nasser Santiago

Endereço para contato: rua Itamarati, 865, apt° 01 – Bairro Padre Eustáquio, BH. MG CEP: 30730570. Fones para contato: 34624484 e 97370062.