

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

BRUNO CLÉLIO DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR DE ACORDO
COM PROTOCOLO DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015**

MOSSORÓ

2016

BRUNO CLÉLIO DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMA DE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR DE ACORDO
COM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Esp. Gildemberton Rodrigues de Oliveira.

MOSSORÓ

2016

BRUNO CLÉLIO DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR DE ACORDO
COM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015**

Monografia apresentada pelo graduando BRUNO CLÉLIO DE SOUZA, do Curso Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profº. Esp. Gildemberton Rodrigues de Oliveira (FACENE/RN)

Orientador

Profº. Esp. Evilamilton Gomes de Paula (FACENE/RN)

Membro

Profº. Me. Thiago Enggle de Araújo (FACENE/RN)

Membro

Dedico este trabalho a Deus, minha mãe (in memoriam), e a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a **Deus** pela vida, pela sabedoria, por todas as minhas conquistas pessoais e profissionais, e por ter colocado em meu caminho pessoas tão especiais, que não mediram esforços em me ajudar durante a realização deste trabalho. A estas pessoas ficam aqui meus sinceros agradecimentos;

A minha mãe **Maria José da Silva** (in memoriam), que esteve comigo não de corpo presente, mas espiritualmente, sempre guiando meus passos. Dedico a senhora parte deste sonho que é só o começo de uma longa luta;

A minha família que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando força, amor e uma imensa dose de paciência;

Ao orientador Prof^o. Esp. **Gildemberton Rodrigues de Oliveira** pelo carinho e total atenção;

Aos meus amigos e colegas, **Allyson Rodrigo, Ana Maria Cristina, Jackson Francisco, Maria José de Carvalho, Décima Pinheiro, Frank Bergson, Sabino Neto, Maria Geruza, José Maria**, quero agradecer por proporcionar-me vários momentos de alegria que compartilhamos durante a nossa graduação, como sempre dissemos nosso grupo foi e será especial. Peço desculpas por algumas vezes magoei alguém, mas saibam que amo todos vocês e que desejo tudo de melhor que a vida puder lhes oferecer, que nossa nova jornada seja de muitas realizações.

A companheira **Maria Raissa da Silva Alves** pelo incentivo;

Aos gerentes e demais profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Regional Mossoró pela colaboração e disponibilidade.

Ao Prof^o. Esp. **Evilamilton Gomes de Paula** e Prof^o. Me. **Thiago Enggle de Araújo**, que aceitaram participar da minha banca examinadora, compartilhando sua sabedoria e pelos acréscimos tão valiosos, que contribuiram imensamente para este trabalho.

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”.

Isaac Newton

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é responsável por uma morbimortalidade elevada, mesmo em situações ou locais que possam garantir um acolhimento ideal ao indivíduo. A assistência de urgência, nos ambientes pré e intra-hospitalares, exige dos profissionais de saúde uma ação imediata e eficaz para a obtenção de sucesso nesse atendimento. Entende-se que uma observação rápida, coesa e multidisciplinar pode garantir uma maior sobrevivência ao indivíduo. Na PCR, o risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro. Durante o tempo que o evento transcorre, o diagnóstico de PCR deve ser dado e, posteriormente, realizadas as medidas imediatas para retomar o bombeamento da circulação sanguínea. Nesse sentido, objetivamos avaliar assistência de enfermagem às vítimas de parada cardiorrespiratória no ambiente pré-hospitalar de acordo com protocolo assistencial da American Heart Association 2015. Os objetivos específicos são: Caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Verificar conhecimentos dos profissionais entrevistados a cerca do protocolo de ressuscitação cardiopulmonar; Identificar a conduta de enfermagem na parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiorrespiratória em crianças, adultos e idosos. A pesquisa de campo é qualitativa com caráter descritivo e exploratório de modo que foi desenvolvida no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) localizado em Mossoró, Rio Grande do Norte com profissionais atuantes no SAMU, tendo uma amostra de 12 profissionais. Acredita-se que existem profissionais nos serviços de saúde que não percebem o atendimento de acordo com os protocolos assistenciais como um componente essencial durante o atendimento ao paciente, devido ao nível de estresse adquirido no serviço, tempo reduzido para atender as ocorrências e realização de um trabalho mecânico. Foram explicados os objetivos da pesquisa aos participantes, em seguida, foi entregue o questionário aos profissionais. A análise dos dados deu-se a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O participante ficou informado do anonimato dos depoimentos, assim como, o sigilo de suas informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. Percebeu-se que a população entrevistada é considerada de idade diversificada, visto que a faixa etária é de 30 a 49 anos. Na caracterização quanto ao gênero, as mulheres são maioria. As respostas dos profissionais de enfermagem diferem do conhecimento teórico, alguns deixaram de responder questões presentes na pesquisa, além de apresentarem ineficiência das respostas, não foi respondido como esperado, alguns deixaram de responder ou simplesmente responderam pela metade, deixando a entender que não seguem o protocolo a risca. Diante disso, vale ressaltar que todos os profissionais de saúde devem estar constantemente atualizados e preparados para atuar em uma situação emergencial. Os resultados da pesquisa permitiram alcançar os seus objetivos, foi possível analisar a atualização dos profissionais em questão. O atendimento à PCR é justamente isso: salvar vidas, por mais que saibamos que nem todas elas poderão ser salvas. Pode repensar, durante esta caminhada, nos possíveis benefícios que o estabelecimento dessas exigências pode proporcionar, tanto para o paciente/cliente quanto para a própria equipe de enfermagem, a partir dos resultados encontrados nessa investigação. A intenção é buscar, cada vez mais, o aprendizado relacionado à sistematização do atendimento à PCR, não esquecendo a importância das habilidades técnicas durante as manobras de RCP. Temos consciência que as considerações finais, não são necessariamente conclusivas, porém, incitam e abrem espaço para novos estudos sobre o tema.

Palavras – Chave: Emergências; Parada Cardíaca; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente

ABSTRACT

Cardiopulmonary arrest (CPA) is responsible for a high morbidity and mortality, even in situations or places that can ensure optimal care to the individual victim of PCR. The emergency assistance in pre- and in-hospital environments, requires health professionals immediate and effective action to achieve success in this service. It is understood that a quick, cohesive and multidisciplinary care can provide better survival for the individual. In PCR, the risk of irreversible brain damage and death increases every minute as it stops the circulation to vital organs such as the brain. During the time that the event elapsed, the PCR diagnostic should be given and, subsequently, performed immediate action to resume pumping the blood circulation. In this sense, we aimed to evaluate nursing care for victim of cardiac arrest in the prehospital environment according to clinical protocol of the American Heart Association in 2015. The specific objectives are: Characterize the professional situation of the respondents; Check knowledge of the professionals interviewed about Cardiopulmonary Resuscitation protocol; Identify the conduct of nursing in the stoppage cardiorespiratory and Resuscitation cardiorespiratory in children, adults and seniors. The field research is qualitative with descriptive and exploratory model that was developed in the urgency Mobile attendance Service(SAMU) localizado em Mossoró, Rio Grande do Norte com profissionais atuantes in SAMU, taking a sample of 12 professionals. It is believed that there are professionals in health care who do not realize the service in accordance with the assistance protocols as an essential component for patient care, due to the level of stress acquired in the service, reduced time to answer the events and performing a mechanical work. The objectives of the research were explained to the participants, then We deliver the questionnaire to professionals. The data analysis took place from the collective subject discourse technique. The participant was informed of the anonymity of deponent, as well as the secrecy of your confidential information. All costs resulting from this research will be the responsibility of the research associate. It is noticed that the population interviewed is considered diverse age, as the age range is 30-49 years in the characterization according to gender, women are the majority. The responses of nursing professionals differ from theoretical knowledge, some have stopped responding issues involved in the research, in addition to having inefficient responses. Therefore, it is noteworthy that all health professionals should be constantly updated and prepared to act in an emergency situation. The results of the research allowed to achieve its goals, it was possible to analyze the updating of the professionals in question. care in PCR is precisely this: to save lives, however we know that not all of them can be saved. I could rethink during this walk, the possible benefits that the establishment of these requirements can provide, both for the patient / client and to own nursing staff, from the results found in this research, the intention is to seek, increasingly, learning related to the systematization of care for PCR, not forgetting the importance of technical skills during the CPR maneuvers. We are aware that the final considerations are not necessarily conclusive, however, urge and make room for new studies on the subject.

Keywords: Emergencies; Cardiac Arrest; Nursing care; Patient safety.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

911- Contato de Emergência

AESP- Atividade Elétrica sem Pulso

APH- Atendimento Pré-hospitalar

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

DAC- Departamento de Aviação Civil

DCs- Doenças Cardiovasculares

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

FV- Fibrilação Ventricular

MS- Ministério da Saúde

NEU- Núcleos de Educação em Urgência

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCR- Parada Cardiorrespiratória

PNAU- Política Nacional de Atenção as Urgência

RCP- Ressuscitação cardiopulmonar

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV- Suporte Avançado de Vida

SEUE- Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TV- Taquicardia Ventricular sem Pulso

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Problematização.....	5
1.2 Justificativa	7
1.3 Hipótese	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 Base histórica do atendimento pré-hospitalar	9
3.2 Implantação e contextualização da portaria	10
3.3 Caracterização do serviço de atendimento móvel de urgência.....	12
3.4 Contextualização dos protocolos assistências.....	13
3.5 Parada cardiorrespiratória.....	16
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Local da pesquisa.....	20
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Instrumento de coleta.....	21
4.5 Procedimento de coleta	21
4.6 Análise dos dados.....	22
4.7 Aspectos éticos	22
4.8 Financiamento.....	23
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
5.1 Análise dos resultados referente a caracterização pessoal e profissional.....	24
5.2 Análise dos resultados da etapa qualitativa com o emprego da técnica do discurso do sujeito coletivo	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

Embora não descrito com a finalidade de explicitar um atendimento a uma vítima de violência, um dos primeiros registros identificados está na Bíblia, no livro de Lucas, capítulo 10, versículos 30 a 34, onde se lê: “... certo homem descia de Jerusalém para Jericó e veio a cair em mãos de salteadores, os quais, depois de tudo lhe roubarem e lhe causarem muitos ferimentos, retiram-se, deixando-o semimorto. Casualmente, descia um sacerdote por aquele mesmo caminho e, vendo-o, passou de largo. Semelhantemente, um levita descia por aquele lugar e, vendo-o, também passou de largo. Certo samaritano, que seguia o seu caminho, passou-lhe perto e, vendo-o, compadeceu-se dele. E, chegando-se, pensou-lhe os ferimentos, aplicando-lhe óleo e vinho; e, colocando-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e tratou dele” (BÍBLIA, Lucas, 10:30-34).

Os primeiros relatos de ressuscitação remontam aos tempos bíblicos, mas somente na segunda metade do século XX é que esse procedimento começa a incorporar premissas científicas. Têm-se relatos da utilização da respiração boca a boca já no século XVI. Em 1960, observou-se a efetividade da compressão torácica como fornecedora de níveis adequados de circulação para a manutenção da vida. A Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP) moderna, com a associação das compressões com a ventilação foi recomendada pela primeira vez em 1961 (GUIMARÃES et al, 2009).

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é responsável por uma morbimortalidade elevada, mesmo em situações ou locais que possam garantir um atendimento ideal ao indivíduo. O socorro de urgência, nos ambientes pré e intra-hospitalar, exige dos profissionais de saúde uma ação imediata e eficaz para a obtenção de sucesso nesse atendimento. Entende-se que um atendimento rápido, lógico e multidisciplinar pode garantir uma maior sobrevida ao indivíduo (PAZIN FILHO et al, 2003) (REIS & SILVA, 2012).

Contudo, em relação do atendimento a PCR, o risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro. Durante o tempo que o evento transcorre, o diagnóstico de PCR deve ser dado e, após, alcançados as medidas imediatas para retomar o bombeamento da circulação sanguínea (REIS & SILVA, 2012).

Existem dois modelos de Atendimento Pré-hospitalar (APH), o francês permitiram o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, centrado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são avaliadas por um médico, que define a resposta mais eficiente, maximizando os recursos disponíveis. Essa experiência vem sendo avaliada há anos, mostrando ser importante instrumento para as ações em saúde, uma vez que permite o conhecimento das necessidades reais da vítima e dos recursos disponíveis à prestação da assistência, dentre outras informações, possibilitando o gerenciamento da demanda (SILVA et al, 2010).

Nos Estados Unidos, o (APH) começou a ser mais bem organizado em 1966, quando o governo americano determinou que a segurança rodoviária desenvolvesse um sistema eficiente para que, ocorresse diminuição das estatísticas de morte por situações de urgência e emergência. Desta forma, em 1968 foi criado um número telefônico único (911), para centralizar os chamados de emergência. A partir daí, as emergências médicas eram transmitidas aos profissionais da área que se encarregavam de enviar o melhor recurso (SILVA et al, 2010).

No Brasil, o componente pré-hospitalar móvel foi previsto pela Portaria 2.048/2002, porém, só foi instituído em 2003, por meio da portaria 1.864/2003, através da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, suas centrais de regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência (NEU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, a partir de 100.000 habitantes (BRASIL, 2002; 2003a).

A França destaca-se no cenário mundial pelo seu serviço no APH, por construir um modelo bastante eficiente, com órgãos permanentes e temporários, obedecendo a uma orientação centralizada, amparada por legislação pertinente, bem como recursos humanos e materiais de acordo com as necessidades levantadas por planejamento (SILVA et al, 2010).

O SAMU foi oficialmente implantado no ano de 2003. Trata-se de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel que tem como princípio básico o socorro imediato de vítimas e seu encaminhamento ao serviço pré-hospitalar fixo ou hospitalar, com o objetivo de diminuir a gravidade e a mortalidade pelos agravos agudos, incluindo traumas. “É ainda de responsabilidade do SAMU a transferência de pacientes entre as instituições hospitalares, obedecendo a critérios previamente acertados entre as instituições e as centrais de regulação” (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a assistência de enfermagem tem sido um tema bastante recorrente, tendo em vista que humanizar é prestar atendimento de qualidade frente aos avanços

tecnológicos, ofertando melhora no acolhimento, ambientes de cuidados e nas condições de trabalho dos profissionais (FERNANDES et al, 2010).

Diante do exposto, cabe buscar entender como se sucede esse atendimento e quais as falhas nesse processo de intervenção, procurando identificar, até que ponto, a equipe de enfermagem pode garantir um atendimento resolutivo e de qualidade a clientes em PCR no ambiente pré-hospitalar de acordo com o protocolo assistencial.

1.2 Justificativa

O referido tema foi de grande importância durante a graduação, onde nos identificamos com o assunto através de aulas ministradas e durante os períodos de estágios nos serviços de urgência e emergência. Pretende-se aperfeiçoar os conhecimentos na área, os resultados poderão contribuir para a academia e para a sociedade que necessitam da assistência de enfermagem prestada pelos profissionais que nesse serviço atuam.

Através dessa problemática, é preciso desenvolver um estudo sobre a percepção do cuidado humanizado da assistência de enfermagem em uma PCR no ambiente pré-hospitalar de acordo com os protocolos assistências.

Assim, acredita-se na relevância deste estudo para os profissionais da enfermagem, para aqueles que trabalham no APH, podendo contribuir para a conscientização da importância do atendimento correto. Ademais, trabalho acrescentará para os profissionais ações para identificar a redução da RCP de forma inadequada.

1.3 Hipótese

Acredita-se que existem profissionais nos serviços de saúde que não realizam atendimento de acordo com os protocolos assistências como um componente essencial durante o atendimento ao paciente, devido ao nível de estresse adquirido no serviço, tempo reduzido para atender as ocorrências e realização de um trabalho mecanizado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar assistência de enfermagem às vítimas de parada cardiorrespiratória no ambiente pré-hospitalar de acordo com protocolo assistencial da American Heart Association 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados;
- Verificar conhecimentos dos profissionais entrevistados acerca do protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar;
- Identificar a conduta de enfermagem na Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação cardiorrespiratória em crianças, adultos e idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Base histórica do atendimento pré-hospitalar

O APH pode ser definido como toda a assistência realizada, direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar, com intuito de oferecer a melhor resposta a uma solicitação de ajuda, desde uma simples orientação médica até o envio de um veículo de emergência ao local da ocorrência para manutenção da vida e ou redução de sequelas (OLIVEIRA, 2012).

A origem do APH têm suas bases históricas fortemente associadas às guerras e, no decorrer dos séculos, vem evoluindo para atender às necessidades de saúde, ao oferecer os primeiros cuidados extra-hospitalares ao paciente até que ele adentre a um serviço de saúde para prosseguir com o tratamento definitivo (PHTLS, 2004). Foram elas que impulsionaram e aprimoraram os serviços de APH e resgate, diante da necessidade de atendimento rápido e eficaz (FRANÇA; MARTINO, 2013).

O marco da criação da ambulância projetada deve-se ao médico Dominique Jean Larrey (1766 – 1842), considerado “pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Precisando estabelecer atendimento imediato, projetou unidades de transporte de feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras” (SILVA et al, 2010).

A partir de então, paramédicos e soldados, ao retornarem da guerra passaram a aperfeiçoar e aplicar o conhecimento e a experiência adquiridos para o atendimento aos traumas, outrora frequentes na sociedade civil industrializada (PHTLS, 2004).

Tal iniciativa foi estendida até o século XIX, levando à criação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, para o atendimento rápido aos feridos, se destacando nas guerras mundiais do século XX (FRANÇA; MARTINO, 2013).

O modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Atualmente, no Brasil e na maior parte do mundo, o atendimento feito pelas equipes de intervenção é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Todas as chamadas são avaliadas por um médico regulador, que define a resposta mais eficiente, de

acordo com o tipo de agravo à saúde, maximizando os recursos disponíveis (SILVA et al, 2010).

Nos Estados Unidos, o APH começou a se expandir em 1966, quando a segurança rodoviária desenvolveu um sistema de atendimento, para diminuir as estatísticas de morte por situações de urgência e emergência. Desta forma, em 1968 foi criado um número telefônico, 911, para atender aos chamados de emergência. A partir de então, os chamados de emergências médicas eram transmitidos aos profissionais da área que enviavam o recurso adequado a cada situação (SILVA et al, 2010).

O modelo americano tem influência internacional, que propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento. A intervenção é feita por técnicos em emergências médicas e por paramédicos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) optou pela implantação de um serviço com características do modelo francês, apesar das existências de várias experiências diferentes.

3.2 Implantação e contextualização das Portarias

Em 2002, o MS criou a Portaria GM/MS n.º 2048, que reconhece a efetividade da assistência precoce às pessoas em situação de emergência, seja por mal súbito, acidentes ou violência, resultando no surgimento de vários serviços de saúde que realizam o APH. Este atendimento é realizado principalmente pelo técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e motorista (BRASIL, 2002).

A formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) aconteceu em um cenário de muita insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, com filas e superlotação. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergências ocorria de tal maneira no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Embora as terminologias sejam aparentemente parecidas, urgências e emergências são definidas de forma diferentes. Conforme o Ministério da Saúde, a urgência é uma ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Já Emergência, é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2014).

Para atuar de forma eficaz, o MS propôs a implementação de uma rede regionalizada e hierarquizada de atendimento no sentido de permitir uma melhor organização, articulação, definição de fluxos e referências, promovendo universalidade do acesso. Nesse escopo, foram estruturados os Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências (SEUE) para envolver toda a rede assistencial fixa e móvel, tendo como base o plano estadual de atendimento às urgências e emergências (BRASL, 2002).

Com base na Portaria GM/MS 2.048/2002, o elemento coordenador e orientador dos SEUE é a Regulação Médica das Urgências, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação para administrar leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações, atendimento domiciliares, consultas especializadas, consulta na rede básica, assistência social, transporte sanitário não urgente. As centrais constituem, portanto, um complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos para garantia da resposta às necessidades do usuário (BRASIL, 2002).

A portaria traz em suas alíneas as competências e atribuições exigidas ao profissional enfermeiro. É de responsabilidade do enfermeiro supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no APH; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 2002).

No quadro 1 a seguir, é apresentado um resumo das principais Portarias que vigoram no âmbito da Política Nacional de Urgência e Emergência no Brasil destacando a importância das portarias.

Quadro 1 – Principais portarias da área de Urgência e Emergência

Data	Portaria	Disposição
05/11/2002	2.048	Aprova o Regimento Técnico dos Sistemas Estaduais De Urgências e Emergências.
16/12/2204	2.657	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgência e o dimensionamento técnico para Estruturação e operacionalização das Centrais SAMU 192.
08/12/2008	2.970	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192.
07/07/2011	1.600	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único De Saúde (SUS). Institui a Política de Atenção às Urgências.
		Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central

24/08/2011	2.026	De Regulação Médica das Urgências, componente da Rede Atenção às Urgências. Institui o componente pré-hospitalar móvel da política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da Implantação do SAMU 192.
03/10/2011	2.338	Estabelece diretriz e cria mecanismos para a Implantação do componente Sala de Estabilização da Rede de Atenção às Urgências.
07/11/2011	2.648	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h.
21/05/2012	1.010	Redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e Sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
06/08/2012	1.663	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
04/03/2013	342	Redefine as diretrizes para implantação do Componente UPA 24h e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h Ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo Financeiro de custeio mensal.

Fonte: BRASIL (2002).

3.3 Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O SAMU foi instituído pelo decreto presidencial nº 5.055/2004, a ser implementado em todos os municípios e regiões do território nacional, visando à prestação de um atendimento de saúde de caráter emergencial e urgente, com maior grau de eficácia e efetividade, com acesso nacional pelo número 192 (BRASIL, 2004a).

As centrais de regulação das urgências são estruturas físicas constituídas por médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e radio operadores capacitados em regulação para atender aos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência (BRASIL, 2012a).

O SAMU, no Brasil, propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma Central de Regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso, com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

De acordo com (SILVA, E.A.C 2010) a função básica do SAMU é responder de forma organizada, a fim de evitar o uso excessivo de recursos, a toda situação de urgência que necessite de meios médicos, desde o primeiro contato telefônico até a liberação das vítimas ou seus encaminhamentos hospitalares.

Nesse sentido, a distribuição dos veículos de urgência em Bases Descentralizadas tem sido utilizada com uma das estratégias para garantir um tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do SAMU em municípios de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013b).

Os veículos leves, rápidos ou de ligação médica, são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer, quando da necessidade, Suporte Avançado de Vida (SAV), indo de encontro às ambulâncias do Tipo A, B, C e F (BRASIL, 2002).

De acordo com a Portaria nº 2.048/2002, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), no âmbito do APH móvel, as ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo;

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, sem potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;

TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgência pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (aquático, terrestre e em alturas);

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos;

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil (DAC);

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial, com equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade (BRASIL, 2002¹).

3.4 Contextualização dos Protocolos Assistenciais

Com relação à implementação de protocolos à prática da enfermagem brasileira, a Resolução Nº. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Descreve que o Processo de enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de

¹ Documento eletrônico não paginado.

diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

De acordo com esta resolução, para a implementação da SAE, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas do Processo de Enfermagem que são: histórico: levantamento e identificação de problemas; exame físico: o enfermeiro deverá realizar as técnicas de inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico; diagnóstico de enfermagem: o enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do paciente; prescrição de enfermagem: é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde; evolução de enfermagem: é o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (COFEN, 2009).

Os protocolos assistenciais de enfermagem orientados para a solução de problemas precisam ser elaborados de acordo com as necessidades apresentadas pelos pacientes, nas diferentes unidades de internação, para que se caracterizem como um método de planejamento de cuidados adequados à resolução de problemas específicos. Isso se deve a diversidade de possíveis necessidades de cuidados existentes em cada clínica, pois, a partir da especificidade da clientela do serviço, é que são realizadas intervenções direcionadas a resolução dos problemas detectados (PATRÍCIO, 1993).

Os equipamentos e medicamentos chamados de tecnologia biomédica são os que interagem diretamente com os pacientes. Os procedimentos, técnicas e normas, que constituem parte do treinamento dos profissionais em saúde e que são essenciais para a qualidade na aplicação das tecnologias biomédicas são as tecnologias médicas (BRASIL, 2009).

As diretrizes de utilização ou protocolos de cuidados definidas a partir das melhores evidências científicas disponíveis acerca da eficácia e efetividade de intervenções, contribuem: para a melhoria da qualidade da assistência e são um poderoso instrumento para a gestão e regulação dos sistemas de saúde, visto que possuem potencial de uniformização das

práticas em saúde; com a simplificação dos procedimentos; o fornecimento de parâmetros clínicos para o tratamento, a reabilitação e o diagnóstico de diferentes doenças e a redução da ocorrência de eventos adversos, melhorando, assim, a segurança do paciente (BRASIL, 2009b).

No atendimento ao traumatizado, a avaliação é a base para a tomada de todas as decisões de atendimento e transporte e, segundo a *National Association Of Emergency Medical Technicians* (2004, p. 68), “é a pedra fundamental para o melhor tratamento do doente”. As vítimas de trauma aeroremovidas são um exemplo disso. Cada vez mais a descoberta de novas tecnologias faz com que esses pacientes tenham maior sobrevida após o agravo (VALERA, 2011).

A decisão de seguir ou não as recomendações de protocolos deve ser feita levando em consideração a especificidade da condição do paciente. Protocolos podem ser considerados como um caminho que auxilia a separar as práticas desnecessárias das fundamentais e não devem ser considerados como uma forma de restrição à liberdade de conduta, mas como uma chance de orientar a prática (BRASIL, 2009a).

Protocolos de cuidados baseados em evidências representam um esforço para construir um corpo de conhecimentos aplicável. O desenvolvimento desses protocolos costuma envolver o consenso de um grupo de pesquisadores, especialistas ou juízes na busca de evidências de pesquisas rigorosas. Por isso, antes da implementação de protocolos, é indicada a avaliação destas recomendações (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), alguns descritores de qualidade do cuidado em saúde são: efetividade, eficiência, aceitação/centrado no paciente, equidade e segurança. Neste sentido, ao validar protocolos de cuidado, o objetivo é monitorar, medir e melhor ajustá-los às necessidades da população-alvo, com requisitos da saúde baseados em evidências e visando a qualidade da assistência (BRASIL, 2009a).

O MS instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM Nº. 529/2013, de 1º de abril de 2013. Este programa tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos deste setor do território nacional sejam públicos ou privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (BRASIL, 2014).

Sabe-se que os sistemas de serviços de saúde são complexos e têm cada vez mais incorporado tecnologias e técnicas elaboradas, acompanhados de riscos adicionais na

prestação de assistência aos pacientes. Entretanto, medidas simples e efetivas podem prevenir e reduzir riscos e danos nestes serviços, tais como: mecanismos de dupla identificação do paciente; melhoria da comunicação entre profissionais de saúde; uso e administração segura de medicamentos; realização de cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higiene das mãos para a prevenção de infecções e prevenção de quedas e úlceras por pressão.

A Portaria MS/GM Nº. 529/2013, no artigo 3º, define como objetivos específicos do PNSP: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas ao paciente, por meio dos núcleos de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde; envolver os pacientes e os familiares nesse processo; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e na pós-graduação na área da Saúde (BRASIL, 2014).

3.5 Parada cardiorrespiratória

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é causa de elevada morbidade e mortalidade, estando associada às mais diversas patologias, em especial às doenças cardíacas. As doenças cardiovasculares (DCs) tem contribuído para elevada mortalidade em todo o mundo, apesar da redução das taxas de mortalidade por DCs nos últimos anos no Brasil, elas continuam sendo, em todas as unidades da federação, as responsáveis pela maior taxa de mortalidade proporcional no país (BRASIL, 2011).

Estima-se a ocorrência de 200.000 por ano PCR no Brasil atualmente, sendo que metade delas fora do ambiente hospitalar (GONZALEZ et al, 2013). É frequente o fato das pessoas comuns não conseguirem identificar a PCR, em um caso de ocorrência fora do ambiente hospitalar, contudo, é imprescindível a assistência em tempo hábil. Os profissionais de saúde precisam está preparados para reconhecer e tomar de decisão para as devidas intervenções nos casos de PCR (LUZIA & LUCENA, 2009).

A PCR é a cessação da atividade cardíaca marcada pela ausência de sinais de circulação. Nela, são encontrado quatro padrões de ritmo: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia. As maiores taxas de sobrevida são encontradas quando o ritmo inicial é a FV (MEANEY et

al, 2013). No ambiente pré-hospitalar o ritmo mais frequentemente observado na PCR é a FV (LINK et al, 2010).

O procedimento emergencial padrão para assistência do paciente vítima de PCR, denominado “Reanimação Cardiopulmonar” (RCP), envolve uma série de medidas realizadas com o fim de promover a circulação do sangue oxigenado ao coração, cérebro e outros órgãos vitais. Para que sejam realizados os procedimentos necessários para o atendimento de vítimas de PCR é preciso que os enfermeiros sejam capacitados, tenham conhecimentos variados e utilizem os equipamentos necessários, sempre visando o alcance do sucesso no atendimento do paciente (ALMEIDA et al, 2010).

O êxito da RCP é consequência da observância dos elos da chamada corrente da sobrevivência: o acionamento rápido do serviço de emergência, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), a desfibrilação rápida e o Suporte Avançado de Vida (SAV) e cuidados Pós-PCR, todos feitos de forma precoce (HENARES et al, 2013). Como uma situação de agravo extremo a PCR exige uma resposta imediata e eficiente por parte dos profissionais de saúde (SAYRE et al, 2010).

Cada minuto de atraso na assistência pode além de diminuir o tempo de sobrevida, aumentar as chances de sequelas irreversíveis. Mesmo que a grande maioria dos pacientes acometidos por uma PCR não consiga chegar ao hospital com vida, os que conseguem necessitam de um atendimento rápido, efetivo e eficiente. E isso é algo imprescindível para a manutenção da sua vida, que nem sempre acontece, devido a vários fatores, sejam eles humanos ou estruturais (AHA, 2010).

A American Heart Association preconiza que um dos integrantes da equipe de reanimação seja o líder, objetivando o melhor desempenho e organização durante a assistência. O profissional que assume tal posição geralmente é o médico, pois também assume papel legal sob o aspecto do tratamento aplicada. No entanto, faz-se necessário que também o enfermeiro atue como líder, para administrar a dinâmica da equipe conforme a terapêutica adotada. Fator que implica também o seu treinamento em igual intensidade aos dispensados ao corpo médico. Pois, em geral, os profissionais da equipe de enfermagem são os primeiros a presenciarem uma vítima em PCR no hospital. São eles que acionam mais frequentemente a equipe de atendimento.

Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuírem de forma mais efetiva nas manobras de

RCP. Assim, uma equipe multiprofissional proporciona a vítima de PCR, uma qualidade de assistência da qual o enfermeiro é imprescindível (AHA, 2010).

As diretrizes de RCP geralmente são revistas a cada cinco anos após reunião de diversos especialistas de todo o mundo (LANE, 2007). Entre os anos 2000 e 2010, a forma de intervenção na PCR se orientava a partir da sequência vias aéreas, respiração e circulação (ABC). Porém, após a última revisão, atualmente em vigência, essa ordem é invertida, passando-se a adotar a ordem circulação, vias aéreas e respiração (C-A-B) (TRAVERS et al, 2010).

Em suma, no contexto do SBV e tomando como referencial o CAB, ao constatar a inconsciência do paciente, o profissional de saúde deve avaliar a respiração e, estando ausente, ele deve checar pulso central por um período máximo de dez segundos. Mediante sinais de ausência de circulação a RCP deve ser imediatamente iniciada, a começar pelas compressões torácicas. A RCP, para o paciente adulto, é constituída por dois minutos, ou cinco ciclos ininterruptos de alternância entre trinta compressões torácicas e duas ventilações e somente ao final realizar novamente a checagem de pulso (BERG, 2010).

Além da realização desses procedimentos e para resguardar a alta qualidade, os socorristas são orientados a observar o mínimo de 100 compressões por minuto; rebaixar o tórax em no mínimo cinco centímetros em adultos; permitir o retorno do tórax após cada compressão; minimizar as interrupções das compressões torácicas e evitar o excesso de ventilação (FIELD et al, 2010).

Corroborando essa perspectiva, a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem atribui e assegura ao enfermeiro os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Somado a isso, cabe-lhe o gerenciamento de recursos, material e humano, além da articulação entre a equipe de resposta (SANTOS; LIMA, 2011).

Para Mccarthy et al (2013), o enfermeiro que lida com emergências deve possuir um misto de conhecimentos e habilidades, além da capacidade de se adaptar ao imprevisível. E conforme descrito no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, é responsabilidade e dever da equipe de enfermagem “aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão” (COFEN, 2009).

Os cursos de SBV e SAV são oferecidos regularmente no Brasil, hoje, sob a permissão e supervisão da American Heart Association. Eles propiciam conhecimento com tecnologia adequada e certificação da atuação dos profissionais. Fornecem a padronização das condutas na reanimação cardiopulmonar, favorecendo assim, na adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia (BELLAN, ARAÚJO & ARAÚJO, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa com caráter descritivo e exploratório.

Um estudo de natureza qualitativa, pois aborda o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2010).

De acordo com Gil (2009), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa deu-se na base do serviço de atendimento móvel de urgência da cidade de Mossoró-RN, Rua Seis de janeiro, 509, Santo Antônio. Esse município, por sua vez, apresenta uma população estimada em 284, 288 mil habitantes. Possui uma área de 2.099,33 Km² e esta localizada à 285 Km de Natal, capital do Rio Grande do Norte (IBGE, 2015).

Foi implantando em 2005, atendendo a população em diversas circunstâncias, com profissionais treinados diante do padrão.

4.3 População e amostra

A ideia da amostra inicialmente era composta por 23 técnicos e 10 enfermeiros, seriam entrevistados todos os profissionais, porém alguns, mesmo apresentando, critérios de inclusão não quiseram contribuir com a pesquisa, não mostrando nenhum interesse em participar. O SAMU conta com 9 enfermeiros e 14 técnicos de enfermagem atuante no APH. A população da pesquisa foi composta por 05 Enfermeiros e 07 Técnicos de Enfermagem do SAMU. A amostra foi estimada nos dados coletados, baseado neste dado a amostra será de todos os enfermeiros e todos os técnicos de enfermagem durante um semestre, sendo por esta conveniência e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

Segundo Gil (2009), população pode ser definida como um conjunto de elementos que possuam características determinadas ou distintas. Já padrão é considerado um subconjunto de uma população ou do universo, em que estabelecem suas características.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de Enfermagem atuantes no SAMU que possuam atuação de pelo menos 1 ano no serviço, e que aceitem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O critério de exclusão foram: profissionais de enfermagem que não atuem diretamente na assistência, nesse grupo se inclui Enfermeiros que atuam no serviço em cargos como, os de coordenação, setor de esterilização, regulação e núcleo de educação permanente.

4.4 Instrumento de coleta

Para atingir os objetivos da investigação, foi utilizado como instrumento um questionário estruturado visando coletar informações relacionadas à temática em questão, apresentando 3 perguntas abertas de respostas subjetivas, aonde o participante respondia de forma manuscrita, conforme o seu grau de conhecimento acerca da temática. O referido questionário esta anexado no apêndice B.

Tecnicamente, questionário é uma técnica de investigação composta por um número grande ou pequeno de questões apresentadas por escrito que tem por objetivo propiciarem determinado conhecimento ao pesquisador. Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas irão proporcionar dados ao pesquisador para descrever as características da população pesquisada (GIL, 2009).

4.5 Procedimento da coleta

O questionário foi aplicado levando em conta a disponibilidade dos participantes, nos turnos manhã, tarde ou noite, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE João Pessoa-PB.

Após aceitarem participar da pesquisa, foram convidados a ler e assinar o TCLE em duas vias, uma via ficou com o pesquisador e a outra com o pesquisado. Mediante o aceite e a assinatura do TCLE, receberam um questionário estruturado em que puderam ficar para responder no momento mais acessível para cada pesquisado, após respondido, devolveram ao pesquisador o questionário.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo, por meio de tabelas, gráficos e quadros descritivos, apresentando percentual e frequência de acordo com as variáveis das informações coletados, que foi usado para evidenciar o conhecimento dos profissionais a cerca do protocolo de RCP em relação ao que é preconizado atualmente pela AHA 2015.

Segundo LEFEVRE (2009) a técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil, onde foi submetida à análise e aprovação sobre o numero 58850916.4.0000.5179. Para construção e elaboração da pesquisa, foram observadas as informações dispostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/12, em que garante ser de respeito do participante os direitos e deveres relacionados ao anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais.

Como forma de assegurar o anonimato dos entrevistados e tornar mínimos os riscos existentes na pesquisa, riscos estes que estão relacionados ao desconforto por parte dos participantes durante a coleta de dados, além de medo e constrangimento, todos os passos da pesquisa foram explicados e bem esclarecidos, tornando segura a privacidade, sigilo e confiança por parte dos participantes e pesquisador. Dando sempre ênfase que sua participação na pesquisa, proporcionaria conhecimento científico para a enfermagem, e conseqüentemente esta classe poderá fornecer uma assistência de maior qualidade e de eficácia significativa para minimização ou até mesmo resolução do problema a ser abordado.

A pesquisa ainda levou em conta as considerações da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, dando ênfase ao capítulo III da mesma resolução. (COFEN, 2007).

4.8 Financiamento

Todas as despesas relacionadas à realização da pesquisa e que viabilizaram a sua construção, foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se na disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como, o orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Todas as informações obtidas durante a coleta de dados serão apresentadas, em uma etapa, qualitativamente, que representa a parte mais significativa das respostas dos profissionais entrevistados, ou seja, o discurso do sujeito coletivo (DSC) e suas ideias centrais que serão dispostas em forma de quadros e gráficos. Por razões éticas, os participantes da pesquisa foram identificados por E01 à E05 e T01 à T07, aonde os enfermeiros estão identificados com E01 à E05 e os técnicos de enfermagem T01 à T07, assegurando seu anonimato.

Segundo Lefevre (2009) a técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

5.1 Análise dos resultados referente à caracterização pessoal e profissional

Neste tópico, será apresentada a caracterização dos profissionais de enfermagem, em que foi aplicado aos participantes um questionário estruturado, contendo perguntas abertas (APÊNDICE B). Descrevemos inicialmente o perfil profissional da equipe do APH móvel que participou desta pesquisa, de forma a atender ao primeiro objetivo específico deste estudo. A seguir, abordamos a vivência desta equipe no suporte de vida no APH móvel e na assistência a população em situação de PCR. Foram entrevistados 12 profissionais, sendo cinco enfermeiros e sete técnicos de enfermagem. As características sociodemográficas correspondem à idade, sexo, estado civil, tempo de formação profissional, tempo de atuação na unidade e especialização. De acordo com a tabela 1:

Tabela 1- Caracterização do perfil sociodemográfico dos profissionais do SAMU de Mossoró/RN

Idade Anos	Sexo	Estado Civil	Tempo de Formação	Tempo de Atuação na Unidade	Especialização
39	M	Casado	6 a 10 anos	2 a 3 anos	Suporte básico de vida
33	F	Outra condição	Não informado	Não informado	Não informado
47	F	Outra condição	Não informado	+ 10 anos	Não informado
46	F	Casada	Não informado	Não informado	Não informado
46	F	Casada	22 anos	+ 10 anos	Radiologia
30	F	Solteira	4 a 5 anos	2 a 3 anos	Não informado
38	F	Solteira	+ 10 anos	4 a 5 anos	Perícia criminal
35	M	Solteiro	+ 10 anos	6 a 10 anos	Urgência/ Emergência
48	F	Casado	Não informado	Não informado	Não Informado
31	M	Outra condição	Não informado	Não informado	Não Informado
49	F	Solteira	Não informado	Não informado	Não Informado
48	F	Casada	+ 3 anos	4 a 5 anos	Urgência/Emergência

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

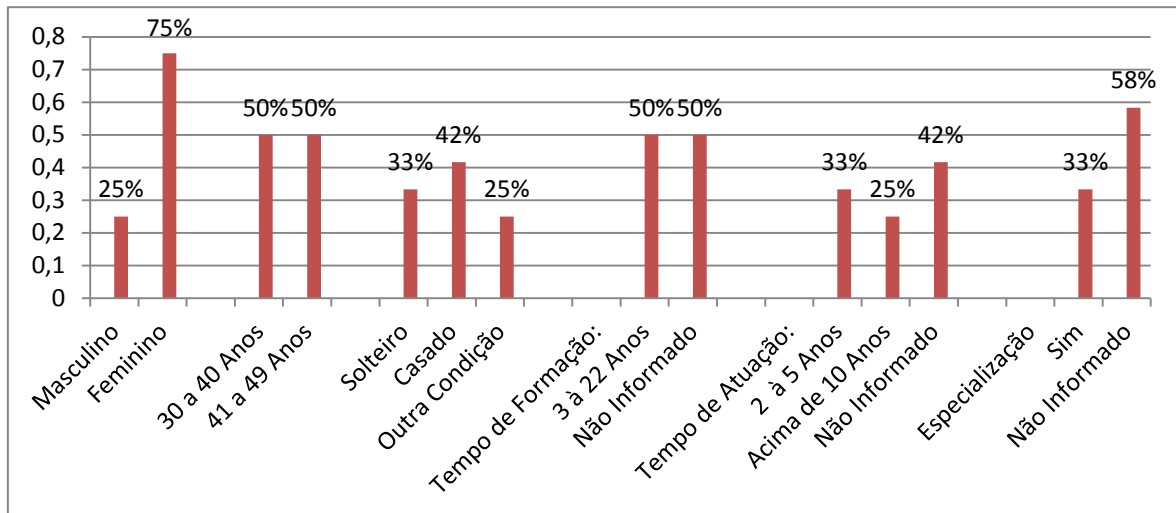


GRÁFICO 1: Dados relacionados a caracterização pessoal dos participantes da pesquisa

Fonte: Pesquisa de campo (2016).

Percebe-se que a população entrevistada é considerada de idade diversificada, visto que a faixa etária é de 30 a 49 anos. Para Neri (2005), “a idade social diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade”.

Na caracterização quanto ao gênero, as mulheres são maioria entre profissionais de enfermagem, apresentando 75%, totalizando 9 profissionais do sexo feminino.

A predominância feminina na enfermagem tem sido evidenciada por muitos estudiosos que observaram que as atividades de cuidar frequentemente têm sido exercidas por mulheres desde os seus primórdios, além do histórico cultural em quem a assistência e a higienização dos doentes eram consideradas obrigações femininas (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria dos profissionais 42% são casados (5 profissionais), acredita-se que além do trabalho, precisam dedicar-se a sua família.

Segundo Santana (2006) a esfera privada de trabalho, que em grande maioria é exercido por mulheres, é caracterizada como trabalho não produtivo, ou seja, não criador de valor. Assim, esse trabalho se torna “desconhecido” frente à sociedade e frente aos companheiros dessas mulheres que não reconhecem o trabalho doméstico. Então, na condição de sujeitas de ações “invisíveis”, ou por objetivarem trabalho remunerado no sentido de aumentar a renda familiar, essas mulheres se deslocam da esfera privada para a esfera pública

de trabalho. No entanto, esse deslocamento não significa que a mulher exercerá uma esfera em detrimento da outra. O que está posto aqui é que a mulher passará a exercer uma dupla jornada de trabalho – mesmo trabalhando na esfera pública é subjugada a trabalhar na esfera privada.

Na caracterização relacionada ao tempo de formação dos participantes, 50% dos profissionais têm de 3 a 22 anos de formação (6 Profissionais) e 50% não foi informado (6). Percebe-se que a variação do tempo de formação dos profissionais é de 3 a 22 anos, o que pode considerar que a maioria é experiente, e têm como vantagem um conhecimento prático.

Quanto ao tempo de desempenho dos profissionais, 33% os participantes têm de 2 à 5 anos de atuação (4), 25% têm acima de 10 anos (3 profissionais) e 42% não foi informado (5). Percebe-se que o tempo de atuação dos profissionais é considerado recente, fazendo com que o atendimento seja o melhor possível, pois muito dos entrevistados não tem vício repetitivo da assistência prestada.

Na caracterização relacionada à especialização 33% tem alguma (4 profissionais) e 58% não foi informado (7). Acredita-se que os 58% não informado apresente alguma especialização, independente da sua área. Os profissionais estão buscando se especializar cada dia mais, fazendo com que seu conhecimento seja elevado, buscando com que sua assistência seja a melhor possível.

5.2 Análise dos resultados da etapa qualitativa com o emprego da técnica do discurso do sujeito coletivo

Neste item, os resultados foram analisados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) a partir dos questionamentos realizados aos profissionais pesquisados (APÊNDICE B). Os resultados estão expostos em forma de quadros com ideias centrais, expressões-chave e DSC, devidamente fundamentados à luz da literatura sobre o assunto.

QUADRO 1: Ideia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta de como se da a conduta frente a uma PCR em pacientes adultos e adolescentes. Mossoró/RN.

Ideia central I	Expressões - chave
	30 compressões para 2 ventilações, em ciclos, com dois ou mais socorristas. Com apenas 1 socorrista apenas compressões. E02 Observar nível de consciência, presença de

<p>Conhecimento técnico relação compressão/ventilação adulto</p>	<p>pulso. Iniciar manobra de RCP. Deitar o paciente no chão (decúbito dorsal), mão entre o osso externo (entre os mamilos), realizar 30 compressões e 02 ventilações utilizando ambu. E04</p> <p>Inicia-se as compressões, ligando pedindo apoio do suporte avançado. São 30 compressões para 02 ventilações. T05</p> <p>Manter a calma e em seguida manter a segurança da equipe, depois começar os primeiros atendimentos, mantendo a sequencia dos ciclos 30 compressões para 02 ventilações. T07</p>
<p>Ideia central II</p>	<p>Expressões - chave</p>
<p>Frequência/ profundidade das compressões</p>	<p>100 a 120 min/ 5 cm ou 2 polegadas de profundidade. E01</p> <p>Frequência de 100 por minuto/ Profundidade 5 cm. E05</p> <p>100 a 120 massagens por minutos, 2,0 polegadas (5 cm) até 2,4 (6 cm) do paciente adulto. T06</p> <p>frequência de 100 a 120 por minuto. T02</p>

FONTE: Pesquisa de campo (2016).

DSC “Observar o nível de consciência, presença de pulso. Iniciar manobra de RCP. Deitar o paciente no chão”. O questionário já traz o paciente em PCR, de forma que não haveria possibilidade do profissional verificar o nível de consciência, primeiro teria que ser feito às compressões e no final do ciclo observar se o paciente tem pulso, caso o paciente volte observar o nível de consciência.

“Inicia-se as compressões, ligando pedindo apoio do suporte avançado”. De acordo com a cadeia de sobrevivência da AHA (2015), primeiro pede apoio e em seguida começa as compressões.

De acordo com AHA (2015) o procedimento correto a ser feito frente a uma RCP em adultos e adolescentes é: relação compressão- ventilação sem via aérea avançada em pacientes adultos 1 ou 2 socorristas 30 compressões para 2 ventilações, já com via aérea avançada compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120 por minutos, administrando 1

ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto). Tendo como frequência de compressão 100 a 120 por minutos, contendo como profundidade no mínimo 2 polegadas (5 cm), não excedendo 2,4 polegadas (6 cm).

QUADRO 2: Ideia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta de como se da a conduta frente a uma PCR em pacientes crianças (1 ano de idade à puberdade). Mossoró/RN.

Ideia central I	Expressões - chave
Conhecimento técnico relação compressão/ventilação crianças	<p>30 compressões e 2 ventilações 1 socorrista; 2 ou mais socorrista 15 compressões e 2 ventilação. E01</p> <p>30 compressões para 02 ventilações com ambu. E05</p> <p>30 compressões para 02 ventilações, Utiliza a técnica 2 mãos ou 1 sobre a metade inferior do esterno. T03</p> <p>30 compressões para 02 ventilações. T04</p>
Ideia central II	Expressões - chave
Frequência/ profundidade das compressões	<p>Frequência de 100 por minuto/ Profundidade 5 cm. E03</p> <p>Compressões contínuas, de 100 a 120 por minuto/ Profundidade 2 a 3 cm.</p> <p>Profundidade de 05 cm. T04</p>

FONTE: Pesquisa de campo (2016).

O mesmo autor preconiza que em crianças (1 ano de idade à puberdade) o manejo correto da RCP em relação compressão- ventilação sem via aérea avançada com 1 socorrista é 30 compressões para 2 ventilações , com 2 ou mais socorristas são realizadas 15 compressões para 2 ventilações. Já com via aérea avançada compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120 por minutos, administrando 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto). A frequência da compressão é de 100 a 120 por minuto, a profundidade com cerca de 2 polegadas (5 cm) (AHA, 20150).

QUADRO 3: Ideia Central e Discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta de como se da a conduta frente a uma PCR em bebês (menos de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos). Mossoró/RN.

Ideia central I	Expressões - chave
Conhecimento técnico relação compressão/ventilação bebês	<p>1 socorrista: 30 compressões para 02 ventilações. 2 socorrista: 15 compressões para 02 ventilações. E04</p> <p>30 compressões para 2 ventilações com 1 socorrista. 15 compressões para 2 ventilações com 2 ou mais socorrista. E01</p> <p>Manter o processo de massagem 30 compressões para 02 ventilações. T07</p>
Ideia central I	Expressões - chave
Frequência/ profundidade das compressões	<p>Frequência de 100 a 120 por minutos. Profundidade de 1 a 2 cm. E05</p> <p>Frequência de 100 a 120 por minuto. Profundidade de 1 e ½ polegadas ou 4 cm. E01</p>

FONTE: Pesquisa de campo (2016).

Relação compressão- ventilação sem via aérea avançada em bebês (menos de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos) é realizada 30 compressões para 2 ventilações com 1 socorrista, com 2 ou mais socorristas 15 compressões para 02 ventilações, já com via aérea avançada compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120 por minutos, administrando 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto). Frequência de 100 a 120 por minuto, profundidade da compressão cerca de 1 ½ polegada (4 cm) (AHA, 2015).

Os quadros 1; 2 e 3, tem a mesma ideia central o que diferencia é apenas a faixa etária. Os quadros acima trazem o questionamento de como é realizada a assistência de enfermagem a paciente em situação de PCR, formando 3 quadros fazendo com resulte em 2 ideias centrais: “Conhecimento técnico relação compressão/ventilação” e “Frequência/ profundidade das compressões”.

O quadro a seguir é um resumo retirado do protocolo da AHA 2015, a análise das respostas se dará a partir dele, bem como as perguntas do questionário (APÊNDICE B) foram elaboradas, a partir dele.

Componente	Adultos e adolescentes	Crianças (1 ano de idade à puberdade)	Bebês (menos de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos)
Segurança do local	Verifique se o local é seguro para os socorristas e a vítima		
Reconhecimento de PCR	Verifique se a vítima responde Ausência de respiração ou apenas gasping (ou seja, sem respiração normal) Nenhum pulso definido sentido em 10 segundos (A verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, em menos de 10 segundos)		
Acionamento do serviço médico de emergência	Se estiver sozinho, sem acesso a um telefone celular, deixe a vítima e acione o serviço de médico de emergência e obtenha um DEA, antes de iniciar a RCP. Do contrário, peça que alguém acione o serviço e inicie a RCP imediatamente; use o DEA assim que ele estiver disponível	Colapso presenciado Siga as etapas utilizadas em adultos e adolescentes, mostradas à esquerda Colapso não presenciado Execute 2 minutos de RCP Deixe a vítima para acionar o serviço médico de emergência e buscar o DEA Retorne à criança ou ao bebê e reinicie a RCP; use o DEA assim que ele estiver disponível	
Relação compressão-ventilação sem via aérea avançada	1 ou 2 socorristas 30:2	1 socorrista 30:2 2 ou mais socorristas 15:2	
Relação compressão-ventilação com via aérea avançada	Compressões contínuas a uma frequência de 100 a 120/min Administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações/min)		
Frequência de compressão	100 a 120/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)*	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Cerca de 2 polegadas (5 cm)	Pelo menos um terço do diâmetro AP do tórax Cerca de 1½ polegada (4 cm)
Posicionamento das mãos	2 mãos sobre a metade inferior do esterno	2 mãos ou 1 mão (opcional para crianças muito pequenas) sobre a metade inferior do esterno	1 socorrista 2 dedos no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar 2 ou mais socorristas Técnica dos dois polegares no centro do tórax, logo abaixo da linha mamilar
Retorno do tórax	Espere o retorno total do tórax após cada compressão; não se apoie sobre o tórax após cada compressão		
Minimizar interrupções	Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos		

Fonte: AHA 2015

As respostas dos profissionais de enfermagem diferem do conhecimento teórico, alguns deixaram questões presentes na pesquisa em branco, além de apresentarem ineficiência, não foi respondido como esperado, alguns deixaram de responder ou simplesmente responderam pela metade, deixando a entender que não segue o protocolo a risca.

Diante uma pessoa em PCR, os profissionais de saúde devem iniciar imediatamente as manobra de reanimação cardiopulmonar, tal desenvolvimento tem por finalidade manter a circulação de sangue para os órgãos vitais até que sejam restabelecidas as funções do coração. Com isso foi reestruturada uma cadeia de sobrevivência da AHA, que segue a baixo:



Fonte: AHA 2015

Esta associação ainda refere que RCP tem como meta, além da preservação da vida, o alívio do sofrimento, a restauração da saúde e a limitação das incapacidades. Sendo assim, quando o início das manobras de reanimação for realizado tardiamente é possível restabelecer as funções vitais por algum tempo, mas a lesão cerebral grave e irreversível que se instala em decorrência da demora do atendimento, estará determinando a futura qualidade de vida do indivíduo (JACOBINO, AMESTOY, THOFEHR, 2007).

Com relação ao conhecimento sobre a sequência correta da RCP, no que diz respeito ao número de compressões e ventilações, também as maiores partes dos entrevistados tiveram êxito nesta resposta. Mas ainda sim alguns dos profissionais apresentaram confusão quanto ao número de compressões.

Os profissionais que atuam no serviço de emergência devem ser especializados, organizados e ter alto poder de liderança para que possam atuar com a equipe. É necessário, portanto, que se desenvolvam ao longo da formação, na graduação, profissionais competentes, com conhecimento na área, com habilidade motora e atitude para julgamento e tomadas de decisões rápidas.

Fazendo com que seja prestada uma assistência de qualidade, e dessa forma as compressões sejam realizadas o mais correto possível.

São iniciadas as compressões torácicas com uma frequência mínima de 100 batimentos por minuto, ou seja, o tórax deve ser comprimido de modo rápido e forte e o retorno do tórax entre uma compressão e outra deve ser completo para que a manobra seja eficaz. Estudos demonstram que atrasos e interrupções nas compressões reduzem a

sobrevivência da vítima. A correta aplicação da massagem cardíaca exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas, também, em minimizar interrupções entre uma manobra e outra na RCP. (AHA, 2015).

Em meio a essa proposta muito se construiu ao longo dessas décadas, com elos fundamentais na produção científica, com pesquisas buscando as melhores evidências para tratar a vítima em PCR, no desenvolvimento de manequins e simuladores para treinamento de profissionais da saúde e leigos em RCP, junto aos programas de treinamento e, nas inovações tecnológicas de equipamentos para desfibrilação cardíaca.

Há uma preocupação dos profissionais em se aperfeiçoar, seja fazendo curso ou pós graduações e participação de congressos, pois o mercado de trabalho é muito exigente na excelência profissional, como também, ele procura meios para deixar sua assistência ainda mais eficaz. É importante os profissionais procurar estudar sobre RCP, uma vez que a instituição de trabalho ofereça educação permanente sobre o tema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo trabalho científico tem suas limitações e esse não é exceção. A coleta de dados do presente estudo teve alguns obstáculos, com a dificuldade de acesso aos profissionais, pois muitos se recusaram em participar da pesquisa, e alguns não responderam adequadamente o questionário. E teve como facilitador os estudos publicado referente ao tema, pois se trata de uma temática nova que vem sendo discutida no ultimo ano, e que infelizmente ainda é desconhecida por muitos profissionais.

Os resultados da pesquisa permitiram alcançar os seus objetivos, foi possível analisar a atualização dos profissionais em questão, como também conhecer o serviço que é espetacular, feito com amor e o máximo da assistência que eles podem prestar.

Um das principais causas de agravo e morte da população mundial são as doenças cardiovasculares podendo levar a ocorrência de parada cardiorrespiratória. Na situação de parada cardíaca, a ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade é fundamental para o êxito do retorno da circulação espontânea. Durante a ressuscitação, a compressão torácica frequente e a profundidade adequada, permitindo o retorno completo do tórax após cada compressão, minimizando as interrupções e evitando a ventilação excessiva, deve ser os objetivos a ser alcançados.

A qualidade da RCP deve ser continuamente monitorada, a fim de aperfeiçoar os esforços de ressuscitação e reconhecimento precoce do retorno da circulação espontânea. Espera-se que a atualização quanto às novas diretrizes de RCP melhore a qualidade da reanimação e da sobrevivência de pacientes em parada cardíaca.

Ao relacionarmos a educação continuada e permanente com a profissão de enfermagem, compreendemos que as ações de enfermagem, estão inseridas em ações educativas. Assim, entendemos que, a partir de um processo educacional que aborde os temas demandados por ambas as fontes geradoras, trabalhadores e gestores/instituição, é possível constituir formas de organização diferenciadas o que possibilita a qualificação da equipe para o atendimento de forma eficiente e eficaz nos casos de PCR.

O atendimento à PCR é justamente isso: salvar vidas, por mais que saibamos que nem todas elas poderão ser salvas. Por mais que os profissionais de saúde sejam treinados e re-treinados no atendimento de emergência, ainda existe uma lacuna, da qual fazem parte as pessoas da rua, dos supermercados, dos campos de futebol, da nossa casa. Pensar em parada cardíaca significa não somente pensar em treinamento e capacitação de profissionais de saúde

(enfermeiros, técnicos), mas significa pensar em auxílio às vítimas que apresentam uma PCR no ambiente extra-hospitalar.

Uma boa equipe de reanimação é comparada à uma excelente orquestra sinfônica. O líder da equipe é identificado por vastas habilidades de organização e desempenho; os membros da equipe são identificados por habilidades de desempenho específicas. Como numa orquestra, todos executam a mesma peça, refinados pela prática e experiência, com atenção tanto aos detalhes como ao resultado. Não há desculpa para uma cena de atendimento desorganizado e frenético (AHA, 1992).

O atendimento em PCR é apaixonante, e, ainda hoje, algumas pessoas não compreenderam o sentido real de sentir que um evento tão grave, súbito e inesperado como a parada cardíaca pode trazer paixão a um profissional de saúde. O cuidado de enfermagem ao paciente/ cliente em PCR engloba muito mais do que uma coleção de habilidades cognitivas e psicomotoras, representando uma forma de pensar. Pensar numa abordagem sistemática de atendimento a pessoas e famílias sofrendo, em risco de morte ou de perda de um ente querido.

Pude repensar, durante esta caminhada, nos possíveis benefícios que o estabelecimento dessas exigências pode proporcionar, tanto para o paciente/cliente quanto para a própria equipe de enfermagem.

A partir dos resultados encontrados nessa investigação, a intenção é buscar, cada vez mais, o aprendizado relacionado à sistematização do atendimento à PCR, não esquecendo a importância das habilidades técnicas durante as manobras de RCP. E a cada dia, repensar em estratégias para a capacitação e treinamento continuado dos profissionais de saúde, o que poderá melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente em PCR, garantindo, cada vez mais, a sua segurança.

E lidar com a morte nos faz pensar em melhorar. Em repensar o modo de agir, em diminuir as perdas, em salvar vidas. Temos consciência que as considerações finais, não são necessariamente conclusivas, porém, incitam e abrem espaço para novos estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. O. et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 abr. 2016.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Guidelines for cardiopulmonar ressuscitation and Emergency cardiac care. **JAMA**, v.68, n.16,p.2172-2298, 1992.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**.2010.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION-AHA. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**.2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>.
- BELLAN, M. C.; ARAUJO, I. I. M.; ARAUJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 6, dez. 2010 .Disponível em:. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023&lng=pt&nrm=iso> . Acesso em 25 abril. 2016.
- BERG, R.A. et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.685-705, 2010.
- BÍBLIA. N. T. LUCAS. In: BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Trad. José de Almeida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil; 1969.p. 139.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **A implementação de diretrizes clínicas na atenção à saúde: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil**. Brasília, DF, OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil**. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil**. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina. Rio de Janeiro: ANS, 2009b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 354, de 10 de março de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde , 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 342, de 04 de março de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde , 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 1.010, de 21 de maio de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.026, de 24 de agosto de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n° 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução- RDC n° 36, de 25 de julho de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Portaria n° 2.048/GM de 05 de novembro de 2002**.

BRASÍLIA, p. 32-54, Nov 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: **uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

BRASIL. Presidência da Republica. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N° 5.055, de 27 de Abril de 2004**. Brasília, 2004a.

Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução 311 em 12 de maio de 2009.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>. Acesso em 16 mar.2016.

FIELD, J.M. et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 118, n. 18, p. 676-684, 2010.

FRANÇA, F.M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográfico em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. V. 25, n. 5, p. 743-8, 2012.

FRANÇA, S. P. S.; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa . **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 07, n. 04, p.1225-1233, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

- GONZALEZ, M.M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 105-113, fev. 2013.
- GUIMARÃES, H.P. et al. A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, p. 238-244, 2009.
- HENARES, B.B. et al. Suporte Básico de Vida – Novas Diretrizes AHA/ILCOR 2010. In: **Síndromes Coronarianas Agudas e Emergências Cardiovasculares**. São Paulo, 2013. p. 349-359.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Rio Grande do Norte. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rn#>. Acesso em: 31 de Out de 2016.
- JACOBINO CB, AMESTOY SC, THOFEHRN MB. Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, 12(4): 466- 471, 2007.
- LANE, J.C. Novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005 - 2006). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.89, n.2, p.17-18, 2007.
- LEFEVRE F, Lefevre AMC e Marques MCC. Discurso do Sujeito Coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2009; 14(4):1193-1204.
- LINK, MS. et al. Part 6: Electrical Therapies: Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion, and Pacing • 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.706-719, 2010.
- LUZIA, M. F.; LUCENA, A. F. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, Jun. 2009. Disponível em: . Acesso em 23 abril 2016.
- MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n.3, p. 519-529, 2011.
- MCCARTHY, G. et al. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. **International Emergency Nursing**, v.21, p. 51-27, 2013.
- MEANEY, P.A. et al. Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital: A Consensus Statement From the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 128, p. 417- 435, jun. 2013.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, Método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

National Association of Emergency Medical Technicians-PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

NERI, A. L. (2005). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação do Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, v. 22,n.1, 2012.

OLIVEIRA, R.S. **Um estudo sobre o risco ocupacional em atendimento pré hospitalar**. 2012. 31 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Instituição de Tecnologia Especializada ITESA, Faculdade Redentor. São Paulo, 2012.

PATRÍCIO Z. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: **repensando o cuidado/protocolo do cuidado (holístico)**. Texto & Contexto Enfermagem 1993 jan/jun; 2 (1): 67-81.

PAZIN-FILHO, A. et al. Parada Cardiorrespiratória – PCR. Simpósio: **Urgências e Emergências Cardiológicas**. Capítulo III. Medicina, Ribeirão Preto, 36:163-178 abr./dez. 2003.

PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**: básico e avançado. 5 ed. Comitê do PHTLS da national Association of emergency Medical Thecnicians em colaboração com o colégio americano de cirurgiões. Traduzido por: Renato Sérgio poggetti, et al). Rio de Janeiro: Elsvier, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, R. R.; SILVA, F. J. **A assistência de Enfermagem em situação de urgência a vítima de parada cardiorrespiratória**. Rio de Janeiro 2012.

SANTANA, Mônica Cristina Silva. Muito Trabalho, Pouco Poder: Participação Feminina Mitigada Nos Assentamentos Rurais do Estado de Sergipe. In: GROSSI, Miriam Pilar. ; SCHWADE, Elisete. (Org.) **Política e Cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade**. Blumenau: Nova Letra. p. 47 – 68, 2006.

SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S. Gerenciamento do Cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.4, p.695-702, 2011.

SAYRE, MR. et al. Part 2: Evidence Evaluation and Management of Potential or Perceived Conflicts of Interest: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 122, p. 657-667, 2010.

SILVA, E.A.C.; TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, J.T.; BRASIL, V.V. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletrônica de Enferm.** 2010;12(3):571-7.

TRIVERS, AH.et al. Part 4: CPR Overview: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.676-684, 2010.

VALERA, R. B. Ao politraumatizado. In: VIANA, R. A. P. P. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Gildemberton Rodrigues, pesquisador responsável e professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN, e o aluno Bruno Clélio de Souza estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR DE ACORDO COM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015”**. Tem-se como objetivo geral: Avaliar assistência de enfermagem às vítimas de parada cardiorrespiratória no ambiente pré-hospitalar de acordo com protocolo assistencial da American Heart Association 2015. E como objetivos específicos: Caracterizar a situação profissional dos entrevistados; Verificar conhecimentos dos profissionais entrevistados acerca do protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar; Identificar a conduta de enfermagem na Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação cardiorrespiratória em crianças, adultos e idosos. Justifica-se que essa pesquisa deu-se a partir da experiência e/ou a partir da vivência teórico-prática, que surgiu a necessidade de aprofundarmos o conhecimento sobre as condutas do enfermeiro (a) ao atendimento pré-hospitalar frente a uma parada cardiorrespiratória de acordo com o protocolo assistencial, bem como, pela relevância social, científica e profissional da prática de enfermagem e por entendermos a importância para a prática profissional do enfermeiro. Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas a respeito do conhecimento das Atuações do Enfermeiro no atendimento pré-hospitalar frente à parada cardiorrespiratória de acordo com o protocolo assistencial. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do (a) senhor(a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) para o (a) participante de constrangimento que possa ser gerado diante dos questionamentos, no entanto, os mesmos serão minimizados através da utilização de um instrumento que não proporcione conotações negativas de caráter pessoal ou profissional, bem como a realização da coleta de dados em um local reservado que proporcione total privacidade. Em relação aos benefícios espera-se que com esta pesquisa os profissionais

reflitam sobre a importância da Assistência do Enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória de acordo com protocolo assistencial.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. O (A) pesquisador (a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo (a) pesquisador (a) responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (a) pesquisador (a) responsável.

Mossoró-RN, ____ de _____ de 2016.

Responsável da Pesquisa

Participante da Pesquisa

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701- Bairro Alto de São Manoel- Mossoró- RN – Brasil CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: gildemberton@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – Questionário

FORMULÁRIO DE PESQUISA – n° _____

Data: ____/____/2016

Parte I: Dados de Identificação:

1. Nome _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: ()F ()M
4. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Outra condição
5. Tempo de formação: () menos de um ano () entre um e dois anos () entre dois e três anos
() entre quatro e cinco anos () entre seis e dez anos () acima de dez anos
6. Tempo de atuação na área de enfermagem: () menos de um ano () entre um e dois anos ()
entre dois e três anos () entre quatro e cinco anos () entre seis e dez anos () acima de dez
anos.
7. Tempo de atuação na Unidade: () menos de um ano () entre um e dois anos () entre dois e
três anos () entre quatro e cinco anos () entre seis e dez anos () acima de dez anos
8. Especialização: () Sim () Não Se sim, em qual área: _____

**Parte II: sobre PCR-RCP Parada Cardiorrespiratória – Ressuscitação
cardiorrespiratória:**

1. Ao identificar o paciente em PCR como se dar sua conduta diante as seguintes
faixas etárias e grupos de pacientes:

A: Pacientes adultos e adolescentes;

B: Pacientes crianças (1 ano de idade à puberdade):

C: Pacientes bebês (menos de 1 ano de idade, excluindo recém-nascidos):



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com Base Na Resolução CNS 466/2012 Que Regulamenta A Ética Da Pesquisa Em Seres Humanos, O Comitê De Ética Em Pesquisa Das Faculdades Nova Esperança, Em sua 4º Reunião Ordinária Realizada Em 31 de agosto 2016. Após Análise do Parecer do Relator, Resolveu Considerar, **APROVADO**, O Projeto De Pesquisa Intitulado "**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR DE ACORDO COM PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015**", Protocolo CEP: 105/2016 e CAAE: 58850916.4.0000.5179. Pesquisador Responsável: **GILDEMBERTON RODRIGUES DE OLIVEIRA** e dos Pesquisadores Associados: **BRUNO CLELIO DE SOUZA, EVILAMILTON GOMES DE PAULA E THIAGO ENGGLE DE ARAÚJO ALVES.**

Esta Certidão Não Tem Validade Para Fins De Publicação Do Trabalho, Certidão Para Este Fim Será Emitida Após Apresentação Do Relatório Final De Conclusão Da Pesquisa, Com Previsão Em 30/12/2016, Nos Termos Das Atribuições Conferidas Ao CEP Pela Resolução Já Citada.