

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE

MICHERLÂNIA DE MEDEIROS VALE

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA  
MÉDICA E PRONTO SOCORRO FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA**

MOSSORÓ/RN

2016

MICHERLÂNIA DE MEDEIROS VALE

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA  
MÉDICA E PRONTO SOCORRO FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA**

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

ORIENTADOR: Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ/RN

2016

MICHERLÂNIA DE MEDEIROS VALE

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA  
MÉDICA E PRONTO SOCORRO FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA**

Monografia apresentada pela aluna Micherlânia de Medeiros Vale, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)  
ORIENTADOR

---

Prof. Esp. Carlos Augusto da Silva Almeida (FACENE/RN)  
MEMBRO

---

Prof. Me. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)  
MEMBRO

**Dedico esta monografia aos meus pais pelas batalhas enfrentadas para me fornecer condições de me tornar a profissional e mulher que hoje sou. Vocês foram os grandes incentivadores para que eu pudesse concluir essa etapa tão importante em minha vida, a vocês meu muito obrigada.**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por ter me dado forças, guiado, iluminado meu caminho e por ter me dado à chance de tornar possível a conclusão da minha graduação que em meio a tantas adversidades não me deixou desanimar.

O ano de 2015 para início de 2016 foi turbulento em vários sentidos, problemas que não me deixavam colocar a cabeça no lugar para poder se concentrar no meu projeto, pensei muitas vezes que não iria conseguir concluir, mas louvo a Deus, por Ele ter me dado forças para não desistir.

Aos meus pais, Moacir e Elândia, vocês são responsáveis por eu ter chegado até aqui e cada degrau avançado na minha vida. São exemplos de coragem e perseverança para eu nunca desistir diante os obstáculos. Obrigada por estarem ao meu lado durante a caminhada, me ajudando a construir os alicerces de um futuro que começa agora.

Meus avós, Roselita e Paulino, meu amor e agradecimento pela compreensão e por todo amor que me dedicam. Amo vocês!

Aos meus tios, Conceição e Edvaldo, por sempre estarem presentes em todas as etapas da minha vida e em especial, Edmar, que sem dúvida, foi de suma importância durante esses 4 anos de graduação. Tio, sem sua ajuda eu não estaria aqui hoje fazendo meus agradecimentos, nem tão pouco concluindo a graduação. Sempre foi aquele tio presente em todos os momentos e posso dizer que o que senhor fez por mim e Mislândia, só um pai faria, e isso eu nunca vou esquecer. Serei eternamente grata por tudo que fez. É melhor eu parar por aqui, pois as lágrimas já escorrem em meu rosto.

Aos meus professores, pelo aprendizado repassado, empenho, dedicação e por sempre nos oferecer o melhor. Cada um de forma especial contribuiu para a conclusão deste trabalho e, conseqüentemente para minha formação profissional. Vocês são os melhores!

Ao meu orientador Lucidio Clebeson, por ter aceito o convite e me transmitido tanta calma e segurança. Agradeço-te pela paciência que teve comigo, as inúmeras contribuições, conselhos, por me apoiar em momentos difíceis e que ao invés de me repreender, me passou tranquilidade falando que tudo ia da certo, e deu. Obrigada por acreditar na minha capacidade, conseguindo enxergar além dos meus limites. Sei que não foi fácil abdicar de muitas coisas para estar ao meu lado nessa árdua

tarifa. Você foi essencial para a construção desse projeto e só tenho que te agradecer por essa conquista e que Deus te abençoe hoje e sempre.

Agradeço a essa excepcional banca, digo sem sombra de dúvidas, que é a melhor. Obrigada por não se limitarem a participar da minha banca examinadora e pelas enormes contribuições na minha formação acadêmica. Vocês são profissionais que me inspiram e que irei sempre seguir como exemplo.

Carlos Augusto, obrigada de coração por se fazer presente no momento em que eu mais precisava de uma palavra amiga, nunca esquecerei as palavras ditas, elas me deram força para continuar e olhar adiante, eu sei que ganhei um amigo em que poderei sempre contar. Obrigada por desde sempre me incentivar, pelas críticas construtivas, contribuições e conselhos. Todo conhecimento repassado contribuiu em minha formação e na construção deste trabalho. Que Deus continue iluminando seus caminhos.

Thiago Enggle, professor e coordenador do curso de Enfermagem, ele é o cara rs. Thiago, você é uma pessoa admirável pela sua força de vontade. O curso de Enfermagem melhorou significativamente depois que você passou a ser nosso coordenador. Obrigada por acompanhar minha trajetória como acadêmica desde o início. Os valiosos ensinamentos, contribuições, críticas construtivas e amizade. Parabéns pelo excepcional profissional e humano que és, sempre disposto a ajudar o próximo. Mais uma fase de sua vida está para se concretizar através do seu esforço. Acredito sim e tenho certeza que o Senhor continuará te abençoando.

Vagner e Marília Nara, meus primos queridos, obrigada por tudo que fizeram e fazem por mim. Obrigada pela paciência, incentivo, dedicação e principalmente, por sempre acreditarem no meu potencial. Sei que esse sonho foi almejado por nós com a mesma intensidade.

Alúzio, obrigada pelas singelas palavras que me fizeram enxergar que posso ir além e por ter acreditado em minha capacidade. Esteve sempre presente, seja em momentos tristes ou alegres. Obrigada por ter suportado meus estresses que ultimamente estavam sendo contínuos, pela compreensão, paciência e ajuda. Enxugaste minhas lágrimas e me ajudou a levantar. Como é bom chegar nesta fase da minha vida, olhar para trás e ver você sempre presente e saber que esta vitória é tão minha quanto sua.

Ana Cláudia (Cláudia) obrigada por todos os ensinamentos transmitidos nesses últimos quatro meses de faculdade, foram quatro meses que valeram por

anos. Você é exemplo de responsabilidade e competência, e não tem como falar de você e não lembrar de Lidiane, técnica exemplar, não poderia deixar de agradecê-la, muito me ajudou com seus ensinamentos e experiência.

A equipe Estratégia Saúde da Família (ESF V) no município de Upanema/RN, obrigada por terem me recebido e os conhecimentos que foram repassados, esses quatro meses foram fundamentais para a minha formação.

Aos meus preceptores em campo de estágio, não direi o nome, pois são muitos, mas todos de uma maneira individual contribuíram para minha formação acadêmica e me ajudando a suportar dificuldades, medos, dúvidas e ensinaram-me a superá-las. Obrigada por me ajudarem a minha história enquanto enfermeiranda.

Agradeço demais a Raimundo (Rai), pela amizade construída e por zelar da segurança dos que moram fora, como eu, inúmeras vezes você ficou até depois do seu horário de trabalho esperando conosco o ônibus que por algum motivo atrasou. Você faz a diferença nesta instituição. Sua alegria é contagiante. Que Deus lhe abençoe infinitamente mais e o proteja de todo mal.

Vanessa Camilo (Vanessinha), sempre disposta a ajudar com as normas da ABNT. Costumo dizer que tudo que aprendi referente às normas da ABNT, foi graças a você, que com paciência ajudou e sempre me norteou. Obrigada pelo carinho e contribuição dada nesta monografia, eles foram de suma importância. Por mais que você queira, eu nunca vou te esquecer e prometo que ainda vou aperrear-la muito. Confesso que sentirei saudades do meu cantinho em sua sala rs. Você faz a diferença nessa instituição e serei sempre grata a Deus por sua vida. Obrigada por tudo gata, e a todos os funcionários da FACENE/RN que me ajudaram direta ou indiretamente.

Aos meus amigos, em especial, Tayssa; Mislândia (irmã); Mozart; Kaddigynna; Raquel Costa; Kátia (Kaitinha); Laura; Stephani; Raquel Pinheiro; Ana Célia (Aninha); Gívilla; Danihelli; Luany Caroline e Gabrielly Carvalho por fazerem minhas noites mais alegres, dividindo comigo angústias, ansiedades, medos, preocupações, desafios e conquistas, vocês são indispensáveis em minha vida. Que o tempo torne nossa amizade mais sólida para que possamos suportar a distância. Hoje nosso sonho se torna realidade. Aos demais colegas de curso por contribuírem para a realização desta conquista e a todos que fazem a FACENE/RN.

A meu orientador e aos membros da banca deixo a seguinte mensagem: “O Senhor os abençoe e guie seus passos em direção aos seus sonhos, sei que são

muitos, nenhum homem viu, ouviu ou consegue imaginar o que Ele reservou para vocês”.

Enfim a todos que de alguma forma estiveram presentes nesta jornada, seja com conselhos, dicas e orientações. Todos vocês me ajudaram a chegar até aqui. Todos contribuíram para a conquista desta vitória.

“Que todo o meu ser louve ao Senhor, e que eu não esqueça nenhuma das suas bênçãos” Salmos 103:2

## RESUMO

A Parada cardíaca acontece quando o coração para de bater devido à diminuição do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, reduzindo o fluxo de oxigênio e nutrientes. É um dos possíveis diagnósticos quando o indivíduo perde a consciência. Como o coração vai ser impedido de bombear sangue ao cérebro, ocorre a perda da consciência. Se a parada cardíaca for acompanhada de parada respiratória, recebe o nome de Parada Cardiorrespiratória (PCR), e imediatamente deve ser instituída a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). O objetivo geral deste trabalho foi analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na Clínica Médica e Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) sobre a assistência imediata a vítimas de PCR e, como específicos, descrever os principais sinais clínicos de uma PCR; identificar a existência de educação continuada para capacitação de profissionais/enfermeiros frente a uma PCR; descrever as principais dificuldades no atendimento a vítimas de PCR e descrever a assistência dos enfermeiros em situação de Parada Cardiorrespiratória. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva e exploratória, com modelo de abordagem qualitativa. Foi desenvolvido no HRTM, Município de Mossoró/RN. A população foi composta por todos os enfermeiros e a amostra constituída por 10 Enfermeiros, 05 da Clínica Médica e 05 do Pronto Socorro. Utilizado um roteiro de entrevistas, do tipo semiestruturada que condiz com uma abordagem onde o roteiro desdobra indicadores essenciais e suficientes condizentes com as informações esperadas. Utilizou trabalhar com a Análise de Conteúdo de Bardin. Os aspectos éticos estão de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução do COFEN 311/2007. Projeto aprovado pelo CEP sob número de protocolo: 61//2016 e CAAE: 54919216.1.0000.5179. A pesquisa demonstra que os enfermeiros do estudo possuem conhecimento sobre os passos a ser seguidos em caso de PCR, mas de forma superficial e incompleta e a maioria das PCR hoje acontece a nível Intra Hospitalar. Torna-se difícil para o enfermeiro prestar assistência qualificada, tendo em vista que o mesmo não recebe aporte para isso durante a graduação ou treinamento adequado e quando recebe, na maioria das vezes só coloca em prática se a equipe plantonista estiver de acordo. Devido a grande demanda nos serviços públicos de saúde, o déficit de profissionais, recursos humanos, equipamentos e estrutura física inadequada, têm aumentado consideravelmente, resultando em uma assistência com insuficiência de insumos, ocasionando uma sobrecarga nos serviços de urgência e atos repetitivos que levam a uma perda de tempo, considerável para a sobrevivência do paciente. É imprescindível que as instituições se comprometam e assumam a responsabilidade de estar realizando capacitações no que concerne ao atendimento e atualização dos protocolos da AHA sobre a PCR, considerando turnos e possibilitando participação de toda equipe. Portanto, conclui-se que há a necessidade de publicações que ressalte a assistência do enfermeiro, e que os mesmos disponham de tempo para se atualizarem, tendo em vista que periodicamente surgem novas atualizações e os mesmos só possuem conhecimento prévio, o que dificulta na hora da PCR, pois as manobras não acontecem de forma sistematizada.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Parada cardiorrespiratória. Ressuscitação cardiopulmonar.

## ABSTRACT

The Cardiac arrest happens when the heart stops beating due to the decreasing of blood flow into the heart muscle, reducing the flow of oxygen and nutrients. It is one of possible diagnoses when a person loses consciousness. As the heart is unable to pump blood to the brain, there is loss of consciousness. If cardiac arrest is accompanied by respiratory arrest, it is called Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), and it must be immediately instituted Cardiopulmonary Resuscitation (CPR). The general objective of this study is to analyze the knowledge of nursing professionals who work in Medical Clinic and Emergency in Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM) about immediate assistance to victims of CPR. The specific objectives are to describe the main clinical signs of a CPR; identify the existence of continuing education for professional/nurses training facing a CPR; describe the main difficulties in caring for victims of cardiac arrest and describe the care provided by nurses in Cardiopulmonary Resuscitation situation. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach model. It was developed in HRTM, in the city of Mossoro / RN. The population has been formed of all nurses and the sample consists of ten nurses: five of them from Medical Clinic and the other five from Emergency. We used a set of interviews of semi-structured type that is consistent with an approach in which the itinerary unfolds essential and sufficient indicators, consistent with the expected information. Data were analyzed through content analysis method proposed by Bardin. The ethical aspects are according to the 466/12 Resolution of the National Health Council and the COFEN resolution 311/2007. Project approved by the CEP under protocol number: 61 // 2016 and CAAE: 54919216.1.0000.5179. The research shows that the nurses that participated of the study have knowledge about the steps to be followed in case of CPR, although in a superficial and incomplete way and most cases of CPR today happens in-hospital. It becomes hard for nurses to provide qualified care, considering that this professional does not get adequate supply during graduation or adequate training and when he / she receives it, in most cases, only put it into practice if the on duty staff are in agreement. Due to great demand in public health services, the deficit of professionals, human resources, equipment and inadequate physical infrastructure, have increased considerably, resulting in assistance with insufficient inputs, causing an overload in emergency services and repetitive acts that lead to a waste of time, essential for the survival of the patient. It is essential that institutions commit themselves and take responsibility to be conducting training regarding to assistance and upgrade AHA protocols about CPR, considering shifts and allowing participation of the entire team. Therefore, it is concluded that there is a need for publications that underscore the care made by the nurse, and that they have time to upgrade, since there are periodically new updates and they only have previous knowledge, making it difficult to care occurrences of CPR because the maneuvers do not happen systematically.

**Keywords:** Nursing. Cardiopulmonary arrest. Cardiopulmonary resuscitation.

## LISTA DE SIGLAS

- AESP** – Atividade Elétrica sem Pulso
- AHA** – American Heart Association
- CDT** – Controle Direcionado da Temperatura
- DAC** – Doenças Arteriais Coronarianas
- DCV** – Doenças Cardiovasculares
- DEA** – Desfibrilador Externo Automático
- ECG** – Eletrocardiograma
- EH** – Extra Hospitalar
- FACENE/FAMENE** – Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança
- FV** – Fibrilação Ventricular
- HRTM** – Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia
- PC** – Parada Cardíaca
- PCR** – Parada Cardiorrespiratória
- PCREH** – Parada Cardiorrespiratória Extra Hospitalar
- PCR IH** – Parada Cardiorrespiratória Intra Hospitalar
- RCP** – Ressuscitação Cardiopulmonar
- RCE** – Retorno da Circulação Espontânea
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SAV** – Atendimento Avançado em Vida
- SBAVC** – Suporte Básico e Avançado de Vida em Cardiologia
- SBV** – Suporte Básico de Vida
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TR** – Tempo Resposta
- TV** – Taquicardia Ventricular sem Pulso
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Contextualização</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 Justificativa</b> .....	<b>17</b>
<b>1.3 Problemática</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4 Hipótese</b> .....	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1 Situação Epidemiológica</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2 Anatomia e Fisiologia dos Sistemas Cardiovascular e Respiratório</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar</b> .....	<b>23</b>
3.3.1 Causas de PCR .....	25
<b>4 SUPORTE BÁSICO DE VIDA</b> .....	<b>27</b>
<b>4.1 Cadeias de Sobrevivência de PCRIH e PCREH</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2 Componentes de uma RCP de alta qualidade para Profissionais do Suporte Básico De Vida (SBV)</b> .....	<b>29</b>
<b>4.3 Profundidade, Posicionamento das mãos e Compressões</b> .....	<b>30</b>
<b>4.4 RCP para Profissionais da Saúde</b> .....	<b>30</b>
<b>4.5 Desfibrilação Precoce e Compressões</b> .....	<b>33</b>
4.5.1 Desfibrilação Precoce .....	33
4.5.2 Modalidades de Parada Cardiorrespiratória .....	34
4.5.3 Taquicardia Ventricular .....	34
4.5.4 Fibrilação Ventricular.....	35
4.5.5 Assistolia.....	35
4.5.6 Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP).....	35
<b>4.6 Suporte Avançado de Vida</b> .....	<b>36</b>
<b>4.7 Cuidados Pós – Ressuscitação</b> .....	<b>37</b>
<b>4.8 Os Serviços de Urgência e Emergência nas Unidades de Saúde</b> .....	<b>37</b>
<b>4.9 Profissionais de Enfermagem e a Parada Cardiorrespiratória</b> .....	<b>39</b>
4.9.1 Assistência de Enfermagem às Vítimas de Parada .....	39
<b>5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>43</b>

<b>5.1 Tipo de Pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 Local da Pesquisa.....</b>	<b>43</b>
<b>5.3 População e Amostra.....</b>	<b>44</b>
<b>5.4 Instrumento de Coleta de Dados.....</b>	<b>44</b>
<b>5.5 Procedimentos para Coleta de Dados .....</b>	<b>45</b>
<b>5.6 Análises de Dados .....</b>	<b>45</b>
<b>5.7 Aspectos Éticos .....</b>	<b>46</b>
<b>5.8 Financiamento.....</b>	<b>46</b>
<b>6. ANÁLISE DE DADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>6.1 Caracterização da Amostra .....</b>	<b>47</b>
<b>6.2 Análise dos resultados referentes à temática.....</b>	<b>49</b>
6.2.1 Passos a serem seguidos na Parada Cardiorrespiratória .....	49
6.2.2 Principais dificuldades para atuar em uma Parada Cardiorrespiratória .....	52
6.2.3 Atualização sobre as diretrizes de Parada Cardiorrespiratória e novo Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar .....	55
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>66</b>
<b>APENDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO A – CERTIDÃO .....</b>	<b>70</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

O processo de transição epidemiológica é resultante da mudança no perfil de morbi-mortalidade das doenças no Brasil. Esta mudança é definida pelo aumento progressivo da prevalência, incidência e mortalidade das doenças crônicas não degenerativas e declínio das doenças infecciosas. Fato este importante para compreender as mudanças e definir as prioridades dos programas de atenção à saúde (MORAIS, 2007).

No Brasil, os indicadores de mortalidade mostram que cerca de 60,0% dos óbitos informados e de causas determinadas corresponderam a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (31,8%), neoplasias (15,7%) e causas externas (14,2%). As doenças do aparelho circulatório correspondem a um terço do total de óbitos e ocupam esse posto desde a década de 60 em substituição às doenças infecto-parasitárias (MORAIS, 2007).

As doenças isquêmicas do coração são responsáveis por até 80,0% dos casos de mortes súbitas e a maioria ocorre em ambientes não-hospitalares. Carece de mecanismos adequados de intervenção em tempo hábil (MORAIS, 2007).

No Brasil, as doenças cardiovasculares, possuem taxa de mortalidade ainda mais preocupante. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), dados apontam 341 óbitos por 100.000 brasileiros em 2004 devido às doenças cardiovasculares, o que corresponde ao dobro da taxa de mortalidade por câncer no Brasil se comparado ao mesmo período, e quase o triplo da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares nos Estados Unidos (DUARTE; FONSECA, 2010).

A situação de maior emergência atendida nos serviços pré e intra-hospitalar, é a Parada Cardiorrespiratória (PCR). A morte como um evento inesperado é uma das principais causas de óbito e um importante problema de saúde pública em vários países. Aproximadamente 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar aos hospitais e a taxa de sobrevivência de pessoas acometidas por PCR que ocorre fora do ambiente hospitalar, continua baixa. Além de ser considerado um evento mais frequente fora do ambiente hospitalar, dentro do hospital é uma das principais causas de morbidade e mortalidade (CANOVA, 2012).

Nos EUA (Estados Unidos da América), a PCR é tida como a terceira causa de óbito fora da instituição hospitalar. Enquanto que as doenças isquêmicas cardíacas são consideradas as grandes causas de morte súbita na Europa (CANOVA, 2012).

A Parada cardíaca (PC) acontece quando o coração para de bombear o sangue devido à diminuição do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco, reduzindo assim o fluxo de oxigênio e nutrientes, sendo um dos possíveis diagnósticos quando o indivíduo perde a consciência. Quando isso acontece, o fluxo sanguíneo que chegaria pelo seu trajeto normal ao cérebro e corpo é repentinamente diminuído ou interrompido. Como o coração vai ser impedido de bombear sangue ao cérebro, ocorre a perda da consciência. Se a PC for acompanhada de parada respiratória, recebe o nome de Parada Cardiorrespiratória (PCR), e imediatamente deve ser instituído a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (FALCÃO; BRANDÃO, 2010).

Para cada 10 minutos que a vítima fica sem RCP, cerca de 10% de sua sobrevivência diminuem (CANOVA, 2012), aumentando o risco de lesão cerebral irreversível. O diagnóstico de PCR deve ser dado e realizado as medidas imediatas para retomar o bombeamento da circulação sanguínea (GUILHERME et al., [2013?]).

As causas de PCR dividem-se em dois grupos, primárias e secundárias. Essa classificação é o que vai determinar qual conduta deve ser seguida, já que elas variam de acordo com a causa (RIBEIRO JÚNIOR et al., 2007).

A seguir serão discutidas as causas primárias e em seguida, as secundárias. Primárias: a PC acontece em virtude de um problema no coração, causando uma arritmia cardíaca, geralmente a fibrilação ventricular. A principal causa é a isquemia que é a quantidade insuficiente de sangue oxigenado que chega ao coração. No adulto que não foi vítima de traumatismos, essas são as principais causas de PC (RIBEIRO JÚNIOR et al., 2007).

As secundárias constituem as principais causas de PCR em vítimas de traumatismos e crianças. As causas são oxigenação deficiente, por obstrução de vias aéreas e doenças pulmonares; transporte inadequado de oxigênio, causando hemorragias graves, estados de choque e intoxicação pelo monóxido de carbono e ação de fatores externos sobre o coração como as drogas, medicamentos e descargas elétricas (RIBEIRO JÚNIOR et al., 2007).

A RCP tem o objetivo de promover a circulação do sangue que leva oxigênio ao cérebro, coração e outros órgãos vitais. Para que os procedimentos sejam realizados durante o atendimento de PCR de forma correta, é necessário que os profissionais da saúde saibam utilizar os equipamentos necessários, ter conhecimentos variados, sempre almejando o sucesso na hora do atendimento (GUILHERME et al., [2013?]).

Segundo SILVA [2012?], dentre os padrões de alteração do ritmo cardíaco que mais são verificados é a Atividade Elétrica sem Pulso (AESP), Assistolia, Fibrilação Ventricular (FV) e Taquicardia Ventricular sem pulso (TV). Sendo que as duas primeiras ocorrem com maior frequência no ambiente intra-hospitalar e as duas últimas modalidades, no ambiente extra-hospitalar.

O atendimento da PCR pode dividir-se em duas etapas: avaliação primária e a secundária. A avaliação primária envolve o Suporte Básico de Vida (SBV) e as manobras de PCR, suporte hemodinâmico e respiratório através da RCP (LADEIRA, 2014).

O SAV depende do conjunto de medidas que visam estabilizar o paciente do ponto de vista respiratório, neurológico e hemodinâmico, a partir de técnicas, aparelhos e instrumentos avançados, concedendo o reconhecimento de lesões de forma adequada a fim de proceder com o tratamento adequado ou o transferindo para um centro de referência (MONTAVANI, 2005).

A assistência do paciente vítima de PCR é denominada RCP, sendo um procedimento emergencial que envolve uma série de medidas realizadas com o fim de promover a circulação do sangue oxigenado ao coração, cérebro e outros órgãos vitais. Há muito tempo concluíram que a realização dos procedimentos adequados de RCP, bem como os primeiros atendimentos de emergência, são imprescindíveis para garantir a sobrevivência do indivíduo acometido pela PCR, preservando a vida e possíveis sequelas que perdurariam por toda a vida (COELHO; SILVA, [2012?]).

A Portaria nº 2048/GM, de 05 de novembro de 2002, estabelece de qual forma a equipe de profissionais da saúde deve ser composta, suas competências e atribuições e o perfil geral. Segundo essa Portaria, o profissional de enfermagem tem participação ativa no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH) (BRASIL, 2002).

A ciência continua avançando e se atualizando, e os Comitês Internacionais de revisão tem revisto suas diretrizes e passado a simplificar o processo do atendimento da PCR para coadjuvar na retenção de habilidades juntamente com o

aumento do número de compressões torácicas externas (CTE) e fornecer oxigênio ao coração e ao cérebro (CANOVA, 2012).

Os profissionais atuantes em serviços públicos de Pronto-Socorro devem estar em contínua capacitação, já que a equipe de enfermagem está diretamente ligada à assistência com o paciente e possui maior proximidade independentemente da idade, logo, deve haver embasamento científico, e conhecimentos teórico-práticos, realizando sempre de modo seguro os primeiros atendimentos ao paciente em estado de PCR [...] (ABRANTES et al., 2015).

Com o intuito de organizar as ações e procedimentos para uma melhor assistência, foram criados ao longo dos anos, modelos de atenção à saúde, que na verdade, é uma forma de prestar um atendimento qualificado aos pacientes que são acometidos por algum tipo de patologia. São as ações de atenção à saúde que adicionam instrumentos tecnológicos e assistenciais, sempre visando à obtenção do sucesso no atendimento do paciente (COELHO; SILVA, [2012?]).

Para uma melhor assistência é necessário algumas condutas como, por exemplo, o reconhecimento precoce da situação, a rápida comunicação médica de emergência e a realização das manobras de RCP (MORAIS; CARVALHO; CORREA, 2014).

Um dos problemas encontrados nos serviços de urgência e emergência engloba o estresse ocupacional que muitas das vezes torna-se responsável pelo desequilíbrio entre os profissionais, bem como a convivência com situações traumatizantes e inusitadas, corredores congestionados, déficit de profissionais contratados ocasionando sobrecarga nos serviços de urgência, necessidade de recursos humanos e equipamentos, limitação dos gastos, extensas jornadas de trabalho, baixas remunerações e falta de reconhecimento profissional são alguns dos motivos que causam insatisfação para o trabalho (GUILHERME et al., [2013?]).

Os profissionais em geral precisam aperfeiçoar-se, buscando uma assistência qualificada e um melhor entendimento no que diz respeito às práticas assistenciais da PCR. Com base nisso, surgiu o desejo de investigar a vivência da equipe de enfermagem frente à PCR/RCP em um Pronto Socorro relacionado às experiências no contexto hospitalar.

## **1.2 Justificativa**

A escolha pelo tema da pesquisa emergiu devido ao interesse pela área de Urgência e Emergência (UE) e após experiências vivenciadas pela pesquisadora associada, tendo em vista que as PCRs são ocorrências corriqueiras em Pronto Atendimento e Unidades de Urgência e Emergência.

### **1.3 Problemática**

Como se configura a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem na Clínica Médica e Pronto Socorro do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, no município de Mossoró/RN, às vítimas de Parada Cardiorrespiratória?

### **1.4 Hipótese**

A presença de profissionais treinados e qualificados nos serviços de saúde garante uma melhor assistência. A falta de conhecimento e habilidade dos profissionais envolvidos, mediante a falha na organização do atendimento, assim como provisão insuficiente de materiais e equipamentos, favorece a ocorrência de falhas no decorrer da assistência aos pacientes, fato este que é determinante para salvar a vida dos pacientes.

A possível carência de conhecimento dos profissionais de saúde diante à Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar pode contribuir para o aumento de casos. Salienta-se, a necessidade de preparação técnica e científica para atuar durante estes episódios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- ✓ Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na Clínica Médica e Pronto Socorro do HRTM sobre a assistência imediata a vítimas de PCR.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever os principais sinais clínicos de uma PCR.
- ✓ Identificar a existência de educação continuada para capacitação de profissionais/enfermeiros frente a uma PCR.
- ✓ Descrever as principais dificuldades no atendimento a vítimas de PCR.
- ✓ Descrever a assistência dos enfermeiros em situação de parada cardiorrespiratória.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Situação Epidemiológica

As Doenças Cardiovasculares (DCV) passaram a constituir o principal grupo de mortes no Brasil desde a década de 1960 e, atualmente, representam 1/3 do total dos óbitos informados e de causas definidas no país. Destacando-se as doenças isquêmicas do coração responsáveis por 80% dos casos de morte súbita. Como a maioria ocorre em ambiente pré-hospitalar, necessita de estratégias adequadas de intervenção em tempo hábil (TIMERMAN et al., 2009).

Conforme RIBEIRO et al (2013), a principal causa de morte mundial, inclusive no Brasil, são as DCV, e esse número vem aumentando progressivamente ao longo dos anos. O número de mortes no mundo devido às DCV foi de 17,3 milhões em 2008, o que representa 30,5% do total de óbitos no ano referido.

A principal causa de morte no Brasil, em 2010, foram as doenças do aparelho circulatório, abrangendo as PCR. Estima-se que, no Brasil, ocorram em torno de 220 mil PCR por ano, incluindo a fibrilação ventricular, sendo 40 mil em ambiente hospitalar e 180 mil em ambiente pré-hospitalar (FAVARATO et al, 2014).

Relacionado as Doenças Arteriais Coronarianas (DAC), 103.486 desses óbitos, correspondem a 8,8% dos óbitos no país em 2011. No Brasil, correspondeu a 28,6% das mortes, segundo dados do Ministério da Saúde, totalizando 335.213 óbitos em 2011 (RIBEIRO et al, 2013).

A morte súbita é a morte inesperada de origem cardíaca, que ocorre imediatamente ou em um período de uma hora após o início dos sintomas da doença isquêmica (CORRÊA et al., 2014).

Diante o quadro de morbimortalidade no país, a demanda nos serviços de urgência/emergência cresceu, ficando clara a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências e emergências (TIMERMAN et al., 2009).

A maior e primeira incidência de mortalidade está relacionado às doenças do aparelho circulatório, que está ligada a diversos fatores de risco como obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia, sedentarismo, diabetes e estresse e a segunda relaciona-se a neoplasias, seguido das causas externas, decorrente de acidentes, tentativas de autoextermínio ou atos de violência (MORAIS, 2007).

Devido ao envelhecimento da população brasileira, aumenta o risco de morbidade desta população e as pressões sobre os serviços de emergência sofrem um aumento em face às mudanças demográficas (MOURA, 2012).

### **3.2 Anatomia e Fisiologia dos sistemas Cardiovascular e Respiratório**

O coração e os pulmões são órgãos vitais para o ser humano e têm-se notado que doenças do aparelho cardiorrespiratório atingem milhares de pessoas todos os anos no Brasil e no mundo, sendo uma das principais causas de morte na modernidade, independente de sua classe econômica e social (ROSA, [2010?]).

O crescimento e manutenção da vitalidade do organismo são feitos pela adequada oxigenação e nutrição das células, função básica do sistema cardiovascular. Este é composto pelos vasos sanguíneos e o coração (MOORE; DALLEY, 2014).

O coração é um órgão nobre, localizado na cavidade torácica, atrás do esterno, no mediastino. É uma víscera muscular oca, constituída por três camadas, sendo elas: o endocárdio, camada interna; o miocárdio que é composto pelo músculo cardíaco e o pericárdio na porção externa. Funciona como duas bombas contrátil-propulsoras em que o lado direito que leva o sangue venoso e o lado esquerdo que transporta o sangue arterial, cada lado é formado por um átrio e um ventrículo (MOORE; DALLEY, 2014).

As ações sincronizadas de bombeamento das duas bombas atrioventriculares (AV) cardíacas constituem o ciclo cardíaco, começando com um período de alongamento e enchimento ventricular (diástole) e termina com um encurtamento e esvaziamento ventricular (sístole). Os átrios são câmeras de recepção que impulsionam o sangue para os ventrículos, estes por sua vez, fornecem com maior intensidade o sangue para a circulação pulmonar e periférica (GUYTON; HALL, 2008).

A circulação é a passagem do sangue através do coração e dos vasos, essa se faz por meio de duas correntes sanguíneas, as quais partem ao mesmo tempo do coração. A primeira corrente parte do Ventrículo Direito (VD) através do tronco pulmonar e se dirige aos capilares pulmonares, onde passa pela troca gasosa, também chamada de hematose. O sangue, agora oxigenado, é levado de volta ao coração pelas veias pulmonares, sendo lançado no átrio esquerdo (AE),

completando a pequena circulação ou circulação pulmonar. A outra corrente começa com a entrada do sangue no Ventrículo Esquerdo (VE), passando pela válvula bicúspide ou mitral. No VE, o sangue vai para a artéria aorta, a qual vai se ramificando sucessivamente e chega a todos os tecidos do organismo. Após as trocas, o sangue carregado de dióxido de carbono ( $\text{CO}_2$ ) retorna ao coração pelas veias cava superior e inferior, que desembocam no AD, passando pela válvula tricúspide para chegar ao VD onde se inicia um novo ciclo (MOORE; DALLEY, 2014).

As vias respiratórias são constituídas por duas porções: a primeira porção é de órgãos que direcionam o ar, sendo o nariz uma estrutura responsável por filtrar, aquecer e umidificar o ar; a faringe, um tubo muscular associado a dois sistemas: respiratório e digestório; a laringe, um órgão tubular, localizado no plano mediano e anterior do pescoço que, além de vida aerífera, é um órgão que produz o som, ou seja, da fonação; a traqueia, uma estrutura cilíndrica formada por vários anéis cartilagosos incompletos, desta bifurcam-se os brônquios principais, um para cada pulmão (MOORE; DALLEY, 2014).

Parte da respiração é formada pelos pulmões, órgãos vitais da respiração, e sua principal função é oxigenar o sangue. Este órgão de estrutura elástica flutua na cavidade torácica, circundado por uma camada delgada de líquido pleural que lubrifica os movimentos dentro da cavidade (GUYTON; HALL, 2008).

A respiração é dividida em quatro eventos principais; (1) ventilação pulmonar, que conceitua-se como entrada e saída de ar entre a atmosfera e os alvéolos pulmonares; (2) difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; (3) transporte desses gases no sangue para as células e a regulação da ventilação e outros aspectos da respiração (GUYTON; HALL, 2008).

Os pulmões podem ser expandidos e contraídos de duas maneiras: (1) movimentos de elevação e redução diafragmática como a (2) elevação e abaixamento das costelas, para aumentar e diminuir o diâmetro anteroposterior da cavidade torácica. A troca de gases ou ventilação alveolar ocorre entre o capilar sanguíneo e o alvéolo, processo chamado de hematose, pelo qual o  $\text{CO}_2$  sai do alvéolo em direção ao capilar e  $\text{O}_2$  faz o percurso inverso, fazendo assim o sangue venoso em arterial e através da expiração, a eliminação do gás carbônico (MOORE; DALLEY, 2014).

Os capilares pulmonares e o sistema linfático mantêm uma leve pressão negativa, mecanismo este que mantém os alvéolos “secos”, pois qualquer líquido

extra nestes, será sugado mecanicamente por difusão para o interstício, através de pequenas aberturas entre as células epiteliais. Logo, esse excesso de líquidos é levado pelos vasos linfáticos, sendo absorvidos pelos capilares. Desse modo, em condições normais, o alvéolo funciona adequadamente, mantidos a “seco”, com exceção de uma pequena quantidade de líquido que sai do epitélio para superfície alveolar, a fim de mantê-los umedecidos (MOORE; DALLEY, 2014)..

### **3.3 Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar**

O termo “ressuscitação” geralmente tem uma conotação religiosa, pois remete de imediato ao milagre da ressurreição de Jesus Cristo. No entanto, é o termo de maior preferência dos autores em relação à “reanimação” (MORAIS, 2012).

É um tema que vem sendo esmiuçado há muito tempo, cujos primórdios encontra-se em relatos bíblicos. As primeiras informações registradas encontra-se no livro de Reis, no qual Elias ressuscitou o filho da viúva de Sarepta e, seu discípulo Eliseu, reanimou o filho da mulher Sunamita através da respiração boca a boca (GARCIA, 2007).

Essa é uma das primeiras citações sobre a realização de manobras de RCP “o menino estava estendido morto na casa, subiu e se deitou sobre o menino, pondo a boca sobre a boca dele, os olhos sobre os olhos dele e as palmas das mãos sobre as dele, encolhendo-se sobre ele, voltando a subir e se encurvar sobre o menino. Este espirrou sete vezes e abriu os olhos” (BÍBLIA SAGRADA, apud, MORAIS, 2012).

Sucessivamente, outras informações foram identificadas, mas somente no final do século XX, é que surgiram estudos mais detalhados, partindo-se do relato do professor Schiff, que realizou massagem cardíaca com tórax aberto em cães (SOUZA; SILVA, 2013).

Segundo (MORAIS, 2012, p. 16), introduziram na prática clínica a realização de compressão com tórax fechado e essa técnica foi denominada de RCP. Eles afirmaram que “alguém, em algum lugar, poderia iniciar as compressões torácicas; e para tudo isso eram necessárias apenas duas mãos”. Desde então, o atendimento a vítima de PCR vem sendo alvo de pesquisas, pois, o índice de mortalidade é alto e a reversão da PCR ainda constitui grande desafio para os profissionais de saúde, além dos grandes avanços como o uso de novos medicamentos e equipamentos,

revisões periódicas nas diretrizes de atendimento baseadas em evidências científicas.

A PCR constitui grave ameaça à vida dos indivíduos, principalmente àquelas que sofrem Parada Cardíaca Súbita (PCS) fora do hospital, sendo que muitos desses pacientes apresentam FV. O manejo dessas vítimas em qualquer nível de atendimento, de menor ou maior complexidade, carece de RCP precoce e desfibrilação. E, em parte, essas manobras dependem da disponibilidade e funcionalidade do equipamento de reanimação, que deve estar pronto para uso rápido e ainda do treinamento da equipe, o que pode ser feito por meio dos cursos de SBAVC, sendo que a RCP de alta qualidade pode dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência (DALRI et al, 2008).

Este é um sério problema que demanda várias habilidades e equipamentos fundamentais para a sobrevivência dos indivíduos acometidos por ela (SILVA, [2012?]).

De acordo com Dalri et al (2008), houve profundos avanços no atendimento de vítimas de PCR, com destaque na RCP que é um procedimento primordial na intervenção para restauração da circulação e, por conseguinte, melhorar as chances de sobrevivência das vítimas.

Cerca de 80% das PCR acontecem em ambiente pré-hospitalar e vários fatores podem influenciar nos resultados do atendimento ao paciente tais como ritmo inicial de PCR, tempo-resposta (TR) da ambulância, dentre outros (MORAIS, 2012).

A gravidade das complicações advindas de uma PCR varia e pode até inexistir. Os que foram acometidos por tal, podem ter problemas graves e muitas vezes irreversíveis. A explicação para tal é que após o Retorno da Circulação Espontânea (RCE), o processo fisiopatológico envolve múltiplos órgãos e pode ocorrer lesões neurológicas e outras disfunções orgânicas (MORAIS, 2012).

Neste sentido, as entidades resolveram não atualizar mais de 5 em 5 anos as diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015 voltadas para o suporte básico e avançado de vida para o atendimento cardiovascular de emergência. Desde o último dia 15 de outubro, foi publicado a atualização das diretrizes de RCP E ACE. Logo, o protocolo vai ficar sendo publicado de acordo com as novas recomendações que forem surgindo, ou seja, anualmente poderemos ter novos protocolos da AHA. Essas diretrizes são construídas após um amplo estudo sobre trabalhos publicados

na área, sempre baseado em evidências, na tentativa de melhorar os índices de sobrevivência das pessoas acometidas por esse evento (MORAIS, 2012).

### 3.3.1 Causas de PCR

Segundo ROSA, [2010?], no Brasil, aproximadamente 90% da ocorrência de PCR é desencadeado pela FV.

De acordo com uma pesquisa realizada em São Paulo por Garcia (2007), 17,6% das ocorrências de PCR decorre em razão de trauma e 82,4% é de causa desconhecida. A mesma ainda cita que a PCR pode ter causas:

#### **Circulatórias:**

- Oclusão coronariana.
- Arritmias.
- Episódios trombo-embólicos.
- Estimulação vagal em pacientes hipóxicos.
- Sepses.

#### **Respiratórias:**

- Obstrução de vias aéreas superiores.
- Falência respiratória (hipóxia e hipercapnia).
- Máciça aspiração ou regurgitação.

#### **Distúrbios metabólicos**

- Hipercalemia secundária à falência renal, máciça transfusão de sangue, etc.
- Desequilíbrio eletrolítico.
- Hipocalcemia.
- Alterações do pH (acidose ou alcalose).

#### **Drogas e anestésicos**

- Administração rápida de drogas por via endovenosa.
- Dose excessiva de anestésicos.
- Reações de sensibilização a drogas.

Após citar as causas da PCR, é importante mencionar que até pouco tempo era sinônimo de morte, pois não mais que 2% sobreviviam, hoje este índice de sobrevivência chega a alcançar acima de 70% se o socorro for precoce e eficaz (ROSA, [2010?]).

São 10 (dez) causas reversíveis e pode-se nomeá-las de forma simples como os 5H's e 5T's. Caso não encontre umas dessas causas durante o atendimento, a chance de reversão da PCR fica prejudicada. Veja na tabela a seguir.

**Quadro 1** - Causas de atividade elétrica sem pulso (5H/5T) e assistolia

<b>CAUSA</b>	<b>TRATAMENTO</b>
Hipovolemia	Reposição de Volume
H <sup>+</sup> acidose metabólica	Bicarbonato de sódio
Hipóxia	Oxigênio
Hipotermia	Reaquecimento
Hipocalemia/Hipercalemia	Reposição de potássio/bicarbonato de sódio
Tamponamento cardíaco	Punção pericárdica
Tromboembolismo pulmonar	Tratar PCR; considerar trombólise
Trombose de coronária	Tratar PCR; considerar tratamento de reperfusão
Tensão (pneumotórax hipertensivo)	Punção de alívio/drenagem de tórax
Tóxico	Antagonista específico

Fonte: Tallo (2012).

## **4 SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

### **4.1 Cadeias de sobrevivência de PCRIH e PCREH**

A Sociedade Americana de Cardiologia introduziu em 1991, a “cadeia de sobrevivência” para representar a sequência de eventos que devem idealmente ocorrer para aperfeiçoar as taxas de sucesso da RCP da parada cardíaca em adultos (TALLO, 2012).

A cadeia de sobrevivência é descrita para ressaltar a importância da adoção hierarquizada nas situações de PCR em que o ritmo inicial é fibrilação ventricular (FV), estando presente em mais de 40% dos casos (MARTINS, et al., 2014).

Houve a inclusão na cadeia de sobrevivência Intra Hospitalar, salientando que já tinha esta cadeia de sobrevivência, mas que ocorreu a implementação que é de grande importância, pois a Parada não acontece só no ambiente Extra Hospitalar, mas também no Intra Hospitalar e de forma bem comum. Alguns parâmetros devem ser colocados para a equipe como um todo para que a Parada seja evitada ou se ela realmente ocorrer, quais os pontos que devem ser direcionados para que a mesma seja revertida (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A Cadeia é constituída por Parada Cardiorrespiratória Intra Hospitalar (PCRIH) e Parada Cardiorrespiratória Extra Hospitalar (PCREH).

**Figura 1 - Cadeia de sobrevivência de ACE Adulto da AHA**



**Fonte:** American Heart Association

A principal mudança/alteração vista nessas cadeias de sobrevivência acontece na PCRIH, justamente voltada para a vigilância e prevenção. Visto que os outros passos são semelhantes como o reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência; RCP imediata de alta qualidade; Rápida desfibrilação (utilização dos DEAS e desfibriladores externos automáticos); Suporte avançado de vida e cuidados Pós-PCR e um dos pontos importantes na PCREH e agora na PCRIH, é o encaminhamento do paciente para o laboratório hemodinâmico, ou ainda e posteriormente para a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A maioria das paradas hoje, se for observar, pode acontecer no próprio ambiente hospitalar, pois são pacientes críticos, debilitados, com estado de saúde deteriorado, neste caso têm-se uma incidência altíssima. A Associação Americana do Coração colocou isso como prioridade para fazer com a integração da cadeia de

sobrevivência, não só da EH, mas da IH (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Pode-se observar na imagem das cadeias supracitadas que tem uma ênfase para os profissionais, no caso da PCRIH, mas para os socorristas leigos na Extra Hospitalar, ainda há obstáculos. No Brasil, há essa dificuldade de treinamento, conscientização da população em relação à necessidade dessa informação ser adquirida e repassada de forma adequada em treinamento que sejam de apreensão (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Ainda há dificuldade desse treinamento em relação ao socorrista leigo, uma vez que cabe essa responsabilidade ao profissional da saúde, esteja trabalhando na Unidade Hospitalar ou Unidade Básica (UB) para repassar essas informações e conscientizar a população da importância desta resposta rápida não só do time de resposta que está no hospital, mas também da população em geral e dos profissionais que atuam no Extra Hospitalar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

#### **4.2 Componentes de uma RCP de alta qualidade para Profissionais do Suporte Básico de Vida (SBV)**

Primeiramente, é necessário garantir a segurança do local, pois não adianta implementar os cuidados se não houver segurança para o profissional e a vítima no ambiente Extra Hospitalar; verificar responsividade da vítima (verificar pulso central; presença ou ausência da respiração; se o paciente está em *gasping*, ou seja, presença de apneia ou respiração agônica; sempre verificar essa responsividade para identificar se o indivíduo está em parada cardiorrespiratória ou respiratória e saber quais as ações a serem tomadas a partir da avaliação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que está mais direcionado para o Extra Hospitalar (EH). A nova diretriz aborda ser viável incorporar tecnologias de mídia social, ou seja, a era do celular, para que os socorristas, seja ele leigo ou profissional de saúde que estará oferecendo os cuidados de RCP, fazer o acionamento sem sair do lado da vítima, como também a disponibilização imediata de instruções de RCP para a pessoa ao telefone (regulador) que na diretriz trata

como atendente, e assim a RCP ser orientada (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

### **4.3 Profundidade, Posicionamento das mãos e Compressões**

Durante RCP manual em adultos, utiliza-se 30:2, ou seja, 30 compressões para 2 ventilações e a frequência de 100 a 120/min, sem exceder esse valor para que a efetividade não diminua. Estas compressões devem ser aplicadas a uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas que equivale a (5 cm) para um adulto, visto que o excesso nessa profundidade superior a 2,4 polegadas (6 cm), causaria possíveis lesões (não potencialmente fatais) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Segundo a American Heart Association (2015), é indicado que os socorristas apliquem compressões torácicas em adultos vítimas de PCR. A uma frequência mínima de 100/min e não exceder 120/min, pois a medida que ultrapassa, conseqüentemente, a profundidade das compressões diminui. As compressões tornam-se um fator determinante importante do retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica.

As características são: Braços estendidos, rodados e travados e com as duas mãos sobre a metade inferior do esterno, evitar apoiar sobre o tórax entre as compressões, para permitir retorno total do mesmo após cada compressão, ou seja, o esterno precisa retornar à posição natural ou neutra durante a fase de decompressão da RCP para que a parede do tórax crie uma pressão intratorácica negativa relativa para promover o fluxo sanguíneo cardiopulmonar e o retorno venoso (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

### **4.4 RCP para Profissionais da Saúde**

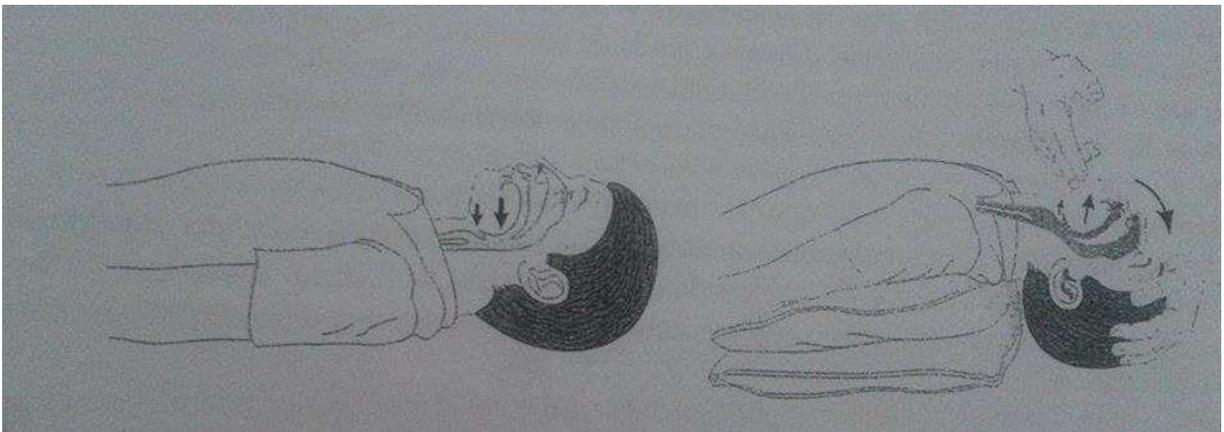
A PCR tem seu próprio protocolo que no caso é o C-A-B. A letra C em inglês significa *Compressions*; a letra A definida por *Airway* e B por *Breathing* (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Ao reconhecer a PCR, deve-se solicitar por ajuda, seja do técnico, médico ou SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Em seguida iniciar as compressões que é a letra C (*compressions*); 30 compressões torácicas seguidas

por duas respirações/insuflações, logo após deve-se checar a ausência de pulso carotídeo que é obrigatória, mas não deve ultrapassar 10 segundos. O socorrista pode administrar 1 ventilação a cada 6 segundos, que são 10 respirações por minuto, enquanto são aplicadas compressões torácicas contínuas, isto é, durante a RCP com via aérea avançada (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A abertura das vias aéreas, definida por *Airway*, pode ser feita através da elevação da mandíbula e da hiperextensão da coluna cervical (*head tilt/chin lift*) ou pela tração da mandíbula (*jaw thrust*) ilustrada na imagem abaixo. Profissionais habilitados e leigos treinados devem dar preferência à manobra de elevação da mandíbula e hiperextensão da coluna cervical, exceto quando suspeita-se de lesão cervical, que no caso, deve-se utilizar a manobra de tração da mandíbula sem hiperextensão cervical (LADEIRA, 2014).

**Figura 2** - Abertura de via aérea (*chin lift/jaw thrust*)



Fonte: LADEIRA (2014)

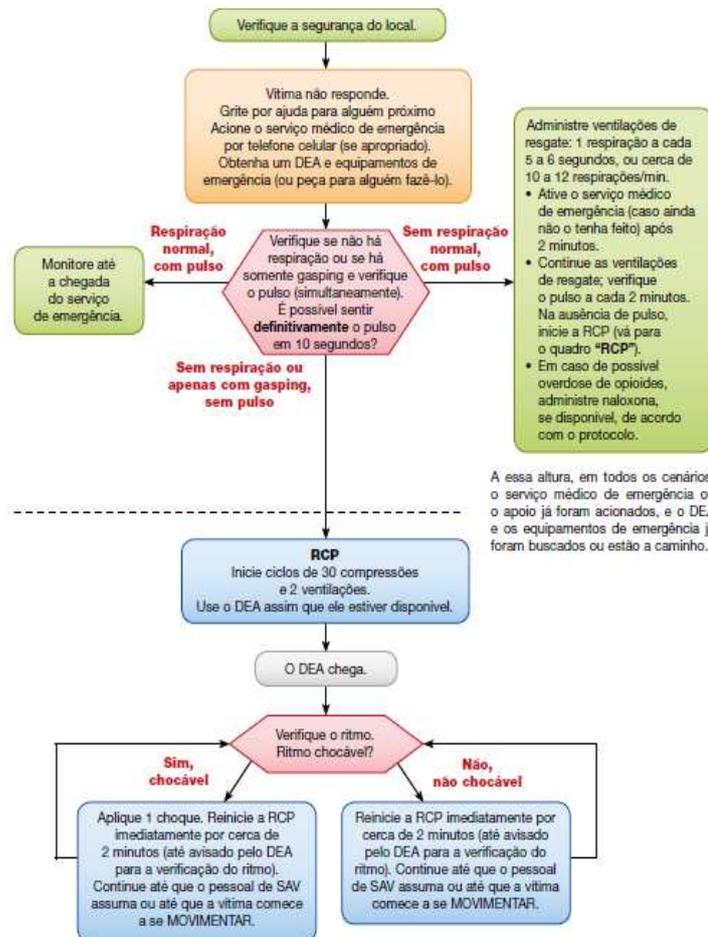
Verificar se as vias aéreas estão obstruídas por corpo estranho (presença de sangue, vômitos ou secreções presentes) na garganta e aspirar se necessário; usar a cânula orofaríngea (Guedel) de acordo com tamanho e forma adequada com o objetivo de afastar a língua e facilitar a aspiração. Para inserir a cânula basta introduzir com a concavidade voltada para cima (palato duro) e girar a 180° concavidade para baixo, posicionando-a sobre a língua (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Realizar duas ventilações no paciente, após cada ciclo de 30 compressões para adulto (30:2). A ventilação deve produzir uma visível elevação do tórax e insuflação para 2 segundos. Logo que possível oferecer uma FIO2 100%. A

ventilação com Bolsa-Valva-Máscara (ambú) pode estar ligado a uma fonte de oxigênio de 10L/min: 30% a 80% e quando é anexado a um reservatório: 60% a 95% (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Figura 3 - Algoritmo de PCR em adultos para profissionais da saúde de SBV – Atualização de 2015

**Algoritmo de PCR em adultos para profissionais da saúde de SBV – Atualização de 2015**



Fonte: American Heart

## 4.5 Desfibrilação Precoce e Compressões

### 4.5.1 Desfibrilação Precoce

A FV e a TV sem pulso são os ritmos mais frequentes nos primeiros minutos de PCR extra-hospitalar e apresentam bom índice de resposta à desfibrilação quando tratados em tempo hábil. Contudo, evoluem rapidamente para Assistolia ou torna-se resistentes ao choque quando tratados de forma tardia. Portanto, quanto mais precoce a desfibrilação, melhores serão os resultados na sobrevivência (LADEIRA, 2014).

O Desfibrilador Externo Automático é um aparelho eletrônico portátil que desencadeia um choque elétrico que possui corrente contínua sobre o tórax do paciente. Este choque indicará uma assistolia elétrica em todo o miocárdio, permitindo que o sistema de condução elétrica intracardíaco reassuma de forma organizada a despolarização miocárdica e o ritmo cardíaco organizado (LADEIRA, 2014).

O desfibrilador automático possui um programa que permite identificar e reconhecer os ritmos de FV ou TV, indicando, portanto o choque. Se o ritmo constado no aparelho não for uma TV ou FV, caracteriza-se, portanto que é uma PCR em ritmo não passível de choque AESP ou Assistolia, cabendo ao profissional manter a massagem cardíaca e as ventilações (LADEIRA, 2014).

A posição recomendada para o paciente durante o atendimento é o decúbito dorsal horizontal sobre superfície rígida. Manter a coluna cervical sempre alinhada com o restante do tronco durante mobilização. A suspeita de lesão cervical deve existir em casos em que o indivíduo esta com perda de consciência e ela não foi presenciada ou quando a vítima sofreu trauma de crânio ou cervical durante a perda da consciência (LADEIRA, 2014).

Recomenda-se implantar o DEA em locais públicos, cujos locais exista uma probabilidade relativamente alta de PCR presenciada como, por exemplo, cassinos, aeroportos, instalações esportivas, hospitais e locais com alta concentração de pessoas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

#### 4.5.2 Modalidades de Parada Cardiorrespiratória

A FV é a forma mais frequente de atividade elétrica inicial na PCR extra-hospitalar. A Taquicardia Ventricular sem pulso é comum, mas frequentemente degenera para FV. São os ritmos elétricos de melhor prognóstico para reversão, desde que tratadas adequadamente e em tempo hábil e ambas somadas, são responsáveis por até 80% dos casos de morte súbita (LADEIRA, 2014).

#### 4.5.3 Taquicardia Ventricular

A TV sem pulso corresponde a 5% das PCR em UTI segundo registros brasileiros. É a sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares (superior a

100 por minuto) chegando à ausência de pulso arterial palpável por deterioração hemodinâmica. O Eletrocardiograma (ECG) apresenta-se com repetição de complexos QRS alargados (maiores que 0,12s) não precedidos de ondas P (TALLO, 2012).

Os sinais e sintomas geralmente são: palpitações, dispneia, hipotensão e sinais de baixo débito cardíaco. Se o paciente estiver estável pode-se utilizar amiodarona ou lidocaína; em caso de instabilidade hemodinâmica deve-se realizar cardioversão sincronizada (SMELTZER, 2005).

#### 4.5.4 Fibrilação Ventricular

Caracteriza-se pela ausência de atividade elétrica organizada, com distribuição caótica de complexos de várias amplitudes, gerando contração incoordenada do miocárdio, sucedendo na ineficiência total do coração em manter a fração de ejeção sanguínea adequada. Ao eletrocardiograma (ECG), aparece com ondas completamente irregulares de amplitude e duração de tempos variáveis. Sendo esta a modalidade mais comum de PCR fora do ambiente hospitalar, com aproximação de 85% dentre as PCR extra-hospitalares não traumáticas (TALLO, 2012).

Segundo Porto (2007), as principais causas são: isquemia do miocárdio, choque elétrico, desequilíbrio ácido-base, hipotermia grave e Infarto Agudo do Miocárdio. Tem de ser tratada de forma imediata, uma vez que há cessação do débito cardíaco e o paciente pode evoluir para morte em pouco tempo.

#### 4.5.5 Assistolia

É a forma de pior prognóstico, caracterizando a ausência de atividade elétrica no coração. É caracterizado como a modalidade mais presente nas PCR intra-hospitalares. Dois registros de UTI gerais brasileiras utilizando protocolo Utstein constataram prevalência, variando de 76,4% a 85% (TALLO, 2012).

#### 4.5.6 Atividade Elétrica sem Pulso (AESP)

É definido pela ausência de pulso na presença de atividade elétrica organizada, o que impõe um alto grau de suspeita por parte do socorrista para se chegar ao diagnóstico. Nesse cenário, o ECG pode apresentar uma ampla diversidade de ritmos, desde ritmo normal até ritmo idioventricular com frequência baixa e ritmos taquicárdicos morfologicamente distintos da taquicardia ventricular (TALLO, 2012).

#### **4.6 Suporte Avançado de Vida**

O uso combinado de vasopressina e epinefrina não oferece nenhuma vantagem em comparação ao uso da dose padrão de epinefrina em PCR. Pode-se administrar epinefrina, tão logo possível, após o início da PCR devido a um ritmo inicial não chocável (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Em pacientes intubados, a incapacidade de obter um ETCO<sub>2</sub> maior a 10 mmHg por capnografia com forma de onda após 20 minutos de RCP pode ser considerada um componente de uma abordagem multimodal para resolver quando terminar os esforços de ressuscitação, mas não deve ser utilizada isoladamente. ETCO<sub>2</sub> é conhecido por Capnografia, técnica importante, não invasiva pois fornece informações sobre a produção de CO<sub>2</sub>, perfusão pulmonar e ventilação alveolar, padrões de respiração, bem como a eliminação do CO<sub>2</sub> do circuito do aparelho e ventilador pulmonar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A RCP extracorpórea é utilizada para descrever o início da circulação extracorpórea e da oxigenação durante a ressuscitação de um paciente em PCR. A ECPR (RCP extracorpórea) envolve a canulação de emergência de uma grande veia e artéria, como por exemplo, as veias femorais. O objetivo é auxiliar os pacientes em PCR enquanto os quadros potencialmente reversíveis são tratados. A ECPR é um processo complexo que requer um time altamente treinado, equipamentos especializados e suporte multidisciplinar dentro do sistema de saúde local (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A lidocaína é usada para evitar uma recorrência da FV ou TV sem pulso pós-parada. Os B-βbloqueadores são utilizados após a parada, mas que devem ser sempre avaliados e são indicados para melhoria da circulação, diminuem a circulação do débito aumentado, no entanto, eles devem ser avaliados caso a caso, pois podem causar insuficiência cardíaca, bradiarritmias e não há uma indicação

geral. Não há evidências adequadas que respaldem o uso rotineiro de B- $\beta$ bloqueadores após a PCR (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

#### **4.7 Cuidados Pós – Ressuscitação**

O Controle Direcionado da Temperatura (CDT) em média de 32° C – 36° C é aceitável uma faixa de temperatura para ser atingida em 24 horas e diminuir, por conseguinte os danos neurológicos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O CDT além das 24 horas, ou seja, controlar a temperatura para não exceder um valor adequado para que não desenvolva febre e não desenvolver outras complicações. Cuidado com a hipotensão, o ideal é que a pressão sistólica esteja em torno de 100 mmHg e que a pressão arterial média não menos que 65 (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Atualmente, o prognóstico pode ser baseado através de alguns pontos e avaliado 72 horas após a parada, no intuito de verificar através de análises laboratoriais e de imagem, se ocorreu resposta positiva ou negativa, e quando está em sedação pode aguardar um pouco mais, no entanto, o ideal é 72 horas após a parada e conclusão do controle direcionado de temperatura. Quando não se pode, no caso quando ele está em sedação, esses medicamentos podem ter ação mais prolongada, mas o ideal é 72 horas após a parada ou 72 horas após a normotemperatura. Após o paciente evoluir para morte cerebral ou circulatória, é considerado possível doador de órgãos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

#### **4.8 Os serviços de Urgência e Emergência nas Unidades de Saúde**

Segundo WEHBE & GALVÃO (2001), antes da década de 1980, os serviços de emergência funcionavam com profissionais que tinham treinamentos específicos para atendimento às vítimas de trauma, não possuindo nenhuma capacitação. Já na década de 1970, os dirigentes de hospitais nos Estados Unidos sentiram necessidade de desenvolver a qualidade do atendimento de emergência e começaram a investir nos profissionais que atuavam neste setor, com a criação do primeiro curso do Advanced Trauma Life Support (ATLS) inicialmente só para médicos. Dando continuidade à especialização de toda equipe, foram criados programas de aperfeiçoamento para enfermeiros, os quais foram denominados

Trauma Life Support Courses For Nurses (TLS for nurses) e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST).

De acordo com CAMERRO et al (2015), os serviços de atendimento as urgências e emergências seguem instituídos pela Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU), tendo como objetivo atender usuários em estado grave, como também casos não urgentes que deverão após ser encaminhados aos serviços ambulatoriais ou especializados da rede de atenção à saúde.

Na tentativa de acomodar os pacientes e garantir certo respaldo jurídico, os hospitais públicos ultrapassam o número de atendimentos para além de sua capacidade, resultando em superlotação, escassez de recursos e sobrecargas dos profissionais. No entanto, esses problemas não impedem à população de buscar o serviço de urgência, uma vez que, esse reúne uma somatória de recursos de atendimento, que não encontraram em outros níveis de atenção (SANTOS, 2010).

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade. Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, internação em UTI e alta taxa de permanência hospitalar (BRASIL, 2002).

Ao longo dos últimos anos tem se estudado amplamente os Serviços de Urgência e Emergência no mundo, em razão do aumento exagerado na utilização deste serviço pelos usuários. A baixa resolutividade, a falta de definições políticas e a qualidade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população tem levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta (CAMERRO et al., 2015).

Situações identificadas na maioria das unidades públicas de urgência do Brasil, como a falta de um direcionamento adequado, interferem especialmente na qualidade do cuidado que é ofertado à população e o processo de trabalho, devido os serviços hospitalares de atendimento estarem abertos 24 horas e assim, apresentar situações que vão desde aquelas de sua inteira responsabilidade, a atendimentos considerados não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menos complexidade (CAMERRO et al, 2015).

Um estudo realizado no ano de 2004, em um hospital geral de Pernambuco, verificou que 74,5% dos atendimentos poderiam ser realizados na atenção básica, por não se caracterizar como urgências, pois eram queixas típicas. Com esta demanda os casos graves e agudos acabam prejudicados, acarretando no acúmulo de tarefas e ainda no aumento de custos de atendimento e a sobrecarga da equipe dos profissionais de saúde (CAMERRO et al., 2015).

#### **4.9 Profissionais de Enfermagem e a Parada Cardiorrespiratória**

Os profissionais da equipe de emergência devem estar preparados para as situações de urgência e emergência, e o enfermeiro é um dos quais atende os casos de maior dificuldade, incluindo as intervenções com pacientes em PCR iniciando o SBV e auxiliando no suporte avançado. Para isso, é necessário ter o preparo e conhecimento sobre as manobras de reanimação e capacitar sua equipe de trabalho, através de orientações técnicas e auxiliares, para um atendimento imediato (CANOVA, 2012).

Nos casos de pacientes com PCR, as condutas são imediatas, pois a vida dele depende disso. Assim, o enfermeiro é testado sempre, por ser um procedimento que exigem do mesmo, agilidade e rapidez no atendimento. Para isso é importante que este profissional tenha um olhar clínico no início da PCR, como também usar os procedimentos necessários como administração de medicações, identificação do ritmo, acesso venoso com boa perfusão e intubação orotraqueal (CORRÊA, 2012).

Realizar este procedimento de RCP no paciente causa muito estresse no profissional, quando este se sente cansado ou inseguro, causando assim, muita exaustão ou depressão. A exaustão pode ocorrer quando ele está com estresses devidos a casos repetidos de RCP sem sucesso. Portanto, o enfermeiro tem que ser capacitado para este tipo de atendimento de emergência e as técnicas serem padronizadas e os conhecimentos específicos no trabalho em equipe (CÔRREA, 2012).

##### **4.9.1 Assistência de Enfermagem às vítimas de PCR**

A PCR é a situação mais dramática na vida de qualquer indivíduo, familiares e profissionais de saúde. O tempo conspira versus o paciente e contra aquele que tentar prestar ajuda, seja ele leigo, enfermeiro ou médico. As condutas devem ser tomadas rapidamente e as indecisões são inadmissíveis (GUILHERME et al [2013?]).

A assistência em enfermagem deve acontecer em um ambiente tranquilo, mas sabe-se que isso é algo difícil de acontecer, pois a urgência ela sempre esta acompanhada de muito barulho e estresse, e o atendimento para realização da RCP aconteça sem nenhum tumulto e que todos os envolvidos neste atendimento escute o líder com clareza. Por ser uma equipe multiprofissional, todos tem que trabalhar com organização. Através do desempenho da mesma, uma vida pode ser salva, pois a equipe de enfermagem desenvolve uma integração com toda a sua equipe (CÔRREA, 2012).

Para tanto, é indispensável à capacitação profissional da enfermagem, a qual nem sempre se apresenta preparada frente a tal situação. Parte do despreparo deve-se ao não fornecimento de treinamento por parte do enfermeiro o qual possui plena ciência da gravidade da situação além de ter conhecimento prático e teórico sobre as atitudes que devem ser tomadas prioritariamente a fim de preservar as funções fisiológicas visto que a gravidade aumenta a cada segundo de demora, podendo causar sequelas irreversíveis (SANTANA; LOPES; QUEIROZ, 2014).

A assistência aos pacientes em PCR requer um conjunto de intervenções, que devem ser executadas de forma rápida e precisa. Especificamente, no ambiente intra-hospitalar, essa situação gera uma mobilização especial na equipe médica e de enfermagem, transformando-se, muitas vezes, em um momento de estresse, na medida em que salvar a vida do outro é um desafio coletivo (LUZIA; LUCENA, 2009).

Pedersoli (2009), por sua vez, observa que a assistência de enfermagem adequada demanda não só habilidade do enfermeiro na realização dos procedimentos de forma rápida, mas que é preciso recursos financeiros, materiais e equipamentos necessários, além de organização da equipe de modo que cada um exerça determinadas funções, com competência técnico-científica para se alcançar o sucesso a intervenção. Ele ainda acrescenta que: “a falha no manejo de vias aéreas ainda é considerada um dos maiores fatores que resultam em piores resultados em anestesia, emergências médicas e terapia intensiva” (SILVA, [2012?]).

O enfermeiro por sua vez deve exercitar sua escuta sensível para detectar sinais e sintomas de diferentes situações comprometedoras à saúde. Desse modo, no caso específico da PCR, é interessante ressaltar que ela promove a interrupção das funções cardíacas e respiratórias, sendo fundamental a atuação do enfermeiro na tentativa de reanimação cardíaca, o que deve ocorrer de forma rápida e eficiente para minimizar os riscos e efeitos deste problema (SILVA, [2012?]).

Segundo Dalri et al (2008):

Cabe à equipe de enfermagem a responsabilidade pelos cuidados intensivos ao paciente em PCR, durante a RCP e após essa intervenção, por meio da avaliação permanente, da vigilância, e da realização de procedimentos e técnicas que complementam a terapêutica médica, embasado em diretrizes para a assistência de enfermagem, garantindo a continuidade de um trabalho integrado, atuando também na orientação e no acolhimento dos familiares.

A ação do enfermeiro diante de uma situação de PCR acontece desde o diagnóstico, implementação das condutas de reanimação, organização do ambiente de trabalho e dos materiais a serem utilizados. Também aciona e organiza toda a equipe de enfermagem, e após a PCR, deve realizar o acompanhamento contínuo e intensivo às vítimas reanimadas, em que as manobras foram bem sucedidas. É obrigação do enfermeiro e de toda a equipe de enfermagem a realização do relatório ou evolução de enfermagem, checagem das medicações e reorganização do setor onde aconteceu o evento. [...] O enfermeiro deve atuar minimizando as angústias dos parentes das vítimas através de esclarecimentos e consequentemente, tentando minimizar as ansiedades e angústias (GUILHERME et al, [2013?]).

Para o SAV, são necessárias técnicas avançadas e invasivas para o manejo do paciente em PCR, visto que a equipe deverá obter o controle invasivo das vias aéreas, acesso venoso para administração de medicamentos, monitoração cardíaca e a identificação da causa de parada cardíaca, na tentativa de restituir as funções vitais de respiração e circulação do paciente, e, quando bem-sucedido, permanecerá reavaliando e tratando a vítima, até que esta seja transferida aos cuidados de uma Unidade de Terapia Intensiva e iniciado os cuidados pós-ressuscitação (CANOVA, 2012).

A assistência de enfermagem fica comprometida quando realizada de forma inadequada, tornando-se vulnerável, muitas vezes, às iatrogenias, gerando um péssimo prognóstico à vítima de PCR. Outro fator relevante é a sobrecarga de

trabalho desses profissionais. Cargas de trabalho podem ser definidas como os elementos do processo de trabalho que se interagem mutuamente com o organismo do trabalhador, resultando em alterações que se manifestam através de desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados (GUILHERME et al, [2013?]).

As péssimas condições de infraestrutura aliada aos conhecimentos insuficientes dos profissionais de enfermagem colocam em risco o sucesso da reanimação, e conseqüentemente, a vida do paciente. Portanto, a falta de conhecimentos teóricos e práticos dos profissionais envolvidos no atendimento à PCR, falhas na organização do atendimento, bem como a insuficiência de materiais e equipamentos necessários para a realização da RCP eficaz favorecem a ocorrência de iatrogenias no decorrer da assistência à PCR, quer seja em unidades hospitalares fechadas, como em Centros de Terapia Intensiva e nas unidades de internação das mais diversas especialidades (GUILHERME et al, [2013?]).

## **5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **5.1 Tipo de Pesquisa**

Este estudo trata-se de uma pesquisa de caráter descritiva exploratória, com modelo de abordagem qualitativa. Para Gil (2009), a pesquisa descritiva visa caracterizar as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Quem habitualmente realiza são os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.

Esse tipo de pesquisa visa descobrir, com maior precisão, com qual frequência um determinado fenômeno acontece e sua conexão com outros, podendo até proporcionar uma visão diferenciada do problema (TOGATLIAN, 2000).

Segundo GIL (2009), uma pesquisa exploratória tem como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, haja visto a definição de problemas mais precisos ou hipóteses que foram adquiridas para que o homem as utilizasse futuramente. A pesquisa aplicada no referido trabalho geralmente é utilizada pelo fato de que determinados temas são pouco explorados tornando-se difícil quanto à formulação de hipóteses de categoria precisa.

O método de abordagem qualitativa não se detém aos números, preocupando-se em entender o contexto de um determinado grupo social e sua organização. Esse estudo busca, de maneira aprofundada, explicar o porquê das situações, além de identificar o que deve ser feito. As principais características de uma pesquisa qualitativa: Compreender, descrever e explicar os objetivos de um fenômeno e suas diferenças de um modo social e de um modo natural, visando obter resultados fidedignos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### **5.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), o qual está localizado na Rua Grupo Hospital Tarcísio V Maia - s/n, CEP: 59600-971 no Município de Mossoró/RN.

É um hospital geral de médio porte, referência para toda a região Oeste do Estado, desempenhando um atendimento de urgência e emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e atende pacientes de alta complexidade, em cirurgias

gerais e ortopédicas. Alguns pacientes são encaminhados para Natal ou Fortaleza, em casos mais graves; e em outros, encaminhados para o hospital Wilson Rosado, para efeitos de internação e cirurgias cardíacas de urgência. De acordo com a necessidade, os pacientes são orientados para buscarem o setor especializado, ou as UBS, para realização de acompanhamento.

A escolha do local deu-se pelo fato do HRTM ser o centro de referência em Mossoró e região, tendo, portanto, profissionais suficientes para uma pesquisa fidedigna.

### **5.3 População e Amostra**

Expor a população sobre um estudo é oferecer a mesma detalhes do seu objeto de estudo que se encontra incluído no universo da pesquisa. A população é a quantidade de sujeitos que são inseridas no estudo. Logo, a amostra se caracteriza como sendo o número de sujeitos selecionados para que sejam cumpridas suas indagações e estas satisfaçam suas fontes de análises (GIL, 2009).

A população da pesquisa foi constituída por todos os enfermeiros do HRTM, município de Mossoró/RN e a amostra presente no estudo foram 10 (dez) Enfermeiros, sendo 05 da Clínica Médica e 05 do Pronto Socorro. Foram considerados alguns critérios de inclusão: enfermeiros que trabalham diretamente na assistência e que estejam na instituição há pelo menos 6 (seis) meses. Como critério de exclusão foram utilizados os enfermeiros que estejam em gozo de férias, licenças ou atestado médico ou que estejam realizando atividades administrativas, bem como não aceitar participar da pesquisa. Infelizmente, por recusa de parte dos profissionais, foram entrevistados 6 profissionais.

### **5.4 Instrumento de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado. Na primeira parte buscou-se caracterizar os participantes em relação à categoria profissional, titulação e tempo de serviço. Na segunda parte da entrevista buscou-se explorar questões concernentes a temática e, em seguida, foram extraídas as principais ideias para serem analisadas e transformadas em informações, levando em conta a disponibilidade dos mesmos.

A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa precedeu a aplicação do instrumento de coleta de dados e, informou-se a todos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, ressaltando a voluntariedade de sua participação e a garantia do anonimato. A coleta ocorreu nos meses de abril, maio e junho de 2016, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE.

### **5.5 Procedimentos para coleta de dados**

Para que a coleta de dados fosse iniciada, o projeto de pesquisa foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE, o qual foi submetido à correção e, posteriormente, aprovado e regularmente aplicado.

Os profissionais foram abordados no seu ambiente de trabalho para não causar prejuízos e os objetivos dos trabalhos foram explanados para que eles pudessem optar por participar ou não da pesquisa.

Todos os registros das respostas obtidas através da entrevista foram arquivados em um gravador de áudio e entregues ao pesquisador responsável da pesquisa.

### **5.6 Análises de Dados**

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, na qual se questiona sobre o conhecimento dos profissionais de enfermagem de Pronto Socorro e Clínica Médica frente à PCR. Toda interpretação dos dados obtidos será analisada juntamente com as respostas ao qual se submeteram os profissionais durante as perguntas submetidas a eles.

Propõe-se trabalhar com a análise de conteúdo de Bardin (2010) obedecendo a sua sequência que é desenvolvida em três fases: 1) Pré-análise, 2) exploração do material 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Nesta última etapa é realizada a interpretação do discurso dos profissionais de enfermagem a fim de identificar qual o conhecimento deste acerca da assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória.

## **5.7 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação serão observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa possui riscos mínimos, como: constrangimento e medo em responder aos questionamentos, no entanto, serão explicados os objetivos da pesquisa, assim como, iremos contribuir para que haja um ambiente calmo e tranquilo durante a entrevista, diminuindo assim, os riscos da pesquisa. Os benefícios estão em analisar o conhecimento prático-teórico da enfermagem acerca do tema abordado e contribuir para o conhecimento científico através da divulgação da pesquisa.

A pesquisa levará ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

O projeto foi aprovado pelo CEP sob número de protocolo: 61//2016 e CAAE: 54919216.1.0000.5179.

## **5.8 Financiamento**

Todas as despesas provenientes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientador e banca examinadora.

## 6 ANÁLISE DE DADOS

Direcionada pelas categorias supracitadas, foi desenvolvida a análise dos dados, que está exposta da seguinte forma: citação de autores, fala dos entrevistados na íntegra e opinião da pesquisadora.

Inicialmente a amostra era composta por 10 enfermeiros, mas devido aos critérios de exclusão, 04 enfermeiros não concordaram participar da pesquisa, logo, obteve-se um total de 06 profissionais participantes.

No intuito de garantir o sigilo dos enfermeiros entrevistados, foram utilizados codinomes de minerais preciosos.

### 6.1 Caracterização da Amostra

Apresentam-se neste item, os dados que foram analisados através da frequência simples e porcentagem, representadas em forma de tabelas e a realidade da amostra.

Tabela 1 – Quanto a caracterização dos participantes da pesquisa

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>FREQUÊNCIA SIMPLES (N)</b>	<b>PORCENTAGEM (%)</b>
<b>SEXO</b>		
Feminino	2	33%
Masculino	4	67%
<b>IDADE</b>		
30-35	2	33%
36-40	1	17%
Acima de 40	3	50%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casado	4	67%
Divorciado	1	17%
Outros	1	17%

<b>ESCOLARIDADE</b>		
Superior com Especialização	5	83%
Superior sem especialização	6	17%
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>		
1-10	3	50%
11-20	1	17%
21-30	2	33%
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO</b>		
1-10	3	50%
11-20	1	16,7%
21-30	1	16,7%
Outros	1	16,7%

**Fonte:** Pesquisa de campo (2016)

Quanto ao sexo, 33% são femininos e outros 67% masculinos. Há 40 anos, o percentual de homens que trabalhavam no setor de Enfermagem no Estado de São Paulo era de apenas 2%, percebeu-se o aumento desses profissionais que chega a 40%, segundo o banco de dados do COREN/SP, no ano de 2009. Atualmente, com o crescimento da profissão, cada vez mais profissionais do sexo masculino são encontrados como líder da equipe de enfermagem, em serviços maiores e especialmente em grandes cidades.

No que se refere a idade dos participantes, podemos observar que 50% se enquadram na faixa etária acima de 40 anos; 33% de 30 a 35 anos e uma pequena minoria de 17% estão situados entre 36 aos 40 anos.

Quanto ao estado civil dos enfermeiros, fica definido que a grande maioria deles é composta por casados, com o percentual de 67%, ficando o restante dividido entre divorciados e não informados, o que define o índice de casados como bastante elevado.

Quanto a especialização, 17% não tem pós-graduação e 83% possui ensino superior com especialização, sendo estas: Enfermagem em Nefrologia; Enfermagem do Trabalho e Docência para ensino profissional; Enfermagem Obstétrica, atuação em Processos de mudanças na formação superior de profissionais de saúde; Saúde Pública, Saúde da família, Epidemiologia, obstetrícia, Gestão em Urgência e Emergência.

Ao compararmos as informações referentes ao tempo de formação e tempo de atuação na enfermagem, constatamos que a maioria dos sujeitos deste estudo (50%) tem menos de dez anos de formação e 50% do total de trabalhadores têm menos de 11 anos de atuação.

## **6.2 Análise dos resultados referentes à temática**

### **6.2.1 Passos a serem seguidos na Parada Cardiorrespiratória**

Segundo a AHA (2015), a PCR tem seu próprio protocolo que no caso é o C-A-B, aplicada no SAV ou na Cadeia Intra Hospitalar, ou seja, no âmbito hospitalar.

Ao reconhecer a PCR, deve-se solicitar por ajuda, seja do técnico ou médico. Em seguida iniciar as compressões que é a letra C (*compressions*); 30 compressões torácicas seguidas por duas respirações/insuflações, logo após deve-se checar a ausência de pulso carotídeo que é obrigatória, mas não deve ultrapassar 10 segundos. O profissional pode administrar 1 ventilação a cada 6 segundos, que são 10 respirações por minuto, enquanto são aplicadas compressões torácicas contínuas, isto é, durante a RCP com via aérea avançada, conforme preconiza a AHA (2015).

Segundo a AHA (2015), verificar se as vias aéreas estão obstruídas por corpo estranho (presença de sangue, vômitos ou secreções presentes) na garganta e aspirar se necessário; usar a cânula orofaríngea (Guedel) de acordo com tamanho e forma adequada com o objetivo de afastar a língua e facilitar a aspiração. Para inserir a cânula basta introduzir com a concavidade voltada para cima (palato duro) e girar a 180° concavidade para baixo, posicionando-a sobre a língua e instalar equipamentos que correspondem ao suporte avançado como a intubação, acesso venoso, a administração de drogas, desfibrilação e a monitorização da pressão

arterial, esperando se pela volta dos batimentos cardíacos, como recomenda o protocolo.

O DEA deve ser utilizado assim que disponível, e ao reconhecer FV ou TV, aplicar e reiniciar as compressões em seguida. Se os ritmos reconhecidos não forem os acima citados, caracteriza-se, portanto que é uma PCR em ritmo não passível de choque AESP ou Assistolia, cabendo ao profissional manter a massagem cardíaca e as ventilações (LADEIRA, 2014).

Os enfermeiros do estudo demonstram conhecimento sobre como acontece os passos a serem seguidos em caso de PCR, mas de forma superficial e incompleta quando se refere ao real objetivo do mesmo. Vejamos a seguir:

“Estabelecer via aérea, ventilação e circulação o quanto antes. Os demais passos dependem do local (intra ou extra hospitalar) e dos recursos necessários para reverter a situação” (Painita).

“Os passos a serem seguidos no caso de PCR né, de parada, hunrum, é vou responder de acordo com minha prática, né, o que eu faço, que vejo aqui na prática, é iniciar compressões torácicas o quanto antes, se o paciente é, não tiver com via aérea avançada, a gente fica com oxigênio a 100%, no ambu né, aquela máscara a 100% e fica ambuzando, é, numa relação de 30 compressões pra 2 ventilações, se ele tiver numa, numa via aérea avançada, tiver entubado, traqueostomizado, enfim, aí a, a ventilação ocorre “independente das compressões” né, numa relação e as ventilações elas são feitas a cada 6 segundos em média, e aí, normalmente o médico quando chega, se ele não tiver chegado enfim, quando o médico começa a atuar ele passa, ele prescreve a adrenalina né, a adrenalina, e a gente faz em bôlus, normalmente uma ampola ou duas, o que é 1ml né cada ampola, faz uma ampola, 1ml ou 2, e faz 20 ml de ABD em bôlus né, que é pra empurrar a medicação pra ela chegar lá no miocárdio, no coração, que é o que importa, e aí a gente segue o protocolo, aliás, cada médico faria um pouco, mas, em média de 20 minutos, 30 minutos, de exercício de compressão torácica, é, normalmente a gente tenta monitorizar o paciente, se ele não tiver monitorizado e é isso, o protocolo dentro do PS é basicamente esse né, e se tiver com via aérea avançada ou não, se tiver secreção, essas coisas, então, participa também, a gente acaba fazendo aspiração de secreção da orofaríngea, traqueal enfim, para desobstruir via aérea, mas antes de tudo a gente inicia compressão torácica” (Alexandrita).

Conforme descrito por Alexandrita, sua assistência depende dos conhecimentos adquiridos na prática e que esta independe do Protocolo da AHA (2015). Mas, para se ter uma assistência sistematizada, é necessário que a equipe se atualize constantemente e tenha conhecimento das atualizações, para que

decisões possam ser tomadas com segurança e não em fontes secundárias, além de estar colocando a vida do paciente em risco.

Uma assistência de qualidade depende não somente do enfermeiro, mas de toda equipe e para isso é necessário recursos financeiros e conhecimento técnico científico, pois há uma necessidade de resposta rápida para prevenir, vigiar e atuar em uma PCR de forma mais efetiva e capacitada para potencializar as ações a nível hospitalar.

“Verificar pulso para certificar a ausência de circulação; verificar se vias aéreas estão pérvias e ausência de respiração; realizar massagem cardíaca (no mínimo 100 por minuto); avaliar e se necessário desfibrilar” (Berilo Vermelho).

Berilo Vermelho destaca o valor mínimo de compressões, que condiz com a literatura da AHA (2015) e corresponde a no mínimo 100 compressões por minuto, porém, em nenhum momento foi relatado o valor máximo, tendo em vista que excedido esse valor, a medida que a frequência aumenta a efetividade diminui, podendo ocasionar lesões como fraturas nas costelas.

De acordo com Musgravite:

“Identificar a vítima com ausência de consciência, iniciar as compressões, acionar serviço de emergência, manter as compressões até a chegada do socorro médico” (Musgravite).

Musgravite relata ser necessário iniciar as compressões após identificado ausência de consciência, mas partindo do pressuposto da AHA (2015), se a PCR acontece a nível EH, antes de iniciar as compressões, é necessário garantir a segurança do local para preservar a vida tanto do socorrista (leigo ou profissional da saúde), quanto do paciente que está precisando de atendimento. Feito isso, acionar o SAMU e a nova diretriz da AHA (2015), aborda ser viável utilizar tecnologias de mídia social que é o telefone celular, para que o socorrista receba informações de como agir até a chegada do SAMU.

“Solicitar ajuda pegar material; colocar vítima em decúbito dorsal; abertura das vias aéreas; respiração boca-boca ou boca-nariz e compressão torácica externa” (Diamante Vermelho).

“Usar as cadeias de sobrevivência, dependendo se é uma PCR IH ou uma PCREH” (Benitoíte).

Após a última publicação da cadeia de sobrevivência, houve a implementação da Cadeia Intra Hospitalar, passando a ter a Cadeia Extra e Intra Hospitalar. Ao questionar os participantes da pesquisa sobre os passos, pôde-se analisar que eles têm conhecimento do assunto para compreensão, salientando que há algumas divergências visto que recentemente foi publicado o novo protocolo da AHA, não sendo de conhecimento de muitos profissionais, gerando divergências de opiniões e dando possibilidades de incertezas, concluindo que o que foi respondido pelos sujeitos do estudo é coerente, mas não suficiente.

Como a PCR é a situação mais dramática na vida de qualquer indivíduo, o tempo sempre conspirará contra o paciente e contra aquele que tentar prestar ajuda, seja ele médico, enfermeiro ou leigo. As condutas devem ser tomadas com segurança, firmeza, rapidez, calma e as indecisões são inadmissíveis (GUILHERME et al, [2013?]).

#### 6.2.2 Principais dificuldades para atuar em uma Parada Cardiorrespiratória

Nesta categoria identificam-se fatores percebidos pelos profissionais de enfermagem relacionados à organização do trabalho que dificulta e facilita a atuação no processo de PCR.

Segundo VALENTE (2011), a partir da análise das informações coletadas, o enfermeiro presta assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho como pelas especificidades das tarefas, além de viver uma estreita relação com o processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade, tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença. Encontram-se a unidade de pronto-socorro e os profissionais que lá atuam, porém, apesar de existirem diversos fatores estressantes nesta profissão, pode-se considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho do enfermeiro em uma unidade de emergência concentra-se no fato de que as suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana.

Os profissionais enfermeiros devem possuir e/ou passar constantemente por processo de qualificação para exercer suas funções. Sabe-se que isso transcorre de processos que se iniciam nas salas de aula, no entanto, tanto os profissionais quanto as instituições formadoras e empregadoras, compreendem que estes espaços não são suficientes e que, por isso, a educação e as capacitações devem

fazer parte do dia-a-dia da vida dos profissionais e instituições. Este fato pode ser exemplificado na fala a seguir:

“As dificuldades consistem em não se seguir o protocolo. Os médicos talvez por não conhecerem, ou por insegurança, acabam tomando decisões e prescrevendo condutas baseados em fontes secundárias. As condições de trabalho relacionadas a matérias, insumos e recursos humanos, podem vir a se tornar uma dificuldade se não estiverem disponíveis” (Painita).

Partindo do pressuposto da fala acima, os profissionais de enfermagem tem tentado mudar esse quadro, embora ainda exista rejeição de muitos médicos quanto a opinião dos enfermeiros em procedimentos, que também são de sua competência. Não há aqui uma generalização, tendo em vista que para uma conduta ser tomada, depende da base técnica científica que o profissional possui, pois sem o conhecimento teórico, nada pode ser feito na prática.

É de responsabilidade única do enfermeiro, coordenar sua equipe diante de uma situação de PCR, por isso espera-se que este tenha capacidade suficiente para determinar as ações realizadas pela equipe (FERNANDES, 2012).

De acordo com VALENTE (2011), como principais estressores na unidade é possível elencar: número reduzido de funcionários compondo a equipe de enfermagem; falta de respaldo profissional; carga de trabalho; necessidade de realizar as tarefas em tempo reduzido; falta de experiência por parte dos profissionais e falta de comunicação e compreensão com a equipe e um dos mais importantes, ambiente físico da unidade e insumos materiais reduzidos.

Tendo em vista que a ausência de insumos interfere na continuidade do cuidado à saúde, não só porque impossibilita a ação de forma resolutiva, mas pelo fato de que alguns pacientes precisam ser encaminhados a outros setores, conforme mencionado por Alexandrita, Berilo Vermelho, Musgravite e Diamante Vermelho, logo abaixo:

“Bom, como eu disse, eu ia tentar basear minhas respostas na minha prática, então, as principais dificuldades pra atuar em uma PCR são as dificuldades daqui do PS, do pronto socorro, que é, quando falta material, quando falta pessoal né, quando falta equipamento, falta por exemplo, ambu, falta um monitor pra gente monitorizar um oxímetro, é, falta um tubo, as vezes como eu disse, o médico quer entubar pra fazer uma via aérea avançada, então, é falta um tubo de numeração adequada, enfim, as principais dificuldades são essas,

falta de material, equipamento e de pessoal principalmente e de estrutura também né, porque né, a gente até tem um local para estabilizar o paciente, mas essa estabilização ela acaba funcionando na grande maioria do tempo ela está ocupada com o paciente que acaba transformando essa estabilização numa semi UTI ou numa pequena UTI, né, então ela deixa de existir como uma estabilização porque não fica disponível para novos pacientes, pra pacientes que estejam instáveis e que precisa estabilizar, então na verdade a estabilização, o “atendimento vermelho” acaba acontecendo em qualquer local que o paciente tá, então essas são as principais dificuldades” (Alexandrita)

“Falta dos materiais necessários e falta de recursos humanos treinados” (Musgravite).

De acordo com a fala dos entrevistados, a falta de material implica consideravelmente na assistência. A saúde no Brasil passa a ficar comprometida com a grande demanda de pacientes e o número reduzido de profissionais que passam por longas jornadas de trabalho. É imprescindível que os hospitais disponibilizem cursos de treinamentos teóricos e práticos para assegurar os profissionais na qualidade da assistência prestada.

Como mencionado abaixo:

“A falta de conhecimento da população e o não treinamento das equipes de saúde” (Diamante Vermelho).

“Falta de equipamentos e capacitação da equipe” (Berilo Vermelho).

“Falta de preparo para o trabalho em equipe e desconhecimento do protocolo por parte da equipe” (Benitoíte).

Durante o estudo e conforme mencionado na maioria das falas, é possível perceber que, dependendo da experiência que o profissional tenha adquirido no decorrer de sua formação ou carreira profissional, esse terá maior preparo para o enfrentamento da situação estudada, haja vista a utilização de protocolos na assistência mediante a RCP, mesmo que se precise passar por processos relacionados à educação permanente para manter-se atualizado.

Fica evidenciado que as dificuldades vivenciadas no cotidiano comprometem a qualidade da assistência. Sabendo-se da necessidade da equipe em prestar uma assistência imediata e sistematizada, fica evidente que é preciso estabelecer prioridades através de protocolos de emergência. O Sistema Único de Saúde enfrenta diversas dificuldades o que interfere diretamente nas condições de trabalho.

### 6.2.3 Atualização sobre as diretrizes de Parada Cardiorrespiratória e novo Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar

De acordo com SAMPAIO (2012), na formação do enfermeiro, os conteúdos teóricos e práticos relacionados à PCR e manobras de RCP são ministrados de forma limitada, superficial, e muitas vezes não suprem as necessidades dos alunos. As dificuldades refletem na prática do enfermeiro, pois só a experiência profissional não oferece subsídios e embasamentos teóricos suficientes para suprir este déficit. Os programas de capacitação que existem são destinados aos profissionais médicos e enfermeiros, principalmente os que trabalham e se deparam com situações de urgência e emergência. Também há os de preparação de profissionais para atuarem como instrutores ou auditores de cursos.

Quando questionados a respeito das Diretrizes, destacam-se:

“Atualmente estou fazendo um curso que vai abordando as atualizações, conforme os módulos vão sendo ministrados” (Painita)

“Me atualizo, me atualizo sim, até como eu disse, eu sou professor, trabalho em outros locais, aliás, em outro lugar, eu sou professor do curso técnico né, então em me atualizo sim quanto a pcr e conheço o novo protocolo sim de 2015, estudei, inclusive, enfatizei uma aulas que tive numa turma recentemente sobre pcr né, na disciplina de terapia intensiva, então me atualizei né, e conheço sim o novo protocolo” (Alexandrita).

“Sim” (Berilo Vermelho).

“Sim, faço parte de um serviço que tem um núcleo permanente de capacitações” (Musgravite).

“A delimitação dos limites para compressões, dando ênfase na qualidade e quantidade adequada, padronização das ventilações em adultos com via aérea avançada, o uso apenas de adrenalina e não mais de vasopressina” (Diamante Vermelho).

“Sim” (Benitoíte).

Como já mencionado, os cursos de SBV e SAV são oferecidos regularmente no Brasil, hoje, sob a permissão e supervisão da American Heart Association, porém, muitas vezes, estão fora das possibilidades financeiras dos interessados.

Propor, então, um programa de capacitação do enfermeiro para o atendimento da PCR/RCP é aproximar da sua realidade prática os conhecimentos que estão sendo produzidos a respeito do assunto, e também contribuir para que haja uma padronização e uniformização do atendimento da PCR/RCP na instituição pesquisada.

GUILHERME et al, [2013?], define a PCR como uma situação de extrema urgência que requer da equipe a adoção imediata de manobras estabelecidas em protocolos e diretrizes específicas para este atendimento.

Destacaram-se depoimentos que caracterizam essa atuação:

“Até onde pude perceber, as mudanças foram discretas e estão mais relacionadas ao uso de algumas drogas” (Alexandrita).

“Eu procuro seguir, como eu já disse, principalmente em relação ao time de resposta rápida como tem essas dificuldades aqui, eu acredito que é um dos pontos que eu acabo falhando mais, que muitas vezes a gente tem que tentar suprir essas necessidades de pessoal, material, equipamento, de estrutura e acaba falhando nesse ponto, é, de de resposta rápida mas na medida do possível eu tento seguir sim o novo protocolo” (Berilo Vermelho).

“Massagem cardíaca numa frequência de 100 a 120/min; - profundidade das compressões: no mínimo 5cm e no máximo 6cm; sequencia das massagens: circulação, aberturas vias aéreas e respiração e por ultimo desfibrilação” (Musgravite).

“A delimitação dos limites para compressões, dando ênfase na qualidade e quantidade adequada, padronização das ventilações em adultos com via aérea avançada, o uso apenas de adrenalina e não mais de vasopressina” (Diamantes Vermelhos).

“Ênfase nas compressões torácicas, trás modificações na ventilação entre os leigos” (Benitoíte).

Conforme mencionado, destaca-se a importância do profissional de enfermagem no desenvolver deste processo, pois geralmente são os primeiros que respondem a PCR e devem aplicar de forma imediata, segura e competente as manobras de reanimação, de forma a contribuir para o sucesso do atendimento e melhor prognóstico do paciente e o conhecimento sobre o novo protocolo torna-se imprescindível.

No setor de urgência e emergência, estar capacitado para os profissionais de saúde é fundamental para o adequado atendimento dos pacientes gravemente

enfermos, influenciando diretamente na sobrevida e sequelas (LUZIA; LUCENA, 2009).

Desta forma, os treinamentos para utilização dos protocolos de RCP e a educação continuada possibilitam uma maior autonomia dos profissionais envolvidos, e garantem as condições ideais para o atendimento, norteando o trabalho, sem fugir do que é preestabelecido.

## 7 CONSIDERAÇÕES

A Parada Cardiorrespiratória é um evento dramático, uma vez que o tempo apresenta-se como uma variante importante nesse caso, evidenciando a importância de atuação rápida e eficiente.

A partir da análise das informações coletadas, constatou-se que alguns dos sujeitos do estudo têm conhecimento sobre o novo protocolo, mas não os coloca em prática, seja por não ter conhecimento do atual protocolo ou por divergência de opiniões com a equipe plantonista.

Torna-se difícil para o enfermeiro prestar assistência qualificada tendo em vista que o mesmo não recebeu aporte para isso durante a graduação ou treinamento adequado. É frequente o fato das pessoas leigas não conseguirem identificar uma PCR, porém, é imprescindível a assistência em tempo hábil. É função prioritária de o enfermeiro oferecer assistência ao paciente grave, porém sua função frente a uma PCR é bem mais extensa, necessitando dar suporte à equipe para oferecer condições de atendimento em qualquer âmbito hospitalar.

Devido a grande demanda nos serviços públicos de saúde, o déficit de profissionais, recursos humanos, equipamentos e estrutura física inadequada, têm aumentado consideravelmente, resultando em uma assistência com insuficiência de insumos, ocasionando uma sobrecarga nos serviços de urgência e atos repetitivos que levam a uma perda de tempo, considerável para a sobrevivência do paciente.

Como bem se sabe, os protocolos da AHA são atualizados a cada 5 anos, mas recentemente, foram revisadas novas diretrizes e normalmente resultam em modificações no conteúdo do protocolo para atendimento em PCR.

É imprescindível que as instituições se comprometam e assumam a responsabilidade de estar realizando capacitações no que concerne ao atendimento e atualização dos protocolos da AHA sobre a PCR, considerando turnos e possibilitando a participação de toda equipe. Nesse caso, a educação permanente e continuada, assim como treinamentos para aplicação dos protocolos, proporcionaria maior autonomia à equipe, bem como os enfermeiros.

As dificuldades encontradas para a seguinte pesquisa emergiu desde a iniciativa em encontrar artigos que abordassem sobre a nova atualização da diretriz que ocorreu no ano de 2015 até a coleta de informações que estão relacionadas a não aceitação dos profissionais em participarem da pesquisa, tendo em vista que o

setor de urgência e emergência é agitado e maioria não se dispuseram a responder. Os dados foram coletados de forma manual, o que ocasionou demora das informações obtidas.

Os objetivos apresentados por este estudo foram atingidos em sua plenitude. As contribuições poderão auxiliar a ampliação do campo de atuação do enfermeiro na urgência e emergência. Nota-se, portanto, a necessidade de publicações que ressalte a assistência do enfermeiro no setor de urgência e emergência e realizar processos contínuos de educação e formação, a fim de aprofundar conhecimentos e habilidades.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, Arielle et al. Conhecimentos, atitudes e práticas da enfermagem sobre a Parada cardiorrespiratória em unidade de cuidados Intermediários de neonatologia: estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 97-101, 2015.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015**: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. [S.l.]: AHA, 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12. **Dispõe sobre as diretrizes da pesquisa com seres humanos**. Brasília/DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael** – Monte Tabor, Ministério da Saúde. – 10. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 12 nov. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo\\_prt2048\\_05\\_11\\_2002.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt2048_05_11_2002.pdf)>. Acesso em: 01 set 2015.
- CAMERRO, Aline et al. Perfil do atendimento de serviços de urgência e emergência. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, v. 8, n. 1, p. 515-524, 2015. Disponível em: <<http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/10112015195658.pdf>>. Acesso em 26 maio 2016.
- CANOVA, Jocilene de Carvalho Miraveti. **Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar**: vivências da equipe de enfermagem de um hospital escola. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.
- COELHO, Livia Ramos; SILVA, Fabiano Júlio. **Parada cardiorespiratória: implicações e intervenções de Enfermagem**. Santa Cruz/Rio de Janeiro, [2012?].
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer COREN-SP CAT Nº 007 / 2010. **Relação entre compressão torácica e ventilação artificial durante atendimento à parada cardiorrespiratória em adulto**. 2011. Disponível em: <[http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2010\\_7.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_7.pdf)>. Acesso em: 20 out 2015.

CORRÊA, Allana dos Reis et al. Atendimentos a vítimas de parada cardíaca extra hospitalar com desfibrilador externo automático em unidades de suporte básico. **Cienc Cuid Saude**, v., 13, n. 4, p. 600-607, out/dez, 2014.

CORRÊA, Angelita Monsores. **Atuação do Enfermeiro a Frente a Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar**. 13 f. Monografia (Especialização em Urgência e Emergência) – Faculdade Redentor. Três Rio/RJ, 2012.

DALRI, Maria Celia Barcellos et al. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 6, 2008.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

DUARTE, Renata Nascimento; FONSECA, Alex Jardim. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. Boa Vista/RR, v. 22, n. 2, p. 153-158, 2010.

FALCÃO, Luiz Fernando do Reis; BRANDÃO, Julio Cezar Mendes. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Martinari, 2010.

FAVARATO, Maria Helena et al. Parada Cardiorrespiratória Prolongada Tratada com Sucesso no Metrô de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, v. 102, n. 5, 2014.

FERNANDES, Bianca Rolim. **Capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 26 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Ciências da Vida – DCVida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, 2012. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/986/TCC%20BIANCA%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 abr 2016.

GARCIA, Adriana Mandelli. **Tradução para o português e validação de um instrumento de avaliação de qualidade da ressuscitação cardiopulmonar no atendimento pré hospitalar: Utstein Style**. 43 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUILHERME, Maria Isabel Silva et al. **O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR)**. [2013?]. Disponível em: <

<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52368.E12.T10532.D8AP.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

GUIMARÃES, H.P.; LOPES, A.C. **Parada cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LADEIRA, José Paulo. Ressuscitação Cardiopulmonar. In: MARTINS, Herlon Saraiva et al. **Emergências clínicas: Abordagem primária**. 9. ed. Barueri/SP: Editora Manole, 2014.

LUZIA, MF; LUCENA A. F. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, p. 328-3, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5638/6692>>. Acesso em 04 junho 2016.

MANTOVANI, Mário. Suporte básico e avançado de vida no trauma. São Paulo: **Editora Atheneu**, 2005.

MARTINS, et al. **Emergências Clínicas: Abordagem prática**. 9ª ed. Editora Manole, 2014.

MENEZES; Rízia Rocha; ROCHA, Anna Karina Lomanto. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. **InterScientia**, João Pessoa, v.1, n.3, p. 2-15, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOORE, Keith L; DALLEY, Arthur F. **Anatomia orientada para a clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

MORAIS, Daniela Aparecida. **Parada cardiorrespiratória em Ambiente pré-hospitalar: Ocorrências atendidas pelo serviço de atendimento Móvel de urgência de Belo Horizonte**. 89f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2007.

MORAIS, Daniela Aparecida; CARVALHO, Daclé Vilma; CORREA, Allana dos Reis. Parada cardíaca extra-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida imediata após manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Belo Horizonte/MG, v. 22, n. 4, p. 562-8, jul-ago, 2014.

MOURA, LAERCIA MARREIRO DA SILVA. **A implantação do Samu 192 Regional no Vale do Açu a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências**. 76f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, Mossoró, 2012.

MORAIS, Daniela Aparecida. **Ressuscitação cardiopulmonar pré-hospitalar: fatores determinantes da sobrevida.** 113f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Enfermagem, Belo Horizonte, 2012.

PEDERSOLI, Cesar Eduardo. **O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar:** revisão integrativa da literatura. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a21v20n2.pdf>>. Acesso em 12 maio 2016.

PORTO, C.C. **Vademecum de Clínica Médica.** 2 ed. Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

RIBEIRO JÚNIOR, Célio et al. **Manual Básico de Socorro de Emergência.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

RIBEIRO, Benedita Gonçalves de Assis et al. Perfil epidemiológico de pacientes com distúrbios cardiovasculares atendidos no pronto socorro de um hospital universitário. **REAS**, v. 2, n. 3, p. 32-41, 2013.

ROSA, Marcelo Ricardo. **Atuação e desenvolvimento do enfermeiro frente ao Cliente/paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR):** revisão de literatura, [2010?].

SALOUM, Nájela Hassan; BOEMER, Magali Roseira. A morte no contexto hospitalar - as equipes de reanimação cardíaca. **Rev. latino am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 109-119, dezembro 1999.

SAMPAIO, Frederico Santos. **Assistência de enfermagem no atendimento ao paciente em Parada Cardiorrespiratória no serviço de Emergência Pré - hospitalar.** Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdades Integradas do Extremo Sul da Bahia, 2012.

SANTANA, Lidiane Silva; LOPES, Wisma Silva; QUEIROZ, Vanessa. A equipe multidisciplinar na atenção a pessoa em parada cardiorrespiratória: uma revisão de literatura. **Ciência et praxis**, v.7, n.13, 2014.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Marcilaine Pinheiro. **Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória.** Santa Cruz/Rio de Janeiro, [2012?].

SMELTZER, S. C. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10 ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, Stefanny Faunny Mota de. SILVA, Glaydes Nely Sousa da. Parada cardiorrespiratória cerebral: assistência de enfermagem após a reanimação. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 11, n. 2, p. 143-57, 2013.

TALLO, Fernando Sabia et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Rev. Bras. Clin. Med.** São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2012.

TIMERMAN, Sérgio et al. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p.211-218, 2009.

TOGATLIAN, Marco Aurélio. **Pesquisa**. 2000. Disponível em: <<http://www.togatlian.pro.br/docs/pos/unesa/tipos.pdf>>. Acesso em: 04 out 2015.

VALENTE, Marina dos Santos. **O estresse da equipe de enfermagem no setor de urgência e emergência**. Graduação em Enfermagem na UNINORTE. Rio Branco/AC, 2011. Disponível em: <[http://fameta.edu.br/media/files/2/2\\_281.pdf](http://fameta.edu.br/media/files/2/2_281.pdf)>. Acesso em 12 maio 2016.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Cristina Maria. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada como Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem da Clínica Médica e Pronto Socorro frente à Parada Cardiorrespiratória será desenvolvida por Micherlânia de Medeiros Vale, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró sob a orientação do pesquisador responsável Prof.: Lucídio Clebeson de Oliveira.

A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na Clínica Médica e Pronto Socorro do HRTM sobre a assistência imediata a vítimas de PCR. Os objetivos específicos são: Descrever os principais sinais clínicos de uma PCR; Identificar a existência de educação continuada para capacitação de profissionais/enfermeiros frente a uma PCR; Descrever as principais dificuldades no atendimento a vítimas de PCR e descrever a assistência dos enfermeiros em situação de parada cardiorrespiratória.

O tema proposto surgiu em decorrência de experiências vividas em estágios na área de saúde no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia na cidade de Mossoró.

A pesquisa não apresenta riscos profundos aos participantes durante a coleta de dados. Entretanto os questionamentos não tem intenção de produzir, em momento algum, constrangimento à pessoa pesquisada, dessa forma esta apresenta riscos mínimos como possível constrangimento aos responder as perguntas, contudo os benefícios superam os riscos.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da pesquisa. 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, e o direito de desistir da mesma, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista gravada pessoalmente com os familiares do pacientes depressivos. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso

decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador responsável<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativas, direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Lucidio Clebeson de Oliveira  
Pesquisador responsável

---

Participante da Pesquisa

<p>Impressão datilosc ópica</p>
---

<sup>1</sup>Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-014  
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa

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

APENDICE B – Instrumento de Coleta de Dados  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Idade:** \_\_\_\_ anos

**Estado civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Outros

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Tempo de formação acadêmica:** \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação:** \_\_\_\_\_

**Possui especialização:** ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

**Número de filhos:** \_\_\_\_\_

**Nº de pessoas na residência:**

**Renda familiar:** ( ) menor de um salário mínimo.

( ) um salário mínimo.

( ) mais de um salário mínimo.

**II. QUESTÕES REFERENTES À TEMÁTICA**

a. Quais os passos a serem seguidos em caso de uma Parada?

b. Quais as principais dificuldades para atuar em uma Parada Cardiorrespiratória?

c. Você se atualiza sobre as diretrizes de Parada Cardiorrespiratória?

d. Conhecem o novo protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar?

e. Quais os pontos mais importantes em uma Ressuscitação Cardiopulmonar?

f. Recebeu algum treinamento para atuar na parada cardiopulmonar?

g. Quais as principais mudanças do novo protocolo?

h. Vocês seguem o novo protocolo?

**ANEXOS**

## ANEXO A - Certidão



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 3ª Reunião ordinária realizada em 14 de Abril 2016 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UMA CLÍNICA MÉDICA FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA", Protocolo CEP: 61/2016 e CAAE: 54919216.1.0000.5179 Pesquisador Responsável: Lucídio Clebeson de Oliveira e dos Pesquisadores Associados: Thiago Enggle de Araújo Alves, Micherlânia de Medeiros Vale e Carlos Augusto da Silva Almeida.

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.

João Pessoa, 14 de Abril de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE