

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE /RN**

ÉRIKA PATRÍCIA DE OLIVEIRA ARAÚJO

Assistência na Parada Cardiorrespiratória:

Aplicação do protocolo determinado pela American Heart Association 2010 pela equipe de enfermagem em um serviço da cidade de Mossoró/RN

MOSSORÓ/RN
2012

ÉRIKA PATRÍCIA DE OLIVEIRA ARAÚJO

Assistência na Parada Cardiorrespiratória:

Aplicação do protocolo determinado pela American Heart Association 2010 pela equipe de enfermagem em um serviço da cidade de Mossoró/RN

Monografia apresentada à Banca Examinadora apresentada da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves

MOSSORÓ/RN
2012

ÉRIKA PATRÍCIA DE OLIVEIRA ARAÚJO

Assistência na Parada Cardiorrespiratória:

Aplicação do protocolo de determinado pela American Heart Association 2010 pela equipe de enfermagem em um serviço da cidade de Mossoró/RN

Monografia apresentada pela aluna Érika Patrícia de Oliveira Araújo, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE/RN tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves (FACENE/RN)
Orientador

Prof(a). Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva (FACENE/RN)
Membro

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares (UERN/RN)
Membro

As pessoas mais importantes da minha vida: meus pais, dedico!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **DEUS**, por me conceder o dom da vida e me permitir realizar um dos meus maiores sonhos: Ajudar ao próximo, OBRIGADA PAI!

Aos **meus pais**, que foram verdadeiramente meus companheiros durante essa longa jornada! Obrigada meus amores, muitíssimo obrigada mesmo sem vocês eu não teria conseguido chegar tão longe, e saibam vou me orgulhar SEMPRE em ter a honra de ter nascido filha de pessoas tão maravilhosas como vocês!

A **família FACENE**, por me acolher com tanto carinho durante esses 4 anos de curso o meu muito obrigado, sou FELIZ por ter feito parte desta família.

Ao meu amigo, mestre, e querido orientador **Thiago Enggle de Araújo Alves** muito obrigada meu bem pela paciência, pelos conselhos, elogios e críticas que me fez, sabe muito bem que tenho um carinho imenso por você obrigado também, por me estimular a ser uma grande profissional na área da saúde, e por me fazer sempre seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos. O mérito desse trabalho também é seu! Te admiro muito.

As minhas amigas e irmãs, **Juliana Larissa e Suiany Dantas** quero que saibam que mesmo esse tempo todo longe de vocês eu nunca as esqueci, vocês foram e SEMPRE serão muito importantes em minha vida, sei que quando precisar, posso contar com vocês e podem ter certeza que vou estar aqui pra o que precisarem! Amo vocês minhas irmãs.

As minhas amigas e colegas de curso, **Tereza Leite e Camilla Amorim** obrigada por me acompanharem durante toda essa jornada vocês já são parte de minha vida, que o tempo não permita e não desgaste essa amizade construída, contem comigo SEMPRE, amo vocês.

A minha companheira de muitos momentos monitoria, estágios, pós-graduação em andamento **Ana Maria Carvalho Pinheiro**, obrigada pelo seu jeitinho paciente de me entender quando precisei, obrigada por me aguentar tanto tempo perto de você (risos), aprendi muito com você pode ter certeza, sucesso em sua vida você merece muito!

Ao meu grande amigo, companheiro de curso, confidente em diversas vezes **Geraldo Everton** meu nêgo, eu amei ter te conhecido e agradeço a DEUS imensamente por ter me concedido sua amizade, obrigada por me entender e valorizar minha amizade, mesmo nos

meus momentos de raiva e estresse, pode ter a certeza que vou estar aqui pra o que você precisar e que no meu coração seu espaço é reservado, desde 2009 Te adoro!

As minhas queridas amigas e docentes **Joseline Pereira e Verusa Fernandes**, obrigada pela confiança depositada em mim durante esses últimos anos de curso, saibam que muitas vezes me inspirei na capacidade que vocês tem e nas pessoas maravilhosas que vocês são, agradeço imensamente por terem feito parte do meu crescimento como profissional!

A querida **Raquel Mirtes** que com sua alegria contagiante confiou e acreditou que iríamos conseguir a você, o meu muito obrigado!

Ao meu grande amigo e mestre **Francisco Rafael Ribeiro Soares**, obrigada por ter feito parte do meu crescimento acadêmico, saiba que aprendi muito com você, que o nosso senhor DEUS o preserve SEMPRE assim como você é, essa pessoa maravilhosa.

A todos os funcionários do **HRTM**, que contribuíram para a construção desse trabalho a vocês meu mais sincero agradecimento!

A toda equipe da **UBS Francisco Marques da Silva** em especial a enfermeira **Andrea Abreu** obrigada pelos belíssimos 3 meses de experiência junto a vocês hoje posso dizer que vou levar comigo para SEMPRE o conhecimento adquirido e as amizades construídas a vocês o meu MUITO OBRIGADO!

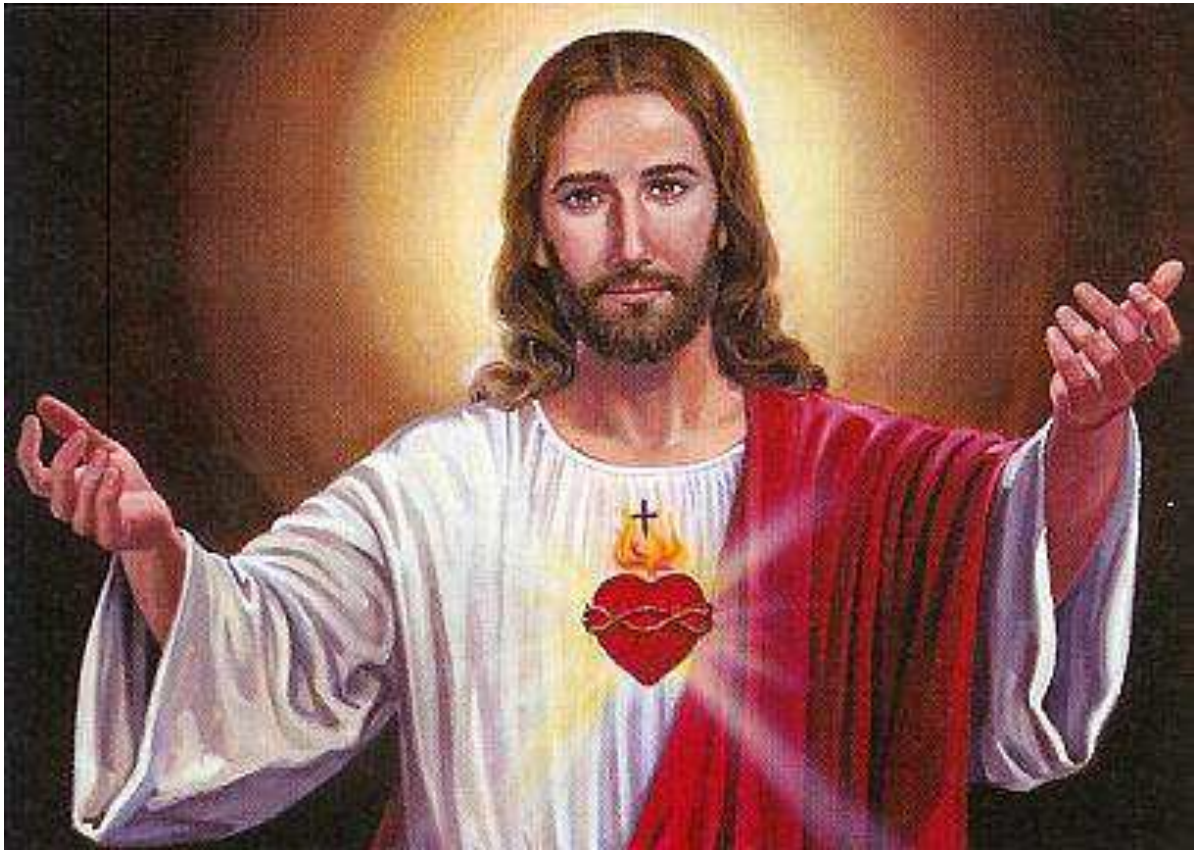
A você **Vanessa Camilo** por me ajudar em todos os momentos que precisei e por ter me intitulado como sua monitora de metodologia (risos) muito obrigada vanessinha, quando precisar de mim, estarei aqui! Obrigada.

A vocês **Liêda, Eguimara e Natália, José e Raimundo** meus agradecimentos!

Ao meu amor, amigo, cúmplice, confidente **Anderson Jardel**, obrigada meu amor a cada dia que passa, tenho a certeza de que só ao seu lado vou ser FELIZ, agradeço todos os dias a DEUS por ter juntado nossos destinos e ter nos feito um só. Você é com certeza um dos melhores acontecimentos em minha vida neste ano, saiba meu amor que EU TE AMO de verdade e que juntos vamos construir um futuro melhor pra nós dois! Te amo.

A todos os **formandos 2012.2** o meu obrigado! SUCESSO a todos.

E aqueles, a quem eu esqueci primeiramente peço desculpas e em seguida o meu muito obrigado, sei que de alguma forma vocês participaram deste momento! Obrigada.



Fonte: <http://intrometendo.com/fotos-de-jesus-cristo/>

“Entrega teu caminho ao SENHOR; confia nele, e ele o fará”

(Salmos, 37:5)

RESUMO

Em 2010 a American Heart Association (AHA) implantou novas diretrizes para RCP, visando à qualidade no atendimento em vítimas com PCR. Diante da necessidade de melhoria da qualidade do atendimento surgiu o questionamento: “De que forma os profissionais de enfermagem atuam na parada cardiorrespiratória de acordo com o novo protocolo AHA 2010”? Objetivou-se avaliar a atuação da equipe de enfermagem na RCP de acordo com o novo protocolo da AHA, traçar o perfil da equipe de enfermagem em relação aos dados sócio-demográficos, conhecer, de acordo com os entrevistados, a atuação da equipe de enfermagem na RCP, identificar as dificuldades na prestação da assistência na RCP, verificar o conhecimento da equipe de enfermagem atuante no pronto-socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM) sobre o novo protocolo e averiguar se a equipe de enfermagem passou por capacitação recente relacionada a RCP. Foram usados os seguintes autores: TORTORA, DERRICKSON, 2010; GOSS, 1988; GUYTON 1988; PAPPANO, 2009; GUYTON; HALL, 2002; UCHÔA, 2010. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa realizada no Pronto Socorro (PS) do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM). A população foi composta pela equipe de enfermagem atuante do hospital, sendo a amostra constituída por 05 (cinco) enfermeiros e 06 (seis) técnicos de enfermagem. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista, composto por perguntas abertas e fechadas. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro deste ano levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa com seres humanos e também a Resolução 311/2007 que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, garantindo o sigilo das informações coletadas. Os dados obtidos através das gravações foram submetidos à transcrição, extraindo-se destas a ideia principal e expressões-chave a serem demonstradas através da técnica de Discurso do Sujeito Coletivo. Já os dados quantitativos foram demonstrados por meio de gráficos e tabelas. Todos os custos relacionados à pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada. As principais ideias centrais foram: Conhecimento e atualização, Compressões Torácicas, Calma e Habilidade, Trabalho em equipe, Equipe e material insuficiente, Sequência A-B-C para C-A-B, Atuação de qualidade, Quantidade de profissionais, Fornecimento de suporte circulatório e ventilatório, Melhor Prognóstico. A assistência de enfermagem no momento da RCP deve ser realizada com conhecimento, atualização, calma e habilidade, e com o início rápido das compressões torácicas garantindo a oxigenação e fluxo sanguíneo. Compreende-se também que falta de material e equipe tem prejudicado a assistência dificultam significativamente o atendimento aos pacientes vítimas da PCR. Em relação às diretrizes propostas pela AHA 2010 a alteração nos procedimentos inerentes ao SBV de A-B-C para C-A-B tem feito diferença no momento da assistência e que quando aplicados no momento da RCP sendo realizados com eficiência podem dobrar ou triplicar as chances de sobrevivência após uma PCR. Pode ser observado que a equipe de enfermagem em sua grande maioria tem conhecimento sobre as diretrizes e que as realizam melhorando de alguma maneira a assistência prestada na RCP.

Palavras-chave: Parada Cardíaca; Cuidados de Enfermagem; Serviços médicos de emergência.

ABSTRACT

In 2010 American Heart Association (AHA) implemented new guidelines for RCP, aiming at the quality of care in victims with PCR. Given the necessity to improve the quality of care the question arose: "How do nurses work in cardiorespiratory arrest according to the new protocol AHA 2010 "? This study aimed to evaluate the performance of the nursing staff in RCP according to the new AHA protocol; describe the profile of the nursing staff in relation to socio-demographic data, know, according to the interviewees, the role of nursing staff in CPR, identify the difficulties in providing assistance in RCP; check the knowledge of nursing staff who work in the emergency room of the Tarcísio Maia Regional Hospital (HRTM) about the new protocol and investigate whether the nursing staff participated in training related to recent RCP. The following authors were used: TORTORA, DERRICKSON, 2010; GOSS, 1988; GUYTON 1988; PAPPANO, 2009; GUYTON; HALL, 2002; UCHÔA, 2010. This is an exploratory, descriptive approach with quantiquitative approach performed at the Emergency Room (ER) of the Tarcísio Maia Regional Hospital (HRTM) The population was composed by the nursing staff who works in the hospital, the sample constituted of by 05 (five) nurses and 06 (six) nursing technicians. The instrument used for data collection was a structured interview, composed of open and closed questions. Data collection was conducted in August and September this year taking into consideration the Resolution 196/96 of the National Health Council which deals with research involving human beings and also Resolution 311/2007 which rules the Nursing Professional Code of Ethics, ensuring the confidentiality of the collected information. The data obtained through recordings were submitted to transcription extracting their main idea and key expressions to be demonstrated through the Collective Subject Discourse technique, whereas the quantitative data were shown through charts and tables. All costs related to the research were of the associate researcher entire responsibility. The main central ideas were: Knowledge and updating, Chest Compressions, Calm and Ability, Teamwork, Staff and insufficient material, A-B-C to C-A-B sequence, Quality Performance, Quantity of professionals, Providing circulatory and ventilatory support, Better Prognosis. Nursing care at the time of RCP should be performed with knowledge, updating, calm and skill, and with the quick start of chest compressions ensuring oxygenation and blood flow. It is also understood that lack of equipment and staff has harmed the assistance significantly hinder patient care victims of PCR. Regarding the guidelines proposed by the AHA 2010 the change in procedures inherent to SBV from A-B-C to C-A-B has made difference during the assistance and that when applied during RCP if performed with efficiency may double or triple the chances of survival after a PRC. It could be observed that the nursing staff in its great majority is aware about the guidelines and those they perform them improving somehow the care given in RCP.

Keywords: Cardiac Arrest; Nursing, Emergency Medical Services.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Caracterização da amostra segundo a idade.....	34
Gráfico 2: Caracterização da amostra segundo ao sexo	35
Gráfico 3: Caracterização da amostra segundo a formação complementar	36
Gráfico 4: Caracterização da amostra referente ao tempo de atuação no PS	37
Gráfico 5: Dados referentes ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o novo protocolo de Reanimação Cardiorrespiratória proposto pela AHA 2010.....	37
Gráfico 6: Dados referentes a questão 6: Nos últimos meses passou por alguma atualização referente a RCP de acordo com o novo protocolo apresentado pela AHA 2010	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: DSC e ideia central, por parte dos enfermeiros, referente as questões: Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar?/ Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiopulmonar..... 39

Quadro 2: DSC e ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem, referentes as questões: Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar?/ Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiopulmonar..... 39

Quadro 3: DSC e ideia central de acordo com os enfermeiros, referentes as questões: Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar?/ Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiopulmonar..... 40

Quadro 4: DSC e ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem, referentes as questões: Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar?/ Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiopulmonar..... 40

Quadro 5: DSC e ideia central de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem, referente a questão: Existem entraves e/ou dificuldades na assistência de enfermagem durante a Reanimação Cardiopulmonar? Se sim, qual (is)?..... 42

Quadro 6: DSC e ideia central de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem, referente a questão: Nos últimos meses passou por alguma atualização referente à RCP de acordo com o novo protocolo apresentado pela AHA 2010? Se SIM, qual(is) a(s) mudança(as) que considerou mais importante? 43

Quadro 7: DSC e ideia central de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem, referentes a questão: Em sua opinião, é necessário que o profissional de enfermagem seja constantemente treinado para no momento da RCP? Por quê?..... 44

Quadro 8: DSC e ideia central, de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem, referente a questão: Quantos profissionais de enfermagem julga necessário para uma assistência adequada no momento da RCP?..... 45

Quadro 9: DSC e ideia central de acordo com os enfermeiros, referentes a questão: De que forma o novo protocolo da AHA 2010, contribuiu na assistência de enfermagem durante a RCP?..... 46

Quadro 10 DSC e ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem, referentes a questão: De que forma o novo protocolo da AHA 2010, contribuiu na assistência de enfermagem durante a RCP? 46

LISTA DE SIGLAS

ACE- Atendimento Cardiovascular de Emergência
AESP- Atividade Elétrica Sem Pulso
APH- Atendimento Pré-Hospitalar
A-B-C- Vias aéreas, respiração, e compressões torácicas
bpm- Batimentos por minuto
C-A-B- Compressões torácicas, vias aéreas, respiração
DCV- Doenças Cardiovasculares
DEA – Desfibrilador Externo Automático
DEM- Dissociação Eletromecânica
DIC- Doenças Isquêmicas do Coração
DSC- Discurso do Sujeito Coletivo
ECG- Eletrocardiograma
FACENE- Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró
FV- Fibrilação Ventricular
HRTM- Hospital Regional Tarcísio Maia
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva
ILCOR- International Liaison Committee on Resuscitation
MSC- Morte Súbita Cardíaca
NAV- Nodo Atrioventricular
OMS- Organização Mundial da Saúde
PC- Parada Cardíaca
PCR- Parada Cardiorrespiratória
PS- Pronto Socorro
RCP- Reanimação Cardiopulmonar
RN- Rio Grande do Norte
SA- Nodo Sinoatrial
SAV- Suporte Avançado de Vida
SC- Síndrome Coronarianas
SCA- Síndromes Coronarianas Agudas
SUS- Sistema Único de Saúde
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

UPI- Unidade de Paciente Infectado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	17
1.2 HIPÓTESE	18
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	20
3.1.1 O Coração.....	20
3.1.2 Fisiologia do Coração	21
3.2 FATORES DE RISCO E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES	22
3.3 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR).....	24
3.3.1 Ritmos de Parada Cardiorrespiratória	24
3.3.1.1 Assistolia	24
3.3.1.2 Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)	25
3.3.1.3 Fibrilação Ventricular (FV).....	25
3.3.1.4 Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP)	26
3.4 NOVO PROTOCOLO DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA SEGUNDO A AMERICAN HEART ASSOCIATION 2010.....	26
3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA SEGUNDO NOVO PROTOCOLO	28
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	30
4.1 TIPO DE PESQUISA	30
4.2 LOCAL DA PESQUISA	30
4.3 POPULAÇÃO E MOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS	31
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DE DADOS	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
4.8 FINANCIAMENTO.....	33
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	34
5.1 DADOS REFRENTES A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	34

5.2 DADOS REFERENTES A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM) QUANTO AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM A REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo alto índice de óbitos da população mundial. Estima-se que pelo menos 1/3 das pessoas chegue ao óbito devido a esses distúrbios, que têm, como fatores de risco, sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipertensão arterial, diminuição ou ausência de atividades físicas, hábitos alimentares inadequados, dentre outros. É possível perceber que a mudança nos métodos para a prevenção dessas doenças ainda deixa a desejar, uma vez que suas consequências são mais visíveis (MENDES et.al , 2006).

De acordo com Kawaoka, Paula e Feitosa-Filho (2010), as patologias do coração são ainda hoje a maior causa de atendimentos em unidades de urgência e emergência. Podemos classificar as doenças cardiovasculares como o grande motivo de morbimortalidade, promovendo um impacto característico em relação aos cuidados que deve-se ter em conhecer os motivos que levam um indivíduo a desenvolver tais patologias e, com isso, poder encontrar medidas terapêuticas o mais precocemente possível.

Dados presentes no DataSUS nos mostram que no ano de 2009, foram registradas 10,97% de internações no Brasil motivadas por doenças isquêmicas do coração (DIC); no Rio Grande do Norte, esse número chega a 11,3 %, e é notável que, no decorrer dos anos, a incidência vem aumentando (BRASIL, 2009).

As síndromes coronarianas (SC) podem ser divididas em arritmias cardíacas, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), isquemias coronarianas, podendo ainda ser classificadas em Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) as quais se enquadram Angina *Pectoris*, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Isquemia Miocárdica. Pode-se definir Parada Cardiorrespiratória (PCR) como a interrupção repentina da circulação ligada à insuficiência respiratória em qualquer pessoa, portadora ou não de doenças cardiovasculares sendo todas elas causa de Morte Súbita Cardíaca (MSC) (AEHLERT, 2007; MEIRELES; FALCÃO; FEITOSA FILHO, 2010).

A parada cardíaca (PC) é a cessação súbita da circulação sistêmica em indivíduo com expectativa de restauração da função cardiopulmonar e cerebral. Em conjunto a esse evento, interrompe-se a atividade respiratória, definindo-se então parada cardiorrespiratória (PCR) (MEIRELES; FALCÃO; FEITOSA FILHO, 2010).

Por muito tempo, a população considerava a morte como um evento sem possibilidades de reversão e todas as manobras realizadas para ressuscitação não eram levadas em consideração. No fim do Império Romano mais precisamente no ano de 467 a.C, as práticas de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) variavam da aplicação de calor ao corpo inativo com objetos quentes no abdômen processo chamado de fumigação, chegando até mesmo a flagelação chicoteando a vítima com folhas de urtiga, planta esta que possui substância irritativa em suas folhas. Este fato, teve duração até o século XVIII e somente no ano de 1960 os procedimentos de ressuscitação foram evidenciadas na prática diária “a beira-do-leito”. (TIMERMAN et.al, 2009).

No ano de 2005, a American Heart Association (AHA), implantou novas diretrizes para RCP, visando à qualidade no atendimento em vítimas com PCR. Estudos comprovam que, cinco anos após a implantação dessas diretrizes, são necessárias melhorias nos atendimentos, com o objetivo de preservar a integridade do paciente; assim, no ano de 2010, a AHA apresenta as mudanças elaboradas para maiores e melhores resultados na assistência ao paciente, vítima de PCR, as quais devem ser aplicadas pela equipe de enfermagem no serviço intra-hospitalar (HAZINSKI, 2010).

1.1 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

Diante da constatação de que foi possível perceber a gravidade que as doenças cardiovasculares e a PCR proporcionam ao indivíduo acometido, resolveu-se construir esta pesquisa em decorrência dos conhecimentos adquiridos nas leituras, vivências presenciadas durante os estágios da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado VII, onde fora observado que, na maioria das vezes, os profissionais de enfermagem não atuam de forma coerente durante a assistência prestada e também pelo interesse em conhecer como realmente é realizada a assistência pela equipe de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar, e se essa assistência já tem o conhecimento necessário sobre as diretrizes determinadas pela AHA 2010.

Foi possível perceber que a assistência fornecida no momento da RCP ainda precisa de melhorias significativas, e que os profissionais que atuam em serviços de atendimento às urgências e emergências devem estar devidamente preparados e aptos para agir em situações de pacientes vítimas de PCR, por isso se faz necessário um conhecimento ampliado sobre o assunto, com o objetivo de investigar se os

profissionais estão realmente habilitados a assistir qualquer paciente que se encontrem na situação acima citada (BERGAMASCO, 2006).

Em virtude disso e de acordo com os achados obtidos na literatura, apreende-se a importância da compreensão acerca de todos os eventos inerentes à atuação necessária em estudo para, deste modo, a enfermagem pilarizar de modo efetivo a sua assistência, preservando a qualidade de vida de seus pacientes (BERGAMASCO, 2006).

Para tanto, surgiu o seguinte questionamento: “De que forma os profissionais de enfermagem atuam na parada cardiorrespiratória de acordo com o novo protocolo AHA 2010”?

1.2 HIPÓTESE

Parte-se do pressuposto que os profissionais de enfermagem não atuam na RCP de forma a respeitar as novas diretrizes propostas pela AHA 2010, a fim de oferecer uma assistência de qualidade promovendo o bem-estar do indivíduo acometido pela PCR.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a atuação da equipe de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar de acordo com o novo protocolo da American Heart Association 2010;

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil da equipe de enfermagem em relação aos dados sócio-demográficos;
- Conhecer, de acordo com os entrevistados, a atuação da equipe de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar;
- Identificar as dificuldades na prestação da assistência na Reanimação Cardiopulmonar;
- Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem atuante no pronto-socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia sobre o novo protocolo;
- Averiguar se a equipe de enfermagem passou por capacitação recente relacionada à Reanimação Cardiopulmonar;
- Verificar se o número de profissionais da equipe atuante é suficiente para o desenvolvimento da assistência;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR

O sistema circulatório tem como composição dois sistemas de condução principais: o sistema cardiovascular que anatomicamente é composto por sangue, coração e vasos sanguíneos, e o sistema linfático responsável por prover drenagem para o líquido presente nos tecidos denominado linfa. É através dos vasos que o coração consegue realizar funções referentes à nutrição e absorção com o auxílio de canais microscópicos denominados capilares. (TORTORA; DERRICKSON, 2010)

O coração tem um tamanho relativamente parecido com um punho fechado, e seus vasos têm como função principal conduzir o sangue para todo o organismo, mantendo este oxigenado e preservando as funções de órgãos vitais como rins, cérebro e fígado. O sangue necessita de ser bombeado continuamente até chegar a todas as células, havendo, assim, troca de materiais e, para que isso aconteça, o coração chega a realizar 100.000 batimentos por dia (GOSS, 1988; BRANDÃO; FALCÃO, 2010).

Na fisiologia de um coração normal, seus batimentos são controlados pelo Nodo Sinoatrial (SA), chamado também de marca-passo do coração. Em um indivíduo que se encontra em repouso, o SA contrai no mínimo 70 vezes por minuto, e o chamado impulso cardíaco criado por esse nodo é conduzido para todo o coração (GUYTON, 1988).

As diversas fases do potencial elétrico do coração estão voltadas às variantes de permeabilidade da membrana celular relacionadas aos íons de sódio (Na^+), potássio (K^+) e cálcio (Ca^+), igualmente a todas as outras células do coração, a concentração de K^+ existente no interior da célula muscular cardíaca é maior do que a de seu exterior (PAPPANO, 2009).

3.1.1 O Coração

Localizado na cavidade torácica, logo atrás do osso esterno e acima do músculo diafragma, com seu ápice direcionado levemente à esquerda, o coração chega a pesar em média 280 a 340g, variando em indivíduos que praticam algum tipo de exercício ou atividade intensa. Ele continua quase sempre a crescer com peso e tamanho

proporcionais até certo período da vida, existindo muitas vezes alteração de tamanho e peso por motivos patológicos. Existem três camadas pertencentes ao tecido muscular desse órgão, que são: epicárdio, miocárdio e endocárdio. Já o envolvendo e protegendo de outros órgãos presentes no mediastino, existe o pericárdio, que se trata de um saco fibro-seroso capaz de ater sua expansão durante a diástole ventricular (GOSS, 1988; DANGELO; FATTINI, 2007).

O coração pode ser subdividido em 04 (quatro) camadas ou compartimentos, que são dois átrios e dois ventrículos. Entre eles podem-se encontrar pequenas aberturas responsáveis por nortear a corrente sanguínea, as quais são chamadas de valvas tricúspide, bicúspide ou mitral. Para manter-se irrigado, o coração necessita de dois vasos importantes, denominados artérias coronárias, direita e esquerda, sendo que a esquerda possui maior calibre, com isso a distribuição sanguínea através dela é maior (DANGELO; FATTINI, 2007).

A circulação do sangue acontece quando o fluxo sanguíneo é conduzido por meio do coração e seus vasos. O lado direito é responsável por receber sangue venoso, sangue este que é pobre em oxigênio (O₂) e rico em dióxido de carbono (CO₂) através das veias cavas superiores e inferiores desembocando no átrio direito, a partir daí o sangue passa pela valva tricúspide preenchendo o ventrículo direito, após ocorrer a contração do mesmo o sangue é direcionado a valva pulmonar localizada no tronco pulmonar passando pelas artérias pulmonares e capilares pulmonares onde ocorre a hematose, ou seja, troca gasosa de CO₂ por O₂ (PORTO, 2005).

3.1.2 Fisiologia do Coração

O coração possui um sistema elétrico capaz de gerar impulsos com ritmos regulares, que geram a contratilidade do músculo cardíaco. O funcionamento habitual desse sistema proporciona que os átrios tenham um tempo mínimo de contração de 1,6s antes que os ventrículos possam conduzir o sangue contido neles para os pulmões e circulação periférica, ressaltando ainda a contração simultânea dos ventrículos, permitindo que haja pressão nos compartimentos ventriculares (GUYTON; HALL, 2002).

O estímulo do coração ocorre normalmente de maneira ordenada, o que proporciona o bombeamento eficaz do sangue, realizado através do sistema de condução

do coração. O nodo sinusal ou nodo sinoatrial, trata-se de uma faixa que contém forma achatada, tendo em média 3mm de largura, 15mm de comprimento e 1mm de espessura, localizado mais especificamente na parte póstero-lateral do átrio direito, bem abaixo e lateralmente à abertura da veia cava superior, capaz de comandar a frequência dos batimentos cardíacos, sendo definido como marca-passo natural do coração, localizado também no átrio direito próximo ao seio coronariano e logo abaixo ao septo interatrial existe o nodo atrioventricular (NAV), partindo dele pode-se encontrar outro tipo de tecido especializado em condução chamado de Feixe de His que após estender-se para a musculatura ventricular forma uma vasta rede de condução intraventricular a qual recebe o nome de fibras de Purkinje (GUYTON; HALL, 2002; SANTOS et al,2008; PAPPANO, 2009).

O potencial elétrico tem início nas células do Nodo Sinoatrial (SA), que está localizado entre as aberturas das veias cavas inferior e superior na parede atrial direita. Como o nodo SA gera descarga com maior rapidez, esse tecido especializado age como marca-passo cardíaco natural (MORTON et al, 2007 apud UCHÔA, 2010 p. 21).

O sinal elétrico responsável pela contração inicia quando o SA dispara um potencial de ação. A despolarização desse potencial se espalha para as células adjacentes com o auxílio das junções comunicantes permitindo assim que a condução do sinal se dê rapidamente pela via internodal e de forma mais lenta pelas células contráteis do átrio. Desta maneira o sinal elétrico passa do NAV para o feixe de His sendo conduzido para os ramos direito e esquerdo em direção ao ápice do coração. Neste ponto encontra-se as fibras de Purkinje que são capazes de transmitir os impulsos de forma rápida com velocidade de 4m/s, possibilitando que todas as células do ápice sejam capazes de se contrair quase que concomitantemente (SILVERTHORN, 2003).

Quando o potencial elétrico ou o ritmo é alterado por alguma doença cardiovascular e o fluxo sanguíneo se torna inadequado, uma das consequências existentes é a anormalidade da frequência e da contração das cavidades cardíacas, tornando o bombeamento do coração insuficiente, levando, muitas vezes, o indivíduo à morte (GUYTON; HALL, 2002).

3.2 FATORES DE RISCO E AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por cerca de 30% dos óbitos em todo o mundo e estão associadas a fatores de risco já conhecidos como: sedentarismo responsável por pelo menos 22% do aparecimento das DCV, obesidade principal fonte de formação de placas de ateroma nos vasos, tabagismo levando o indivíduo na maioria dos casos a insuficiência respiratória, hábitos alimentares inadequados motivados pelo ritmo de vida diário e hipertensão arterial. A hipertensão arterial e o tabagismo estão entre os fatores de risco modificáveis mais preocupantes e agravantes no controle das doenças cardiovasculares (MORAES; VAN EYKEN 2009).

Outros fatores de risco existentes são os chamados fatores predisponentes, dentre eles estão: história familiar de DIC, obesidade, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais. Deve-se considerar que o estilo de vida da população nos dias de hoje também tem grande influência no aparecimento dessas doenças, pois a grande maioria sempre opta pela rapidez e praticidade nos afazeres do dia a dia, seja na alimentação, atividades do lar etc. (MARTINEZ; SANTOS FILHO, 2002).

Hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, diabetes tipo 2 e sedentarismo contribuem isolada ou associadamente para o desenvolvimento do processo aterosclerótico, que caracteriza-se como mecanismo central para o desenvolvimento de doença arterial coronariana (AMARAL; et al., 2010 p. 01).

Estudos comprovam que o impacto das DCV até o ano de 2020 aumentará o risco de morte em 20%, terá grande destaque nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e um fato preocupante são as elevadas taxas de sedentarismo, má alimentação, excesso de peso, fatores que contribuem de forma direta no aparecimento de novos casos destes distúrbios (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010).

Embora se tenham tido altos investimentos no controle de doenças cardiovasculares, os números existentes em relação aos óbitos causados por essas ainda não apresentam mudanças significantes; portanto, para a prevenção adequada, é necessário que haja a conscientização da população sobre os riscos que os fatores predisponentes acarretam. Uma das soluções para o controle adequado dessas doenças são os hábitos saudáveis, ou seja, faz-se necessário que o estilo de vida mantido seja modificado, o que pode gerar, assim, maiores expectativas de vida (MENDES, et. al., 2006).

3.3 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

Definida como a cessação súbita da circulação sistêmica e deficiência integral da oxigenação tissular, ocasionada tanto por ineficiência circulatória ou por interrupção da função respiratória em pessoas com perspectiva de restauração de sua função cardiorrespiratória, portadoras ou não de distúrbios crônicos incuráveis ou que se encontrem em estágio terminal (FERRAZ et. al., 2009; CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma condição clínica emergencial em que ocorre uma inadequação do débito cardíaco, que resulta em um volume sistólico insuficiente para perfusão tecidual, provocado, na maioria das vezes, por uma interrupção súbita da atividade mecânica ventricular, e que geralmente cursa com falha respiratória (SILVA, 2008 apud UCHÔA 2010 p 22).

O diagnóstico da PCR deve ser realizado com rapidez e eficácia, levando em consideração três critérios importantes: responsividade, respiração e pulso. Caso não ocorra nenhuma resposta durante a avaliação, pode-se considerar que o paciente esteja em situação potencialmente letal, e o atendimento emergencial deve ser priorizado (BUENO, et. al., 2003).

A prioridade no atendimento ao paciente vítima de PCR supera qualquer outra situação clínica, tendo em vista que a assistência correta, realizada com rapidez e eficácia, é de fundamental importância a fim de se evitar a ocorrência de sequelas irreversíveis e proporcionar melhores prognósticos (LADEIRA, 2006).

3.3.1 Ritmos de Parada Cardiorrespiratória

3.3.1.1 Assistolia

A assistolia é definida como a interrupção de qualquer impulso elétrico e mecânico existente nos ventrículos e é a causa mais frequente de parada cardíaca na UTI de todo o Brasil, representando cerca de 76,4% a 85%. No eletrocardiograma (ECG), pode ser identificada pelo aparecimento de uma linha isoeletrica observada em pelo menos duas derivações (MEIRELES; FALCÃO; FEITOSA-FILHO (2010).

Normalmente denominada linha plana, a assistolia é caracterizada pela ausência dos complexos QRS, embora, algumas vezes, as ondas P possam ficar aparentes em

pelo menos duas derivações. Geralmente o indivíduo não apresenta pulso palpável, batimento cardíaco ou respiração, e o tratamento indicado é a Reanimação Cardiopulmonar a fim de manter o paciente vivo (SMELTZER; BARE, 2005).

A assistolia pode ocorrer em indivíduos acometidos por cardiopatias graves, intoxicação por drogas, distúrbios hidroeletrólíticos, entre outros. Na maioria dos casos, ela representa o estágio final no processo de evolução da PCR fibrilatória e Atividade Elétrica sem Pulso (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

3.3.1.2 Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)

Antigamente chamada de dissociação eletromecânica (DEM), é identificada por ritmo elétrico, que normalmente deveria estar associada a pulso central, em que o paciente não apresenta nenhuma reação, não respira e não é possível sentir o pulso carotídeo, apesar de, quando monitorizado, apresente qualquer atividade elétrica que possa representar algum estímulo indicativo de impulso cardíaco (AEHLERT, 2007).

Em relação ao tratamento da AESP, não é indicado de maneira alguma o choque, já que existe atividade elétrica ventricular capaz de produzir pulso central; nesse caso, a aplicação do choque provocaria a desorganização dessa atividade, trazendo maiores consequências durante a assistência ao paciente. O tratamento que mais se aplica a essa situação se trata do Suporte Avançado de Vida (SAV), que consiste em: RCP, monitorização, intubação e acesso venoso (LADEIRA, 2006).

3.3.1.3 Fibrilação Ventricular (FV)

Contração desordenada do miocárdio, ocasionada pela atividade desorganizada de diversas fibras miocárdicas diferentes, o que resulta num débito cardíaco insuficiente. Estando muitas vezes associada a casos de isquemia, é considerado o tipo mais comum de PCRs fora do âmbito hospitalar numa porcentagem equivalente a 85% e por volta de 5,4% no intra-hospitalar, tornando-se a terceira causa de PCR (CONSENSO NACIONAL DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 1996).

A FV produz um tremor ineficaz dos ventrículos; no ECG não é possível identificar atividade atrial, pois as ondas apresentam-se irregulares com amplitude e duração variáveis, e são caracterizadas, também, pela ausência de batimentos cardíacos

imperceptíveis, pulso palpável, variando numa frequência ventricular de cerca de 300 batimentos por minuto (bpm) e respiração tendo como consequências graves PC e óbito caso não seja tratada a tempo (SMELTZER; BARE, 2005).

3.3.1.4 Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP)

Definida como série rápida de batimentos ventriculares ectópicos, que superam 100 bpm, capaz de levar a uma grave decadência hemodinâmica, resultando na ausência de pulso arterial palpável, é considerada uma modalidade de PCR e chega a representar cerca de 5% dos casos nas UTIs. No ECG, é notória a presença repetitiva dos complexos QRS alargados não precedidos pelas ondas P (CONSENSO NACIONAL DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 1996).

3.4 NOVO PROTOCOLO DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA SEGUNDO A AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) 2010

As emergências podem ser entendidas como situações consideradas graves que acontecem no serviço de saúde, na rua, ou em casa ambientes estes onde são indicados a cadeia de intervenção assistencial pré-hospitalar que está associada a outros serviços prestados em especial ao hospitalar, garantindo atendimento integral ao paciente grave (CRISTINA, 2006).

A assistência nas urgências e emergências, como é o caso da PCR, também é de responsabilidade do atendimento pré-hospitalar. A Portaria GM/MS nº 2048 tem o APH móvel como um serviço de urgência/emergência que tem como objetivo chegar até o indivíduo nos primeiros minutos logo após acontecer o agravo a sua saúde, que pode ser responsável por ocasionar deficiência física ou óbito, visando a prestação de atendimento de qualidade disponibilizando se necessário o transporte a alguma unidade hospitalar devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CRISTINA, 2006).

O novo protocolo criado pela AHA 2010 está fundamentado em uma metodologia internacional de avaliação de evidências e uma vasta revisão de literatura sobre ressuscitação cardiopulmonar. As diretrizes da AHA 2005 para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) tinham como foco principal as

compressões torácicas de alta qualidade, levando em conta a profundidade e a frequência, permitindo, assim, o total retorno do tórax e impedindo ao máximo a cessação das compressões. Mais pesquisas publicadas antes e desde ano de 2005 mostram, que a qualidade das compressões realizadas durante a assistência necessitam de melhorias, para isso as diretrizes implantadas no ano de 2010 tentam dar conta dessa questão para qualificar o resultado da PCR por meio de uma nova ênfase nos cuidados pós-PCR (HAZINSKI, 2010).

A reanimação cardiopulmonar cerebral é definida pelo conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas que tem o objetivo de reverter a parada cardiopulmonar. Ela possui indicações e contraindicações. Há poucas intervenções na medicina que atingem o impacto de salvar vidas, como a reanimação cardiopulmonar cerebral (BARTHOLOMAY et. al., 2003, MOREIRA et. al., 2002 apud, GUEDES;MADEIRA, 2010 p. 534).

No ano de 2003, iniciou-se a ação de revisão para novas diretrizes pelos representantes do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), em que são estabelecidos seis tópicos de interesse em RCP: suporte básico de vida, suporte avançado de vida, síndrome coronariana aguda, suporte de vida em pediatria, suporte de vida em neonatologia e a ação interdisciplinar (SILVEIRA et. al., 2008).

Para a Hazinski (2010, p. 03), as novas diretrizes para a RCP são:

- Frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de “aproximadamente” 100/minuto, como era antes);
- Profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5cm) em adultos, e de no mínimo um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente 1,5 polegadas [4cm] em bebês e [5cm] em crianças). Observe-se que a faixa de uma e meia a duas polegadas não é mais usada para adultos, e a profundidade absoluta especificada para crianças e bebês é maior do que nas versões anteriores das diretrizes da AHA para RCP e ACE;
- Retorno total do tórax após cada compressão;
- Minimização das interrupções nas compressões torácicas;
- Evitar excesso de ventilação.

Em relação à compressão x ventilação dos anos de 2005 até 2010, não houve mudanças aplicadas, continuando a mesma sequência, cinco ciclos de 2 minutos aplicando 30:2 (trinta compressões para 2 ventilações), sendo administradas com um

intervalo mínimo de 1 segundo e com frequência de 6 a 8 ventilações, até a chegada de uma via aérea avançada (HAZINSKI, 2010; BARATA, 2011).

Outra alteração recomendada foi a mudança da sequência de procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) de A-B-C (vias áreas, respiração e compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, vias aéreas e respiração), essa alteração se dá pelo motivo que durante a sequência A-B-C as compressões são retardadas enquanto o socorrista realiza alguma manobra afim de promover ventilação ao paciente, com essa modificação para C-A-B, as compressões são realizadas com maior antecedência fornecendo fluxo sanguíneo vital ao coração e cérebro e o atraso na aplicação das ventilações acontecerá num tempo mínimo, o que enfatiza a grande importância que tem as compressões torácicas quando aplicadas com eficácia (HAZINSKI, 2010; FERREZ; FALCÃO; AMARAL, 2011).

A utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA), deve ser realizado por profissionais capacitados e após o início das manobras básicas de RCP, no momento da instalação do mesmo o profissional de enfermagem deve avaliar as condições do tórax do paciente não interrompendo as compressões para a instalação do mesmo. As novas diretrizes propostas pela AHA 2010 (American Heart Association) não recomendam grandes alterações em relação à utilização da desfibrilação, enfatizando que a RCP de qualidade juntamente com a desfibrilação precoce é a maneira de melhorar a sobrevivência à PCR súbita (COSTA; MIYADAHIRA 2008; HAZINSKI, 2010).

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR SEGUNDO NOVO PROTOCOLO

É necessário que o profissional de enfermagem esteja habilitado a reconhecer quando um paciente se encontra em PCR ou quando o este apresente sinais evidentes de uma, e que a avaliação realizada durante a assistência não leve mais que 10 (dez) segundos e não se deve ultrapassar o tempo mínimo de 05 (cinco) minutos para a aplicação das manobras de ressuscitação, pois o risco de lesão dos neurônios do córtex cerebral são bastante significativos (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006)

Deve-se ressaltar a importância da equipe de enfermagem em aplicar o protocolo preconizado pela AHA, com o objetivo de preservar a vida do paciente e promover o acesso instantâneo ao suporte básico, desfibrilação precoce e suporte avançado, não

esquecendo também os cuidados pós-PCR. Dessa forma, é necessário que a equipe de enfermagem seja bem treinada para a execução correta das manobras de suporte básico de vida, as quais são de fundamental importância no que diz respeito à integridade da saúde do paciente (GARCIA; SERIGHELLI; QUADROS, 2009; CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008).

Dentre as manobras de SBV que a equipe de enfermagem está apta a realizar durante a assistência no momento da RCP pode-se ressaltar: o monitoramento cardíaco capaz de identificar qualquer tipo de arritmia; desfibrilação através de profissionais capacitados após realização do teste do DEA, enfatizando a instalação das pás em seus respectivos locais no tórax do indivíduo, que são: região infraclavicular direita e inframamária esquerda, intubação que embora seja um procedimento médico a equipe de enfermagem tem participação atuante na preparação do material e auxílio no momento do procedimento, acesso venoso periférico ou central onde a atuação se inicia, desde a preparação do material até o posicionamento do paciente e administração de medicamentos conforme prescrição atentando para o controle das doses e horários (FERGUSON; HUDDLESTON, 2006).

Para Veiga (2008), o bem-estar da equipe de enfermagem, como fator contribuinte para que seja prestada a assistência ao paciente vítima de PCR, no momento da RCP, é de suma importância, já que os procedimentos realizados exigem não só técnica, mas também esforço físico, emocional e a capacidade de manter o seu raciocínio em equilíbrio para que se tenham atitudes corretas capazes de prestar a devida assistência.

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa se fundamentou na aquisição de dados relacionados à identificação da qualidade da assistência praticada pela equipe de enfermagem prestada ao paciente vítima de PCR, no momento da RCP, de acordo com o novo protocolo estabelecido pela AHA 2010.

De acordo com Andrade (2010), pesquisa pode ser definida como um conjunto de procedimentos quem tem como base o raciocínio lógico e como finalidade a solução para problemas colocados em questão por meio do uso de métodos científicos.

A pesquisa exploratória tem como objetivo principal proporcionar, de certa maneira, maior proximidade com o problema e, assim, torná-lo mais explícito, possibilitando muitas vezes a criação de hipóteses (GIL, 2010).

Para Menezes e Silva (2001), a pesquisa quantitativa é toda aquela em que tudo é considerado quantificável, ou seja, em que é possível traduzir em números opiniões e informações para, assim, se poder analisá-las e realizar a interpretação por meio de recursos estatísticos.

Pesquisas qualitativas podem ser entendidas através de três simples etapas, as quais consistem em fase exploratória, na qual é construído o projeto de pesquisa e todos os procedimentos imprescindíveis para a entrada em campo; trabalho em campo, processo em que toda construção teórica é conduzida para a prática e que existem relações estabelecidas entre instrumentos de observação, entrevistas e outras modalidades exercidas entre os pesquisados; e, para finalizar, a terceira etapa, que se resume na análise e tratamento de material empírico e documental, etapa em que ocorre a compreensão e interpretação dos dados empíricos para compará-los com a teoria (MINAYO, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local para a realização da pesquisa foi o Pronto Socorro (PS) do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), localizado na cidade de Mossoró, no estado do Rio

Grande do Norte (RN), tendo em vista que a instituição mencionada é referência no atendimento às urgências e emergências para toda a região oeste através do SUS, tendo sua estrutura composta por: Clínica médica; Clínica Cirúrgica; Clínica pediátrica; UPI (Unidade de Paciente Infectado); Traumatologia, Oftalmologia, Cirurgia Buco Máximo Facial, Unidades de Enfermagem; Serviço Social, Nutrição e Dietética; Fisioterapia; Terapia Ocupacional, Saúde Ocupacional, Centro Cirúrgico composto por 4 salas, uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) com 9 leitos; Serviço de Diagnóstico e Imagem de Raio X, Endoscopia, Ultra - sonografia e Tomografia computadorizada, Laboratório de análises Clínicas e outro de microbiologia.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pela equipe de enfermagem atuante do hospital, sendo que a amostra foi constituída por 05 (cinco) enfermeiros e 06 (seis) técnicos de enfermagem que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir pelo menos 1 (um) ano de experiência profissional ininterrupta dentro do PS e aceitar participar da pesquisa apresentada, após explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos critérios de exclusão estavam: a rejeição em participar da pesquisa e o profissional que não faça parte da equipe de enfermagem.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

De acordo com Andrade (2010), os métodos mais específicos na pesquisa de campo são aqueles capazes de agregarem o rol da documentação direta, constituída pela observação direta e a entrevista. Desse modo, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevista, composto por perguntas abertas e fechadas.

A entrevista constitui um instrumento eficaz na recolha de dados fidedignos para a elaboração de uma pesquisa, desde que seja bem elaborada, bem realizada e interpretada. Para tanto, faz-se necessário definir os objetivos e os tipos de entrevista e como deve ser planejada e executada (ANDRADE, 2010 p.131).

O roteiro de entrevista pode ser compreendido como uma lista de temas que desdobram dados qualitativos de uma pesquisa e devem conter considerações que componham todas as faces do objeto de investigação (MINAYO, 2010).

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro do ano de 2012 logo após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE, e de acordo com a disponibilidade dos funcionários componentes da equipe, após apresentação de forma direta da pesquisa seus objetivos e benefícios e também do TCLE agendando a entrevista, quando necessário. As entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e posteriormente transcritas.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos através das gravações foram submetidos à transcrição, extraindo-se destas a ideia principal e expressões-chave a serem demonstradas através da técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que, segundo Lefrèvre, Lefrèvre e Teixeira (2000), trata-se de uma modalidade de exposição de resultados obtidos através de pesquisas qualitativas, tendo como base depoimentos em forma de discursos-síntese, submetidos a uma análise inicial de onde selecionadas as principais ideias centrais presentes em cada discurso individual com o objetivo de reunir todas elas em um só discurso escritos em primeira pessoa do singular. Já os dados quantitativos foram demonstrados por meio de gráficos e tabelas, que, de acordo com Marconi e Lakatos (2007), tabelas podem ser definidas como método estatístico e sistemático em que se podem apresentar dados através de colunas verticais ou fileiras horizontais, e os gráficos tratam de figuras utilizadas para a representação dos dados.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A Enfermagem constitui-se por um principal componente de conhecimentos técnicos e científicos, estabelecidos por um conjunto de ações envolvendo práticas sociais, éticas e políticas, desenvolvidas através do ensino, pesquisa e assistência, resumindo-se na prestação de serviços à pessoa, à coletividade e à família. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem considera signficante o direito e a necessidade da devida assistência em enfermagem da população, interesses do profissional e sua organização, estando, dessa maneira, centrado em: princípios, direitos,

responsabilidades, deveres e proibições, no que diz respeito à conduta ética mantida por esses profissionais, estando focado na pessoa, família e coletividade e implica que os profissionais de enfermagem estejam coligados com os usuários na luta por uma assistência digna que não ofereça risco nem danos e que seja acessível a toda população (COFEN, 2007).

Dessa maneira, é justo que seja garantida a assistência de enfermagem, deixando de lado qualquer tipo de discriminação, aperfeiçoar conhecimentos técnicos, científicos e culturais, a partir das pesquisas que envolvam seres humanos, desde que não fujam e não prejudiquem de alguma maneira as relações de respeito, solidariedade, competência, equidade e responsabilidade (COFEN, 2007). Sendo assim, a pesquisa que envolve seres humanos, descritas na Resolução 196/96, está firmada no consentimento do indivíduo em se tornar membro da pesquisa e na livre e espontânea recusa em participar dela, devendo, acima de tudo, serem respeitadas ambas as vontades garantindo ainda ao mesmo: beneficência, não maleficência, justiça, equidade e autonomia (VIEIRA; HASSNE, 2001).

O presente estudo ofereceu os seguintes benefícios: proporcionar conhecimentos sobre o novo protocolo aos profissionais participantes da pesquisa, caso desconheçam, além de subsidiar posteriores pesquisas em âmbito acadêmico e ainda apresentar aos gestores da instituição participante da pesquisa possíveis déficits que possam ser encontrados e ofereceu riscos mínimos aos participantes.

Tratando-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, este projeto foi devidamente enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/FAMENE para a devida análise com o número de aprovação: 78/12 e CAAE: 05740212.3.0000.5179.

4.8 FINANCIAMENTO

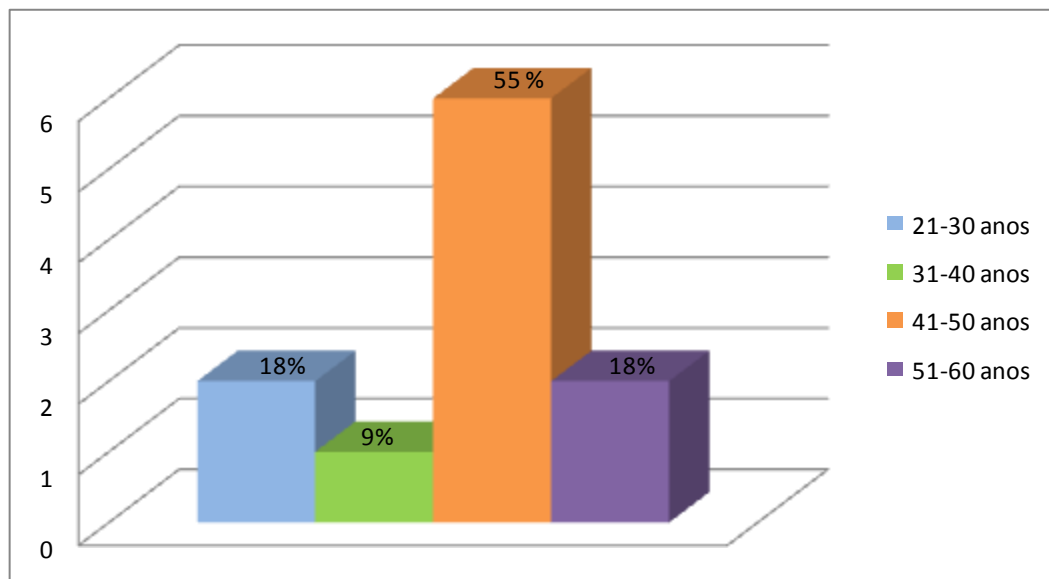
Todos os custos relacionados à pesquisa foram de total responsabilidade da pesquisadora associada, além do auxílio prestado pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, que disponibilizou serviço de orientação pedagógica de acordo com seu corpo docente, acervo bibliográfico e eletrônico contando com a ajuda de banca examinadora para as devidas correções precedentes do Projeto de Conclusão de Curso.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste item, são apresentados os achados de caracterização dos participantes da pesquisa que trabalham no PS. Para melhor entendimento, os resultados obtidos foram apresentados conforme a ordem dos itens do instrumento utilizado para a coleta de dados. Esta caracterização está representada em idade, sexo, formação complementar, tempo de atuação em OS representados em forma de gráficos. A partir da coleta de dados, a amostra compreende um total de 11 profissionais que estão devidamente adequados aos critérios de inclusão da pesquisa.

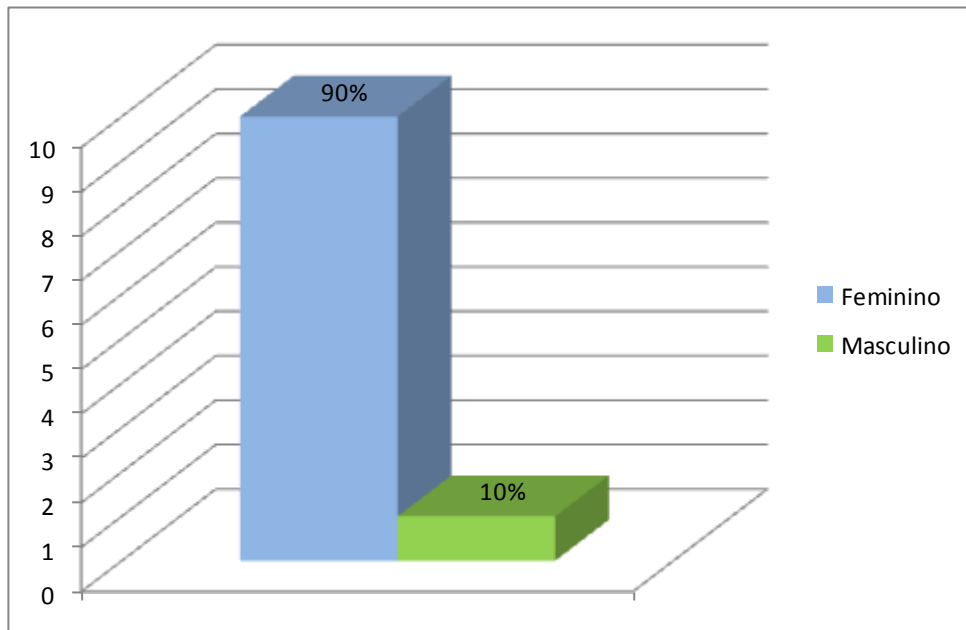
Gráfico- 1- Caracterização da amostra segundo a idade



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Os participantes da pesquisa indicados na porcentagem de 55% (06) estão dentro da faixa etária de 41 à 50, 18% (02) de 21 a 30, 18% (02) de 51 a 60 e 9 (1%) de 31 a 40 como demonstrado no gráfico 1.

Gráfico- 2- Caracterização da amostra segundo ao sexo

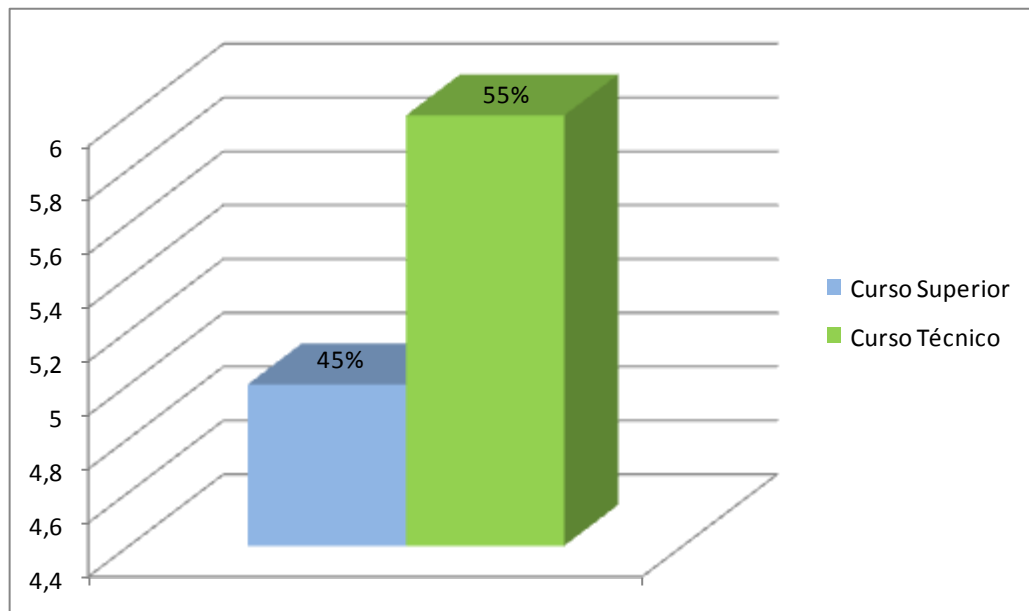


Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com o gráfico 2 é notório a quantidade de profissionais de enfermagem incluindo enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem do sexo feminino identificados por um total de 10 (90%) e apenas 1 (10%) do sexo masculino.

Segundo Lopes; Leal (2005), afirmam que as várias esferas de competência inerentes aos trabalhos de enfermagem caracterizam bem o processo de feminização observado na grande maioria dos serviços de saúde, sabe-se que o cuidar é uma das principais aptidões da enfermagem, identificado muitas vezes como uma técnica cabível as habilidades femininas, isto é, pelo fato da mulher ser vista como um ser atencioso, delicado, seguro e carinhoso, já o trabalho masculino na área da saúde deve-se a força física ou até mesmo o exercício da profissão de maneira seletiva baseado no sexo do paciente.

Gráfico-3- Caracterização da amostra segundo a formação complementar

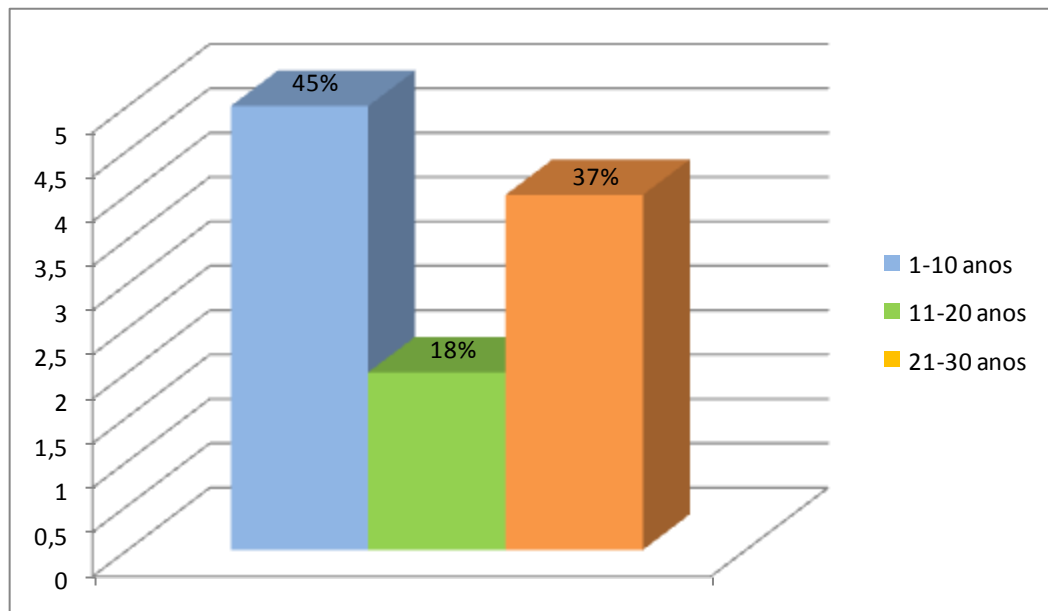


Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como nos mostra o gráfico 3, num total de 11(100%) participantes presentes na pesquisa 5 (45%) possuem formação em curso superior e 6 (55%) em curso técnico.

Por meio da educação continuada, os profissionais de enfermagem estão susceptíveis a conhecer novos métodos e técnicas em relação, as novas exigências da saúde possibilitando assim o surgimento de discussões teóricas atualizadas o que gera contribuições nas mudanças que se fizerem necessárias (REIS;SILVA,([2011])).

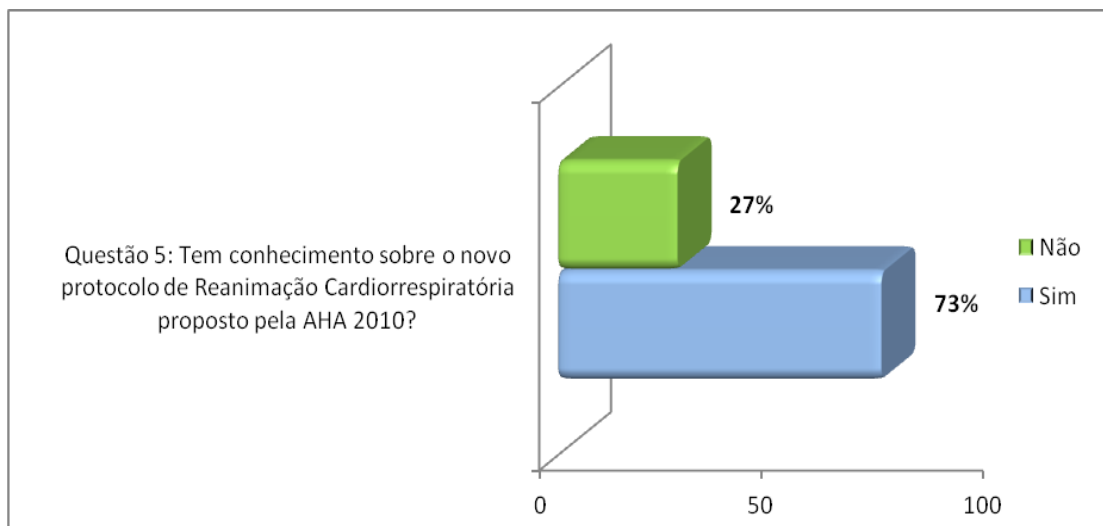
Gráfico- 4- Caracterização da amostra referente ao tempo de atuação no PS



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

No que se refere ao tempo de atuação dentro do PS, 45% (05) dos profissionais entrevistados atuam em um período de 1 a 10 anos, 18% (02) de 11 a 20 anos e 37% (04) de 21 a 30 anos.

Gráfico- 5- Dados referentes ao conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o novo protocolo de Reanimação Cardiorrespiratória proposto pela AHA 2010.



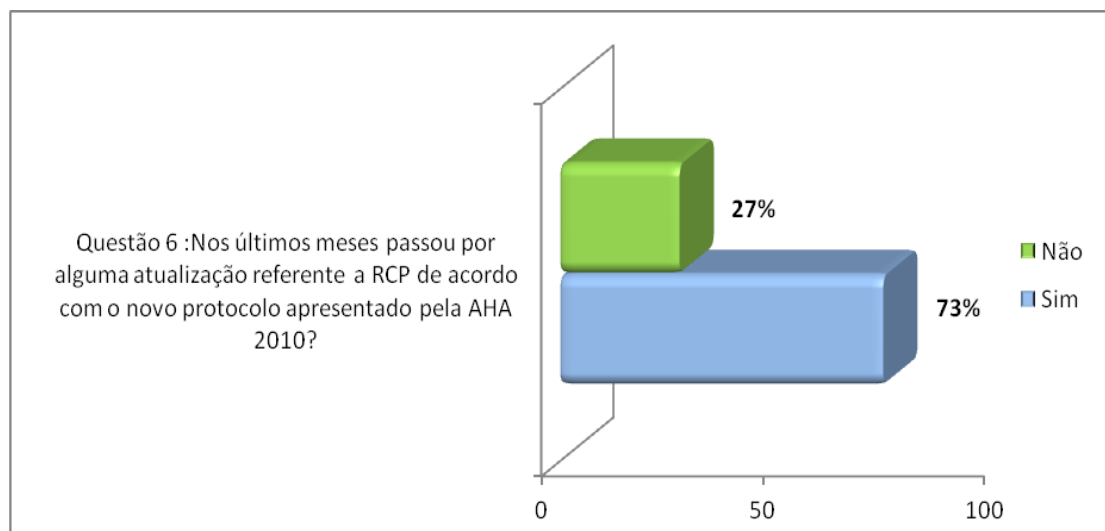
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como é observado no gráfico 5 numa amostra de 11 (100%) profissionais entrevistados 08 (73%) informam possuir conhecimento sobre o novo protocolo

apresentado pela AHA 2010, já 03 (27%) afirmam não possuir conhecimento algum sobre o mesmo.

É necessário que os profissionais, conheçam as novas diretrizes propostas pela AHA 2010, com o objetivo de qualificar ainda mais a assistência prestada as vítimas de PCR, proporcionando desempenho e organização em seu serviço (SCHROEDER; HOFFMANN, ([2006]))

Gráfico- 6 Dados referentes a questão 6: Nos últimos meses passou por alguma atualização referente a RCP de acordo com o novo protocolo apresentado pela AHA 2010?



Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Como é mostrado no gráfico 6, 08 (73%) dos profissionais informam que passaram por atualização referente à RCP conforme as novas diretrizes apresentadas pela AHA 2010, já 03 (27%) afirmam que não receberam atualização alguma sobre RCP de acordo com o novo protocolo.

Se tem observado que logo após as mudanças apresentadas pela AHA 2010, a qualidade da assistência em pacientes submetidos à RCP tem melhorado significativamente sendo assim, é importante que todos os profissionais se mantenham atualizados quando se fala em alterações nos procedimentos inerentes ao SBV (BARATA, 2011).

5.2 DADOS REFERENTES À ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM) QUANTO AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Neste item os dados serão analisados conforme o Discurso de Sujeito Coletivo a partir dos discursos obtidos através dos profissionais de saúde pesquisados. Sendo agrupadas adequadamente as idéias centrais e expressões-chave inerentes a cada questão. Estas estão devidamente dispostas sob a forma de quadros demonstrativos, sendo priorizadas as idéias mais relevantes, comparadas com o que demonstra a literatura sobre o assunto.

5.2.1 Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar?/ Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiopulmonar.

Quadro 1: DSC referente a ideia central, por parte dos enfermeiros

Ideia Central	Expressões-chave
Conhecimento e Atualização	“(...) Por uma equipe treinada com conhecimento técnico (...)” Enf ° 04 “(...) o profissional obtenha conhecimento científico (...)” Enf ° 05 “(...) A enfermagem tem que está atualizada (...)” Enf ° 02

Fonte: Dados da pesquisa, 2012

DSC: Por uma equipe de enfermagem treinada com conhecimento técnico e científico atualizado.

Quadro 2: DSC referente a ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem

Ideia Central	Expressões-chave
Compressões Torácicas	“(...) Iniciar massagens se o pulso estiver ausente(...)” Téc 01 “(...) Compressões, em seguida entubação(...)” Téc 05 “(...) Tentar reanimar o paciente com compressões(...)” Téc 02

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: A assistência de enfermagem no momento da Reanimação deve ter início com a tentativa de reanimar o paciente com compressões torácicas se o pulso estiver ausente e em seguida entubação.

Quadro 3: DSC referentes a ideia central de acordo com os enfermeiros:

Idéia Central	Expressões-chave
Calma e Habilidade	“(...) Mantenho a calma para melhor atuar na Reanimação(...)” Enf ° 01 “(...) Com calma (...)” Enf ° 02 “(...) Com segurança, equilíbrio emocional e habilidade (...)” Enf ° 04 “(...) Que o profissional tenha conhecimento científico e habilidade (...)” Enf ° 05

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: É necessário, que o profissional mantenha a calma para melhor atuar na Reanimação, com segurança, equilíbrio emocional e habilidade.

Quadro 4: DSC referente a ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem:

Ideia Central	Expressões-chave
Trabalho em equipe	“(...) Procuro ajuda (...)” Téc 06 “(...) Inicialmente, chamo ajuda(...)” Téc 05 “(...)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: É necessário, para se atuar no momento da Reanimação Cardiorrespiratória, inicialmente procurar ajuda.

Segundo Reis e Silva ([2011]), para que possam ser realizados procedimentos necessários em pacientes vítimas de PCR durante o momento da RCP é de fundamental importância que os enfermeiros sejam capacitados, e tenham conhecimentos variados tendo como objetivo principal o êxito no atendimento ao paciente no momento da RCP.

Para Schroeder e Hoffmann ([2006]), se faz necessário que o enfermeiro tenha total consciência da situação em que se encontra o paciente, além de possuir conhecimentos práticos e teóricos sobre as atitudes que precisem ser realizadas prioritariamente com intuito de evitar quaisquer lesões.

De acordo com Garcia, Serighelli e Quadros (2009), a existência da educação continuada quando desenvolvidas, de forma constante garantem a manutenção da equipe oferecendo-lhes atualizações necessárias no que diz respeito ao atendimento de enfermagem, no entanto vale ressaltar que treinamentos tanto teóricos quanto práticos incluindo simulações são algumas das táticas propostas para educação continuada. (LASELVA; MOURA JÚNIOR, 2009)

Para Zanini, Nascimento e Barra (2006), os profissionais enfermeiros devem possuir habilidades que os ofereça competência e os possibilitem a prestar uma assistência adequada, Veiga (2008), enfatiza que para que a assistência de enfermagem no momento da RCP seja, realizada com eficiência e segurança é necessário que os profissionais estejam em condições favoráveis, levando em conta a capacidade de manter o raciocínio lógico em equilíbrio o que propicia calma, facilitando o controle nas decisões a serem tomadas, melhorando assim a assistência a vítima acometida.

De acordo com os quadros 1 e 3 apresentados acima, os profissionais enfermeiros que atuam no PS, relatam que a assistência de enfermagem no momento da RCP deve ser realizada com conhecimento, atualização, calma e habilidade já que é de fundamental importância que estes profissionais compreendam a situação em que o paciente se encontra naquele momento estejam a par de quaisquer mudanças inerentes ao atendimento durante a RCP e possam garantir maior eficiência em seu serviço.

E como é demonstrado nos quadros 2 e 4 os técnicos em enfermagem afirmam, que a assistência de enfermagem no momento da RCP deve ser realizada com o início rápido das compressões torácicas afim de garantir a oxigenação do cérebro e o fluxo sanguíneo do coração como afirma Hazinski (2010) e que a ajuda dos demais profissionais atuantes na PCR tem importância fundamental na qualidade da assistência prestada a essas vítimas.

5.2.2 Existem entraves e/ou dificuldades na assistência de enfermagem durante a Reanimação Cardiopulmonar? Se sim, qual (is)?

Quadro 5: DSC referentes a ideia central de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem

Idéia Central	Expressões-chave
Equipe e material insuficiente	<p>“(…) Número de profissionais insuficiente (…)” Enf ° 04</p> <p>“(…) Equipe insuficiente (…)” Enf ° 03</p> <p>“(…) Muita das vezes não tem material suficiente (…)” Enf ° 01</p> <p>“(…) Materiais e aparelhos, não existem ou estão quebrados(…)” Enf ° 02</p> <p>“(…) Material e equipe em pouca quantidade(…)” Téc 05</p> <p>“(…) Material(…)” Téc 06</p> <p>“(…) Falta material nas urgências(…)” Téc 01</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: As dificuldades presentes na assistência ocorrem na maioria das vezes através do número de profissionais e materiais insuficientes.

Morais (2012), afirma que para a realização de forma segura, prática e efetiva da assistência no momento da RCP é necessária a existência de profissionais e materiais em quantidade adequada garantindo desta forma, possibilidade de reversão do quadro em que se encontra a vítima aumentando assim a qualidade da assistência e a expectativa de vida.

Como mostra o quadro 5, a falta de material e equipe tem prejudicado a assistência diversas vezes equipamentos apresentando defeitos ou profissionais em número reduzido tem dificultado significativamente o atendimento aos pacientes vítimas da PCR, chegando a reduzir as chances de sobrevivência dos mesmos.

5.2.3 Nos últimos meses passou por alguma atualização referente à RCP de acordo com o novo protocolo apresentado pela AHA 2010? Se SIM, qual(is) a(s) mudança(as) que considerou mais importante?

Quadro 6: DSC referente a ideia central de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem

Ideia Central	Discurso dos Participantes
Sequência A-B-C para C-A-B	<p>“(…) Alteração da sequência A-B-C para C-A-B (…)” Enf^o 04 e 05</p> <p>“(…) O A-B-C para o C-A-B eu achei interessante, não sabia disso não(…)” Téc 05</p> <p>“(…) Alteração do A-B-C para o C-A-B(…)” Téc 03</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: Uma das alterações foi à mudança na sequência A-B-C para C-A-B.

Hazinski (2010), fala que de acordo com as diretrizes propostas pela AHA 2010 é aconselhável a alteração nos procedimentos inerentes ao SBV de A-B-C, para C-A-B tendo em vista que na sequência C-A-B as compressões serão iniciadas, mais precocemente e o retardo na ventilação, será mínimo embora, não exista nenhum estudo que evidencie que o início das compressões no momento da RCP leve a um melhor resultado, se sabe que as mesmas são capazes de fornecer um melhor fluxo sanguíneo essencial ao coração e ao cérebro, já outros estudos afirmam que o retardo destas, reduzem a sobrevivência.

É notório como se é observado no quadro 6, que a mudança mais considerada entre esses profissionais foi a alteração da sequência A-B-C para C-A-B, ficando claro que essa alteração faz diferença no momento do atendimento as vítimas de PCR, proporcionando qualidade tanto da assistência quanto da vida desses pacientes.

5.2.4 Em sua opinião, é necessário que o profissional de enfermagem seja constantemente treinado para no momento da RCP? Por quê?

Quadro 7: DSC referente a ideia central de acordo com os enfermeiros e técnicos de enfermagem:

Ideia Central	Expressões-chave
Atuação de qualidade	<p>“(…) Sim, para atuar com maior eficácia na assistência (…)” Enf ° 04</p> <p>“(…) Sim, para que atuem com toda competência na RCP(…)” Enf ° 05</p> <p>“(…) Sim, para poder atuar com segurança(…)” Téc 03</p> <p>“(…) Sim, pra tá atualizado, tá em dia, dando uma boa assistência(…)” Téc 01</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: É importante que o profissional de enfermagem, seja constantemente treinado para atuar com competência e segurança no momento da RCP, pois isso garante uma atuação eficaz e de qualidade no momento da assistência.

Para Reis e Silva ([2011]), a formação de enfermeiros que lidem com as mais variadas situações em seu dia-a-dia é essencial, pois desta maneira este conseguirá desenvolver juntamente com os demais profissionais que compõe sua equipe um trabalho de excelência devendo enquanto prestadores de cuidado, manter uma formação continuada a fim de promover uma atuação de qualidade.

O quadro 7 nos mostra a importância da capacitação constante dos profissionais da enfermagem quando se fala em RCP, tanto é importante que Schroeder e Hoffmann ([2006]), afirmam que a formação e atualização continuada destes profissionais contribui para que os mesmos desenvolvam habilidades e procedimento que os possibilitem atuar de maneira sincronizada e objetivas em diversas situações que estiverem inseridos.

5.2.5 Quantos profissionais de enfermagem julga necessário para uma assistência adequada no momento da RCP?

Quadro 8: DSC referente a ideia central de acordo com enfermeiros e técnicos de enfermagem:

Ideia Central	Expressões-chave
Quantidade de profissionais	<p>“(…) 03 profissionais de enfermagem: 01 enfermeiro e dois auxiliares (…)” Enf ° 05</p> <p>“(…) Se forem capacitados, 03 são suficientes (…)” Enf ° 04</p> <p>“(…) São necessários pelo menos 04 profissionais(…)” Téc 06</p> <p>“(…) 04 profissionais(…)” Téc 05</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: A quantidade de profissionais atuantes durante a RCP vai variar de acordo com a capacitação de cada um deles, em algumas ocasiões somente 03 a 04 profissionais são suficientes.

O quadro 8 mostra, a opinião tanto de enfermeiros quanto de técnicos de enfermagem em relação ao número de profissionais necessários para se atuar durante a RCP, sendo possível perceber uma diferença mínima entre elas, enquanto os enfermeiros julgam que somente 03 profissionais os técnicos afirmam que 04 profissionais é suficiente durante o atendimento ao paciente vítima de PCR o que nos leva a crer que apesar de existir divergência entre as opiniões todos tem o mesmo objetivo que é não tumultuar esse atendimento visando de certo modo a reversão do quadro em que se encontra a vítima.

Partindo desse pressuposto, podemos falar em dimensionamento de pessoal de enfermagem que como afirmam Adami, Carmagnani e Matsushita (2005), o número dos profissionais de enfermagem atuantes em situações de emergência como a RCP é muitas vezes inferior a demanda de pacientes existentes sendo capaz de gerar confrontos prejudicando dessa maneira a qualidade da assistência prestada.

5.2.6 De que forma o novo protocolo da AHA 2010, contribuiu na assistência de enfermagem durante a RCP?

Quadro 9: DSC referente a ideia central de acordo com os enfermeiros:

Ideia Central	Expressões-chave
Fornecimento de suporte circulatório e ventilatório	“(...) Promover um aporte sanguíneo (...)” Enf ° 04 “(...) Restabelecer fluxo circulatório e ventilatório (...)” Enf ° 05

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: A contribuição que surgiu para a assistência de enfermagem através da aplicação do novo protocolo foi o fornecimento de suporte circulatório e ventilatório.

Quadro 10: DSC referente à ideia central de acordo com a opinião dos técnicos de enfermagem:

Ideia Central	Expressões-chave
Melhor Prognóstico	“(...) Ajuda os pacientes a sobreviverem mais(...)” Téc 01 “(...) O número de pessoas que conseguiram sair desse quadro foi maior(...)” Téc 05 “(...) Aumentam ainda mais as chances do paciente (...)” Téc 06

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

DSC: A contribuição do novo protocolo apresentado pela AHA 2010 foi, o aumento de chances dos pacientes sobreviverem mais e o número de pessoas que conseguirem sair do quadro foi maior.

No quadro 9, podemos perceber que para os enfermeiros a contribuição promovida pelo novo protocolo proposto pela AHA 2010 foi a oferta de suporte circulatório e ventilatório ao paciente que receba assistência. De acordo com Hazinski (2010), a oferta de fluxo sanguíneo para o coração e cérebro se dá através das 30 compressões realizadas e o suporte ventilatório pelas 8 a 10 ventilações por minuto aplicadas no momento da RCP.

Já no quadro 10 os técnicos de enfermagem, dizem que a contribuição trazida foi a melhoria no prognóstico das vítimas que são atendidas de acordo com o novo

protocolo, os mesmos afirmam que após a aplicação do novo protocolo na assistência as chances de sobrevivência dos pacientes tem aumentado para Silveira et.al (2008), as intervenções apresentadas pela AHA 2010 aplicadas no momento da RCP realizadas com eficiência pode dobrar ou triplicar as chances de sobrevivência após uma PCR.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Igualmente a todos os setores presentes em qualquer ambiente hospitalar, sabe-se que o PS requer uma atenção redobrada de todos os profissionais que compõe a equipe de enfermagem, sendo assim vale ressaltar a necessidade de se manter um conhecimento técnico e científico, principalmente quando se fala em assistência por parte destes no momento da RCP.

A apresentação das novas diretrizes propostas pela AHA 2010 vem com o objetivo principal de melhorar as manobras realizadas no momento da assistência, com ênfase para a alteração na sequência A-B-C para C-A-B, iniciando assim mais precocemente as compressões torácicas, alteração esta que possibilita maiores e melhores resultados na função cardiorrespiratória do paciente.

Diante dos dados obtidos durante a realização da pesquisa, se pode perceber que a grande maioria dos profissionais atuam no momento da RCP de acordo com o novo protocolo preconizado pela AHA 2010, visando qualificar e padronizar o atendimento emergencial as vítimas de PCR onde o enfermeiro deve se manter atuante e firme afim de repassar tranquilidade para toda a sua equipe.

É perceptível também que alguns profissionais ainda possuem déficit de conhecimento relacionado à como atuar de maneira eficaz e adequada na RCP de acordo com as diretrizes apresentadas pela AHA 2010, deste modo é necessário que hajam novos métodos de atualizações referentes a assistência durante a RCP baseada no protocolo lançado recentemente por meio de capacitações possibilitando a estes profissionais atuar com qualidade e saber reconhecer precocemente situações que indiquem uma provável PCR promovendo assim uma assistência imediata.

Compreende-se que, as chances de sobrevivida de vítimas de PCR dependem significativamente do tempo existente entre o acontecimento do incidente até o momento da reanimação, como também da realização correta de todas as manobras inerentes a este procedimento, para tanto é preciso que todas as equipes de enfermagem se mantenham atualizadas sobre métodos que possam melhorar de alguma maneira a assistência prestada na RCP.

Pode ser observado que a equipe de enfermagem em sua grande maioria tem conhecimento sobre as diretrizes apresentadas e que as realizam durante sua assistência, mais como se sabe estes conhecimentos não podem se restringir somente a um pequeno

número de profissionais, e sim a todo e qualquer profissional atuante na área da saúde, para isso se faz necessário a educação continuada destes profissionais, uma vez que a educação permanente promove a transformação das práticas realizadas pelos mesmos em seu ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; CARMAGNANI, M. I.S.; MATSUSHITA, M.S. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.9-19, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n1/a02v18n1.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2012.

AEHLERT, B. **ACLS, Advanced Cardiac Life Support**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

AMARAL, S. L. D; et al. Associação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e qualidade de vida entre servidores da saúde. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.24, n.2, p.293-303, abr/jun, 2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbefe/v24n2/v24n2a12.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2012

ANDRADE, M. M. D. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BARATA, F.R. Destaque das novas diretrizes internacionais para o suporte básico de vida em adultos – I. **Emergência Clínica**, v.06, n.30, p. 74-80, 2011. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/65374_7396.PDF> Acesso em: 04 dez.2012.

BERGAMASCO, J. E. **Assistência ao paciente em situação de parada cardiorrespiratória**. 31f. Monografia (Graduação em enfermagem)-Centro Universitário Claretiano, Batatais, 2006. Disponível em: <<http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20002032.pdf>> Acesso em: 25 fev 2012.

BUENO, C. D. F., et.al. Parada Cardiorrespiratória. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, n.2 e 4, p. 163-178, abr./dez. 2003. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/3_parada_cardiorrespiratoria.pdf> Acesso em: 19 abr. 2012.

BRANDÃO, J. C. M.; FALCÃO, L. F. D. R. **Primeiros Socorros**. São Paulo: Martinari, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de internação doenças isquêmicas do coração segundo Unidade de Federação**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/d29.def>> Acesso em: 01. mar. 2012.

CINTRA, E. D .A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

CONSENSO NACIONAL DE REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 66. n. 6, jun. 1996. Disponível em: <<http://publicacoes.cardio.br/consenso/1996/6606/66060010.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Disponível em: < [http:// www.corensc.org.br/documentacao2/Res 31107.pdf](http://www.corensc.org.br/documentacao2/Res_31107.pdf)> Acesso em: 28 mar. 2012.

CORREIA, B. R.; CAVALCANTE, E; SANTOS, E. D. A. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.8, n.1, p. 25-29, dez./jan. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n1/a006.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2012.

COSTA, M. P. F.; MIYADAHIRA, A. M. K. Desfibriladores externos automáticos (DEA) no atendimento pré-hospitalar e acesso público a desfibrilação: uma necessidade real. **Revista o mundo da saúde**, v.8, n. 32, p. 8-15, jan./mar. 2008. Disponível em: < http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/08a15.pdf> Acesso em : 02 jul. 2012.

CRISTINA, J. A. **Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória.** 138f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar.** 3. ed. São Paulo. Editora: Atheneu. 2007.

FEREZ, D.; FALCÃO, L.F.R.; AMARAL, J.L.G. Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.5, n. 61, p.624-640, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n5/v61n5a13.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2012.

FERGUSON, S. G.; HUDDLESTON, S. S. **Emergências Clínicas: Abordagens, Intervenções e Auto-Avaliação.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FERRAZ, M. C. G. et al. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar. In: CARVALHO, Antônio Carlos; KASINSKI, Nelson; STEFANINI, Edson. **Guia de Cardiologia.** 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

GARCIA, S. N.; SERIGHELLI, V. F.; QUADROS, V. A. D. S. Capacitação dos Profissionais de enfermagem para o atendimento em Parada Cardiorrespiratória. **Prática Hospitalar.** Ano 11, n. 63. Mai./jun. 2009. Disponível em: <[http:// www.praticahospitalar.com.br/pratica%2063/pdf/18.pdf](http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2063/pdf/18.pdf)> Acesso em: 21mar. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOSS, C. M. **Gray Anatomia.** 29. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUEDES, H. M.; MADEIRA, D. B. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar no atendimento de urgência e emergência: Uma revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, Minas Gerais, v. 3, n.2, nov./dez. 2010. Disponível em: <[http:// www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3-2/06-](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3-2/06-)

paradacardiorrespiratoria-e-ressuscitacao-cardiopulmonar.pdf> Acesso em: 20 mar. 2012.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Excitação Rítmica do Coração. In: _____. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 10. p. 103 a 108.

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HAZINSKI, M.F. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. 2010. Disponível em:

<http://www.skywallnet.com.br/data_server/EMS/DD_AHA_RCP-ACE.pdf> Acesso em: 27 fev. 2012.

KAWAOKA, J. R.; PAULA, M.L.N.de; FEITOSA FILHO, G.S. Síndrome Coronariana Aguda. In: FALCÃO, L.F.R.; COSTA, L.H.D.; AMARAL, J.L.G do. **Emergências: Fundamentos e Práticas**. São Paulo: Martinari, 2010.

LADEIRA, J.P. Ressuscitação Cardiopulmonar. In: MARTINS, et.al. **Emergências Clínicas- Abordagem Prática - Disciplina de emergências clínicas Hospital das Clínicas da FMUSP**. Barueri, SP: Manole, 2007.

LASELVA, C. R.; MOURA JÚNIOR, D. F. **Terapia Intensiva – Enfermagem**. Editora Knobel. São Paulo, 2009.

LEFRÈVE, A.M.C.; LEFRÈVE, F.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caixias do Sul: EDUCS, 2000.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. Feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Caderno Pagu**. Janeiro-junho de 2005, p.105-125. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 19 nov 2012.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análises e interpretação de dados**. 6. ed. 2.reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINEZ, T. L. D. R.; SANTOS FILHO, R. D. Fatores de Risco para Doença Cardiovascular Velhos e Novos Fatores de Risco, Velhos Problemas!. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metbólica** v.46, n.3, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v46n3/10890.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

MENDES, M. J. F. D. L.; et.al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e seus pais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** Recife, v.6, p.549-554, maio 2006. (Suplem. 1). Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmil/v6n1/30504.pdf>> Acesso em: 02. mar. 2012.

MENEZES, E. M.; SILVA, E. L. D. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3.ed. rev atual. Florianópolis. RS: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em:

<projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20edicao.pdf>
Acesso em: 27 mar. 2012.

MEIRELES, N. M. D. O.; FALCÃO, L. F. D. R.; FEITOSA FILHO, G. S.
Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral. In: FALCÃO, L. F. D. R.; COSTA, L. H. D.;
AMARAL, J. L. G. D. **Emergências: Fundamentos e Práticas**. 1. ed. São Paulo:
Martinari, 2010.

MINAYO, M. C. D. S. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. S.;
DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26.
ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 12.
ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, C.L.; VAN EYKEN, E.B.B.D.O. Prevalência de fatores de risco para
doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil.
Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.111-123, jan. 2009. Disponível
em: <[http:// www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/12.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n1/12.pdf)> Acesso em: 19. mar. 2012.

MORAIS, D.A. **Ressuscitação Cardiopulmonar pré-hospitalar: Fatores**
Determinantes da Sobrevida.113 p. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) –
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,Belo Horizonte, 2012.

PAPPANO, A. J. Elementos da Função Cardíaca. In: KOEPPEN, B. M.; STANTON, B.
M. **Berne e Levy: Fisiologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REIS, R. R. D.; SILVA, F. J.; **Assistência de enfermagem em situação de emergência**
a vítima de parada cardiorrespiratória. ([2011]). Disponível em:
<<http://www.redentor.inf.br/arquivos/pos/publicacoes/02052012Artigo%20Roberta%20Rezende%202012.pdf>> Acesso em: 25. out. 2012.

SANTOS, P. E. B.; et.al. Eletrofisiologia do Coração. In: AIRES, M. M. **Fisiologia**.
3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed.
v.2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVEIRA, R. C. C. P.; et.al. Novas Diretrizes da Ressuscitação Cardiopulmonar.
Revista Latino-americana de Enfermagem. v16, n.6, nov./dez. 2008. Disponível em:
< [http:// www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf)> Acesso em: 27. mar. 2012.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada**. 2.ed. Barueri,
SP: Manole, 2003.

SCHROEDER, A.D.; HOFFMANN, A.L. **Parada cardiorrespiratória e a função do**
enfermeiro neste atendimento. ([2006]). Disponível em: <<http://tcconline.utp.br/wp->

content/uploads//2011/11/PARADA-CARDIORRESPIRATORIA-E-A-FUNCAO-DO-ENFERMEIRO-NESTE-ATENDIMENTO.pdf> Acesso em: 31. out. 2012.

TIMERMAN, A; et.al. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v.7, 2009. Disponível em: <<http://www.ipatre.com.br/download/rcp-mundo.pdf>> Acesso em: 28 fev. 2012.

TORTORA, G. J.; DERRICKSON, B. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

UCHÔA, I. M. A. **Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos técnico-científicos da equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral no município de Mossoró/RN**. 73f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE, Mossoró/RN, 2010.

VASQUES, R; et. al. Atualização em Reanimação Cardiopulmonar: O que mudou com as novas diretrizes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.2, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbti/v18n2/a11v18n2.pdf>> Acesso em: 28 fev.2012.

VEIGA, E. V.; et.al. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em Suporte Avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória **Ciencia y Enfermaria**, v.16, n.2, p. 97-105, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v1n42/art12.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2012.

VIEIRA, S; HASSNE, W. S. **Metodologia Científica para área da Saúde**. 8. reimp. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

ZANINI, J; NASCIMENTO, E.R.P. D.; BARRA, D.C.C. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** v.18, n.2, abr./ jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2.pdf>> Acesso em: 28 fev. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Esta pesquisa é intitulada “**Assistência na Parada Cardiorrespiratória: Aplicação do protocolo determinado pela American Heart Association 2010 pela equipe de enfermagem em um serviço da cidade de Mossoró/RN**” e está sendo desenvolvida por Érika Patrícia de Oliveira Araújo, aluna do Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação do Professor Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves.

A pesquisa apresenta os seguintes objetivos: Avaliar a atuação da equipe de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar de acordo com o novo protocolo da American Heart Association 2010; Traçar o perfil da equipe de enfermagem em relação aos dados sócio-demográficos; Conhecer, de acordo com os entrevistados, a atuação da equipe de enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar; Identificar as dificuldades na prestação da assistência na Reanimação Cardiopulmonar; Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem atuante no pronto-socorro do Hospital Regional Tarcísio Maia sobre o novo protocolo; Averiguar se a equipe de enfermagem passou por capacitação recente relacionada à Reanimação Cardiopulmonar; Verificar se o número de profissionais da equipe atuante é suficiente para o desenvolvimento da assistência.

O presente estudo justifica-se pela decorrência dos conhecimentos adquiridos nas leituras vivências presenciadas durante os estágios da disciplina de Estágio Curricular Supervisionado VII, onde fora observado que na maioria das vezes os profissionais de enfermagem não atuam de forma coerente durante a assistência prestada e também pelo interesse em conhecer como realmente é realizada a assistência pela equipe de enfermagem no momento da Reanimação Cardiopulmonar (RCP).

O presente estudo oferece os seguintes benefícios: proporcionar conhecimentos sobre o novo protocolo aos profissionais participantes da pesquisa, caso desconheçam, além de subsidiar posteriores pesquisas em âmbito acadêmico e ainda apresentar aos gestores da instituição participante da pesquisa possíveis déficits que possam ser encontrados e oferece riscos mínimos aos participantes.

A realização desta pesquisa só será possível com a sua participação, a partir do seu consentimento, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente

à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da desta e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista, o senhor(a) responderá a algumas perguntas sobre dados pessoais e relacionadas com as práticas presentes na Instituição. As perguntas farão parte de um trabalho de conclusão de curso, podendo ser divulgadas em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a responder ou fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir da participação, não sofrerá nenhum dano e nem será oferecido nenhum incentivo financeiro pra sua continuidade na mesma.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, _____,
RG: _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

¹ 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) 2106-4777.

Mossoró, ____/____/ 2012.

Prof ° Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves²
Orientador

Participante da Pesquisa

² Endereço do Pesquisador Responsável: Av. Presidente Dutra, n 710, Alto de São Manoel. Mossoró/RN.
Fone/Fax: (84) 3312-0143. Email: thiagoenggle@facenemossoro.com.br

APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Característica da Mostra:
Idade:
Sexo: () Masculino () Feminino
Formação: () Curso Técnico () Curso Superior
Tempo neste serviço: _____
- 2) Como acha que deve ser realizada a assistência de enfermagem no momento da Reanimação Cardiorrespiratória?
- 3) Descreva sua atuação durante a Reanimação Cardiorrespiratória.
- 4) Existem entraves e/ou dificuldades na assistência de enfermagem durante a Reanimação Cardiorrespiratória? Se sim, qual(is)?
- 5) Tem conhecimento sobre o novo protocolo de Reanimação Cardiorrespiratória proposto pela AHA 2010?
() SIM ou () NÃO
- 6) Nos últimos meses passou por alguma atualização referente à RCP de acordo com o novo protocolo apresentado pela AHA 2010? Se SIM, qual(is) a(s) mudança(as) que considerou mais importante?
() SIM ou () NÃO
- 7) Em sua opinião, é necessário que o profissional de enfermagem seja constantemente treinado para atuar no momento da RCP? Por quê?
- 8) Quantos profissionais de enfermagem julga necessário para uma assistência adequada no momento da RCP?
- 9) De que forma o novo protocolo da AHA 2010, contribuiu na assistência de enfermagem durante a RCP?

ANEXOS

ANEXO-A-Certidão

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
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 10ª Reunião Extraordinária realizada em 26 de Julho 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "ASSISTÊNCIA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DETERMINADO PELA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2010 PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DA CIDADE DE MOSSORÓ/RN", protocolo número: 78/12, CAAE: 05740212.3.0000.5179 e Parecer do CEP: 72355 do Pesquisador Responsável: **Thiago Enggle de Araújo Alves** e dos Pesquisadores Participantes: **Érika Patrícia de Oliveira Araújo, Francisco Rafael Ribeiro Soares**.

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 31/12/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 13 de Agosto de 2012

Escola de Ent. Nova Esperança Ltda.

 Maria do Socorro Gadelha Nobrega
 Vice-Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

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

Kariss Ferreira da Silva Mendes
 Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil
 CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777