

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS**

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR CEREBRAL:
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

ALINE LEITE

TATIANE CRISTINA DE SOUZA TUCILO

**Trabalho de Conclusão de Curso sob
a orientação da Prof^a. Ivana da Silva
Semeghini**

Assis - SP

Novembro/2009

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

**REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR CEREBRAL:
AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Autoras

ALINE LEITE

TATIANE CRISTINA DE SOUZA TUCILO

Orientadora

ENF^a MS: IVANA DA SILVA SEMEGHINI

Monografia apresentada no Curso de
Enfermagem como parte dos requisitos
para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem

Assis - SP

Novembro/2009

FICHA CATALOGRÁFICA

LEITE, Aline; TUCILO, Tatiane Cristina de Souza

Reanimação Cardiopulmonar Cerebral: Avaliação do Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem / Aline Leite; Tatiane Cristina de Souza Tucilo. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis, 2009

56p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Parada Cardiorrespiratória. 2. Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral. 3. Equipe de Enfermagem.

CDD: 610

Biblioteca da FEMA

DEDICO

A minha família pela colaboração e por torcerem por mim nesta minha vida acadêmica, em especial a minha avó Benedita e tia Rosângela.

Ao meu namorado Luciano por sempre me apoiar e incentivar na realização de meu sonho.

A minha amiga Tatiane pela amizade e dedicação em todos os nossos estudos e pesquisas.

Aline Leite

DEDICO

A minha família pela colaboração e por torcerem por mim nesta minha vida acadêmica, em especial ao meu pai Benedito e minha mãe Elzira.

Ao meu marido Alessandro por sempre me apoiar e incentivar na realização de meu sonho.

A minha amiga Aline pela amizade e dedicação em todos os nossos estudos e pesquisas.

Tatiane Cristina de Souza Tucilo

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Aparecida por nos acolher, amparar e se mostrarem presente todos os momentos de nossa vida.

A Prof^a. Enf^a MS Ivana da Silva Semeghini pela orientação no desenvolvimento deste trabalho e ensinamentos repassados nessa jornada.

A todos do Hospital Regional de Assis – SP, que permitiram e colaboraram para realização deste trabalho.

A todos que de alguma maneira fizeram parte de nossas vidas nesta jornada e contribuíram na finalização desta pesquisa.

RESUMO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada uma das maiores emergências médica em que os profissionais de saúde podem se deparar, pois se trata de uma situação em que o diagnóstico deve ser sempre ágil e a utilização das manobras de atendimento deve ser organizada, possibilitando assim uma maior chance de sobrevivência do indivíduo, visando a diminuição de morbimortalidade. O objetivo deste trabalho foi avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem de uma instituição hospitalar no interior de São Paulo, nas unidades de clínica médica e clínica cirúrgica, no atendimento a vítima adulta em Parada Cardiorrespiratória, através da avaliação de reconhecimento e tratamento inicial. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quali-quantitativa, desenvolvida no período de outubro de 2009 com 59 profissionais de enfermagem. O instrumento de coleta utilizado para a pesquisa foi um questionário com 12 questões objetivas que buscavam caracterizar e avaliar o conhecimento da equipe sobre o referido tema. Com o presente estudo concluímos que os profissionais da equipe de enfermagem do referido hospital, apresentaram um índice satisfatório de conhecimento, baseado no fato de que em relação aos nove gráficos que tinham por finalidade avaliar o conhecimento e condutas que são utilizadas em uma PCR, oito deles obtiveram uma margem de acertos que ultrapassaram 50% e somente um dos gráficos obteve a porcentagem de 41%. No entanto notamos que mesmo com um índice satisfatório de conhecimento da equipe de enfermagem sobre o presente trabalho, a educação permanente se faz necessário, para que possa manter a equipe atualizada e apta a prestar um atendimento ao cliente em PCR.

Palavras-Chaves: Parada Cardiorrespiratória, Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral, Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

The Cardiorrespiratória Stop (PCR) is considered one of the biggest emergencies medical where the health professionals can come across themselves, therefore she is about a situation where the diagnosis always must be agile and the use of the attendance maneuvers must be organized, thus making possible a bigger possibility of supervened of the individual, aiming at the morbimortalidade reduction. The objective of this work was to evaluate the knowledge of the professionals of nursing of a hospital institution in the interior of São Paulo, in the units of surgical medical and clinical clinic, in the attendance the adult victim in Stopped Cardiorrespiratória, through the evaluation of recognition and initial treatment. One is about a descriptive research of quali-quantitative nature, developed in the period of October of 2009 with 59 professionals of nursing. The instrument of collection used for the research was a questionnaire with 12 objective questions that they searched to characterize and to evaluate the knowledge of the team on the related subject. With the present study we conclude that the professionals of the team of nursing of the related hospital, had presented a satisfactory index of knowledge, based on the fact of that in relation to the nine graphs that had for purpose to evaluate the knowledge and behaviors that are used in a PCR, eight of them had gotten an edge of rightnesss that had exceeded 50% and only one of the graphs got the 41% percentage. However we exactly notice that with a satisfactory index of knowledge of the nursing team on the present work, the permanent education if it makes necessary, so that it can keep the brought up to date and apt team to give an attendance to the customer in PCR.

Word-Key: Stopped Cardiorrespiratória, Ressuscitação Cerebral Cardiopulmonar, Team of Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Profeta Eliseu.....	16
Figura 2 - Métodos da fumigação e flagelação.....	17
Figura 3 - Método do trotar.....	17
Figura 4 - Taquicardia ventricular e Fibrilação ventricular.....	21
Figura 5 - Assistolia.....	21
Figura 6 - Atividade Elétrica Sem Pulso.....	22
Figura 7 - Algoritmo 1 - Suporte Básico de Vida (BLS).....	25
Figura 8 - Algoritmo 2 - Suporte Avançado de Vida (ACLS).....	26

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição da população estudada conforme sexo.....32
- Gráfico 2** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o conceito de parada cardiorrespiratória.....33
- Gráfico 3** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a forma de identificar uma parada cardiorrespiratória.....34
- Gráfico 4** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre as atitudes iniciais a serem realizadas após identificar uma parada cardiorrespiratória.....35
- Gráfico 5** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o que é Suporte Básico de Vida.....36
- Gráfico 6** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a seqüência correta a ser seguida no atendimento inicial ao paciente em parada cardiorrespiratória.....37
- Gráfico 7** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o local correto para posicionar as mãos durante a massagem cardíaca.....38
- Gráfico 8** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o posicionamento das mãos na massagem cardíaca.....39
- Gráfico 9** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o que utilizar na realização da massagem e qual o posicionamento adequado do massageador.....40
- Gráfico 10** - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre quantas incursões deve ser realizada durante o atendimento a vítima de parada cardiorrespiratória.....41

Gráfico 11 - Distribuição das respostas realizadas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a opinião de haver treinamento de reciclagem e a importância do mesmo.....42

Gráfico 12 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre como gostariam que fosse realizado um treinamento...43

Gráfico 13 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o horário que gostariam que fosse realizado um treinamento.....44

LISTA DE SIGLAS

ABC: A - Vias Aéreas, B - Respiração, C - Circulação

AESP: Atividade Elétrica Sem Pulso

AHA: American Heart Association

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

DEAs: Desfibriladores Externos Automáticos

ECG: Eletrocardiograma

EUA: Estados Unidos da América

FV: Fibrilação Ventricular

FV/TV: Fibrilação ventricular / Taquicardia Ventricular

FV/TVSP: Fibrilação ventricular / Taquicardia Ventricular sem Pulso

ILCOR: Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação

MC: Morte Clínica

ONR: Ordem de Não Ressuscitar

PC: Parada Cardíaca

PCR: Parada Cardiorrespiratória

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

RCR: Ressuscitação Cardiorrespiratória

RCRC: Ressuscitação Cardiorrespiratória Cerebral

SAV: Suporte Avançado de Vida

SBV: Suporte Básico de Vida

SNC: Sistema Nervoso Central

TV: Taquicardia Ventricular

SUMÁRIO

RESUMO	06
ABSTRACT	07
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivo Especifico.....	14
3. JUSTIFICATIVA	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 Precedentes Históricos da Reanimação Cardiopulmonar.....	16
4.2 Epidemiologia.....	19
4.3 Parada Cardiorrespiratória.....	20
4.4 Aspectos Éticos e Legais da PCR.....	28
4.5 Equipe de Enfermagem.....	30
5. MATERIAIS E METODOS	31
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7. CONCLUSÃO	45
8. REFERÊNCIAS	46
9. ANEXOS	51
10. APENDICES	53

1. INTRODUÇÃO

A elevada incidência de mortalidade, segundo Nascimento, Hoffmann (1997) é ocasionada pelas doenças cardiovasculares na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

De acordo com Pires, Starling (2006) a Parada Cardiopulmonar (PCR) é a ausência da circulação e da respiração, que é reconhecida quando não há pulsação e nem tão pouco respiração em um paciente inconsciente.

No Brasil em 2005, Calil, Paranhos (2007) afirmam que 250.000 pessoas foram a óbito devido a PCR decorrentes de complicações cardíacas.

A interrupção da circulação e da respiração, segundo Pires, Starling (2006) não escolhe hora nem lugar para acontecer, e a demora no socorro diminuirá a chances de sobrevivência do indivíduo.

Segundo Pazin (2003) 10% de chance de sobrevivência é perdida, a cada minuto em que o indivíduo em PCR permanece sem atendimento, sendo assim em 5 minutos 50% morrem, a cada 1 minuto 10% morrem, portanto, em 10 minutos estarão todos mortos.

Santos (2007) descreve que o atendimento ao indivíduo com Parada Cardiorrespiratória deve sempre ser ágil e eficaz buscando manter uma circulação artificial, promovendo assim uma boa oxigenação cerebral.

Zanini, Nascimento, Barra (2006) relatam que os profissionais de enfermagem devem estar preparados para reconhecer quando um paciente está em uma PCR ou prestes a desenvolvê-la, tendo em vista que se trata de uma emergência clínica, onde a avaliação do paciente deve ser rápida e eficaz.

A atuação da enfermagem conforme Motta (2003) é de extrema importância no atendimento ao um indivíduo em PCR, pois trata se de uma situação não prevista, exigindo por parte da equipe: organização, equilíbrio emocional, domínio técnico e correta distribuição das funções.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Considerando que a parada cardiorrespiratória é a maior prioridade de atendimento e que sua gravidade excede qualquer emergência, o objetivo deste trabalho é avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento inicial a vítima adulta em parada cardiorrespiratória.

2.2 Objetivo Específico

- Caracterizar o perfil demográfico da população de estudo;
- Coletar dados sobre requalificação no atendimento a vítima de parada cardiorrespiratória;
- Fundamentar bases para futuras pesquisas sobre o assunto;
- Enviar informações colhidas e analisadas para autoridades competentes no intuito de implementar intervenções futuras.

3. JUSTIFICATIVA

Devido a RCP ser uma manobra baseada na utilização de algoritmos no atendimento a uma PCR, visualizamos a importância de conhecer a sua evolução histórica, avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento inicial a vítima adulta em parada cardiorrespiratória, mostrando os avanços científicos que foram descobertos e implementados, visando a diminuição de seqüelas cerebral irreversível, aumentando a taxa de sobrevivência e também incentivar o interesse de profissionais de saúde e leigos sobre o assunto considerado a maior prioridade de atendimento ao paciente.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Precedentes Históricos da Reanimação Cardiopulmonar

Guimarães et al (2009) afirma que desde a antiguidade a humanidade se depara com a morte, interpretando-a como um evento irreversível, ou seja, todas as tentativas de ressuscitação seriam inúteis.

Sobre a evolução histórica da RCP, FERREZ (2006, p.4) afirma que:

As referências históricas das manobras de RCP datam desde a Antiguidade. Existem indicações desta prática no antigo Egito a mais de 500 anos. A primeira RCP descrita com sucesso encontra-se na bíblia, quando o profeta Elias reanimou o filho da viúva de Sarepta, no primeiro livro dos Reis 17:17-22. Esta descrição antecede a RCP que Eliseu, discípulo de Elias, realiza no filho da mulher Sumamita, narrada no segundo livro dos Reis 4:34-35.(Figura 1)



Figura 1 - O Profeta Eliseu

Fonte: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf

No final do Império Romano, Guimarães (2009) relata que em 476 a.C eram utilizados métodos de RCP, variando desde aplicação de calor ao corpo através de objetos quentes ou queimantes sobre o abdômen (fumigação), ate mesmo flagelação chicoteando o individuo com urtiga (planta cujas folhas são irritativas contendo ácido fórmico).

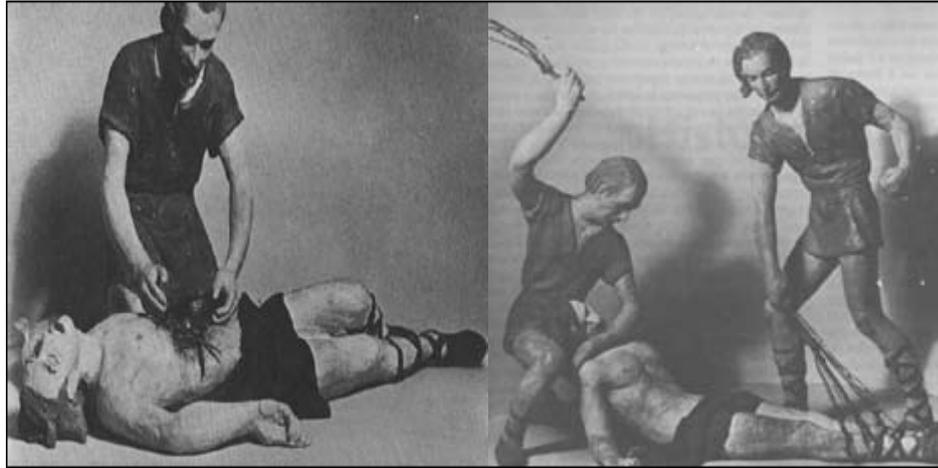


Figura 2 - Métodos da fumigação e flagelação

Fonte: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf

Segundo Guimarães et al (2009) por volta de 1812, os europeus e os chineses posicionavam o corpo da vítima sobre cavalos em trote, crendo que através deste movimento reverteria o mal súbito.



Figura 3 – Método do trotar

Fonte: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf

Durante a antiguidade Guimarães et al (2009) relata que apesar de esforços na busca de reverter à temida morte, utilizando métodos sem embasamento científico, não conseguiam obter êxito nos métodos utilizados nesta época.

Pires, Starling (2006) descrevem que nada era feito no século passado, quando se deparavam com um indivíduo em PCR crendo na impossibilidade de reversão do quadro.

A possibilidade de reversão do estado terminal segundo relato de Ferez (2006) só se tornou viável a partir de 1900 em ambiente hospitalar e por volta de 1960 em ambiente extra-hospitalar.

Segundo Ferez (2006) a popularização das manobras de RCP só se tornou possível em 1958, quando Safar, Elam, Gordon e Redding publicaram estudos sobre o controle das vias aéreas e ventilação boca-a-boca, juntamente com o trabalho de Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker (massagem cardíaca externa).

Guimarães et al (2009) afirma que em 1961, a American Heart Association criou um Comitê de Reanimação Cardiorrespiratória, esta organização serviu de base para maiores pesquisas, programas de treinamento e para a padronização da RCP e posteriormente dos suportes básicos de vida (SBV) e dos suportes de vida avançados (SVA).

Conforme relato de Zago et al (1998) no ano de 1973, houve uma nova conferência onde foram determinados os padrões iniciais para o atendimento de PCR, que originou os protocolos de atendimento, também conhecidos como guiderlines.

Feitosa-Filho et al (2006) descreve que as novas modificações no protocolo de atendimento a RCP, trouxeram uma grande contribuição para aumentar a sobrevivência de vítimas de parada cardiorrespiratória, tão almejada durante a antiguidade.

De acordo com Zago et al (1998) recentes conceitos, estratégias e estruturas baseadas em novos avanços vem modificando o tratamento e melhorado os resultados em ambiente hospitalar, bem como o conceito de ressuscitação cerebral, a aplicação da corrente de sobrevivência, e também a criação de um algoritmo universal.

4.2 Epidemiologia

Ferez (2006) afirma que em adultos o principal motivo da PCR são as doenças coronarianas, porém outros fatores predisponentes podem elevar a incidência do mesmo.

Nascimento, Hoffmann, (1997) afirmam que a doença cardiovascular é a principal causa de morte entre ambos os sexos e crianças em todo o mundo, fato este que se tornou uma das maiores preocupações entre os seres humanos.

Segundo Gomes et al (2005) a morte prematura por enfermidade cardiovascular é um grande desafio em todo o mundo, mesmo com os grandes avanços tecnológicos ocorridos nas últimas décadas. Sendo a principal causa de morte nos EUA desde 1900. No Brasil, ocorrem 820 mortes por dia.

Rosa et al (2009) relata em todo o país, as doenças do aparelho circulatório, são a principal causa de morbimortalidade, em 2007 foram 1.157.509 internações por doenças do aparelho circulatório, gerando um custo elevado para os cofres públicos. Já no estado de São Paulo, em 2005, 32,3% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares. No ano de 2007, os dados para o mesmo estado mostraram 263.284 internações por doenças do aparelho circulatório.

4.3 Parada Cardiorrespiratória

Sobre o conceito de PCR, Motta (2005) afirma que a parada cardíaca é a interrupção súbita da circulação sistêmica e da respiração, refletindo a integridade do sistema nervoso central.

Santos (2007) relata que a PCR é a ausência da circulação e da respiração, de um indivíduo.

Zago et al, (1998) relata que a PCR é uma emergência médica onde o tempo entre o início do evento e a instauração de medidas de RCP, constitui fatores decisivos para o sucesso terapêutico.

De acordo com GUIMARÃES et al (2009) com o passar dos séculos, as causas de morte súbita tem sofrido modificações, se na era pré-moderna significava morte por afogamento, inalação de fumaça ou trauma, atualmente transcendeu a doenças cardiovasculares, uma preocupação dos tempos modernos.

Santos (2007) relata que existem diversas causas que podem estar associada a PCR, porem se um individuo já for portador de cardiopatias, hipertensão, diabetes, antecedentes familiares de morte súbita, pneumotórax, broncoespasmo e uso excessivo de anestésicos terão grande chance de sofrer uma PCR.

A etiologia da PCR, segundo Pires, Starling (2006) deve ser diagnosticada imediatamente, instituindo-se em seguida as manobras de RCP.

Nascimento, Hoffmann (1997) afirmam que a PCR é uma das maiores emergências médica em que os profissionais de saúde podem se deparar, pois é uma situação em que o diagnóstico deve ser rápido e a utilização das manobras de atendimento deve ser sincronizada, pois assim possibilitaram uma maior chance de sobrevivida do individuo.

Durante a identificação clinica da PCR, Motta (2005) descreve que o paciente pode apresentar:

- Inconsciência
- Ausência de movimentos respiratórios
- Ausência de pulso em grandes artérias (femoral e carótidas).

Segundo Pires, Starling (2006) do ponto de vista eletrocardiográfico, o mecanismo causal da parada cardíaca, só será diagnosticado através da observação do registro de ECG ou ao monitor.

Cintra, Nishide, Nunes (2008) relatam que normalmente na PCR podem ser observados quatro padrões básicos de alteração do ritmo cardíaco: taquicardia ventricular sem pulso; fibrilação ventricular; assistolia e atividade elétrica sem pulso.



Figura 4 - Taquicardia ventricular e Fibrilação ventricular.

Fonte: http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf

Na FV/TV sem pulso o coração apresenta-se com atividade elétrica e mecânica, contudo ela é caótica e o coração torna-se incapaz de realizar sua função.



Figura 5 - Assistolia.

Fonte: http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf

Na Assistolia o coração não apresenta sequer atividade elétrica ou mecânica.

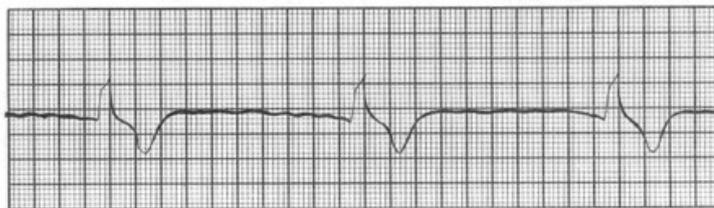


Figura 6 - Atividade Elétrica Sem Pulso.

Fonte: http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf

Na AESP o coração apresenta atividade elétrica, mas sua atividade mecânica é insignificante, sendo incapaz de gerar pulso.

Segundo Guimarães et al (2005) as causas mais freqüentes de AESP (5 "Ts" e 5 "Hs") se descrevem da seguinte maneira 5 "Ts": Tamponamento cardíaco; Tensão do tórax; Trombose coronária; Tromboembolismo pulmonar maciço, Tóxicos, e 5 "Hs": Hipovolêmica, Hipóxia, Hipercalemia, Hipotermia, H⁺ (íon de hidrogênio).

Conforme relato de Ferez (2006), é de extrema importância o diagnóstico eletrocardiográfico para um correto tratamento, baseado em algoritmos e assim estabelecer o prognóstico.

De acordo com Ratton (2005) a desfibrilação deve ser executada o mais precocemente possível na presença de FV ou TV, pois essa medida terapêutica mostrou-se o tratamento de sucesso na reversão das arritmias citadas.

Nascimento e Hoffmann (1997) afirmam que o manual de 2005 recomenda para o tratamento de parada cardíaca associada com FV ou taquicardia ventricular sem pulso, o emprego de 1 choque simples (120 a 200J, onda bifásica ou 360J, onda monofásica), imediatamente seguido de um período de RCP.

Segundo Nascimento, Hoffmann (1997) a American Heart Association (AHA) é um organização responsável por grande parte dos protocolos de primeiros socorros e emergências médicas, utilizados mundialmente, baseados através de pesquisas muito bem fundamentadas, sendo também responsável pelas atualizações destes protocolos.

No atendimento ao paciente que sofre uma PCR Motta (2005) afirma que as manobras iniciais para RCP são definidas como SBV, e as manobras posteriores são caracterizadas de SAV.

Nascimento, Hoffmann, apud PHTLS (1997) afirmam que a preocupação com a morte é histórica, porém somente no século XVIII houve a possibilidade da RCP ser considerada cientificamente.

Sobre ressuscitação e reanimação Guimarães et al (2009) afirma que ressuscitar significa milagre da ressurreição, volta a vida, já a reanimação, compõe-se do prefixo re + anima + sufixo-ção, em latim anima significa sopro, respiração, vida e alma.

Guimarães et al (2008) relata que a RCP é o conjunto de procedimentos realizados após uma PCR para manter a circulação de sangue arterial artificial ao cérebro e aos órgãos vitais até que ocorra o retorno espontâneo da circulação.

Segundo Nascimento, Hoffman (1997) a RCP consiste na combinação de manobras que visam manter a oxigenação e a perfusão sanguínea dos órgãos vitais.

Ratton (2005) descreve que a RCP tem a finalidade de restaurar a circulação e ventilação, preservando a vida e evitando as possíveis seqüelas que uma parada cardiopulmonar poderá causar a vítima.

Pires, Starling (2006) relatam que o melhor tratamento para a PCR são as manobras de RCP, pois quando realizadas precocemente podem evitar que a FV evolua para a assistolia, possibilitando uma desfibrilação de sucesso, prevenindo a função cardíaca e cerebral e também aumentando a chance de sobrevivida.

A aplicação imediata e eficiente da RCP segundo Murta (2008) ajudara na manutenção das funções básicas da vida até que se chegue ao local de atendimento profissional com SAV.

O Suporte Básico de Vida, de acordo com Motta (2005, p.44):

São as manobras que recuperam a oxigenação e a circulação em órgãos vitais em uma seqüência chamada ABC.

A – Desobstrução das vias aéreas.

B – Respiração e Ventilação.

C – Assistência Circulatória

Feitosa-Filho (2006, p.178) relata no protocolo que:

De acordo com as novas diretrizes de RCP, substancial relevância foi destinada à adequada performance do SBV, principalmente compressões torácicas. Didaticamente pode-se dividir em:

1- Verificar a responsividade;

2- Chamar por ajuda: solicitada essencialmente com desfibrilador e material de suporte avançado;

3- Posicionar a vítima e se posicionar: em superfície rígida, em decúbito dorsal, com o socorrista posicionado à altura do ombro direito da vítima. No ambiente de Medicina Intensiva, este é o momento ideal para posicionar a "tábua de parada".

4- Abrir as vias aéreas: hiperextensão do pescoço, abrindo a boca da vítima. Os profissionais de saúde treinados devem em casos de trauma, pressionar os ângulos da mandíbula com os dedos indicadores elevando a mandíbula e abrindo a boca com os polegares.

Uma vez abertas as vias aéreas, tenta-se detectar se há expansão torácica, ouvir algum som da respiração ou sentir algum ar exalado.

5- Ventilar: deve-se proceder duas ventilações de resgate. Cada uma destas duas ventilações deve durar 1 segundo de inspiração e com volume suficiente para permitir expansão torácica. Caso a primeira ventilação tenha sido ineficiente deve-se revisar a manobra de abertura de via aérea reposicionando a cabeça e realizar nova ventilação. Depois das ventilações deve-se seguir imediatamente com a checagem de pulso e com as compressões torácicas, se indicada.

6- Avaliação do pulso (somente para profissionais de saúde): em 5 a 10 segundos, através da palpação da artéria carótida. Aconselha-se que indivíduos não habituados a palpar pulso ignorem este passo;

7- Compressões torácicas: devem ser feitas numa velocidade ideal de 100 vezes por minuto. Enquanto o paciente não estiver intubado, a relação compressões: ventilações devem ser de 30:2. É necessário deixar que o tórax seja deprimido em 4 a 5 cm e que volte completamente à sua posição de repouso após cada compressão 5-10. Recomenda-se que haja um revezamento da pessoa que comprime a cada 5 ciclos (2 minutos), visando evitar que o cansaço diminua a eficácia das compressões;

8- Desfibrilação: deve ser executada imediatamente, caso seja detectada fibrilação ou taquicardia ventricular sem pulso (FV/TV). Exceção é permitida nos casos em que o paciente permaneceu em PCR por mais de 4 a 5 minutos sem suporte básico de vida, quando 5 ciclos de compressão e ventilação antecedendo a desfibrilação são opcionais. A corrente usada deve ser preferencialmente bifásica, mas se aceita a monofásica na ausência da primeira. A quantidade de Joules é de 150 a 200J para ondas bifásicas truncadas exponenciais, 120J para onda bifásica retilínea e 360J para corrente monofásica. Após a administração do choque deve-se imediatamente retomar as compressões torácicas e ventilações, sem verificar o pulso.

Algoritmo 1 – Suporte Básico de Vida (BLS)

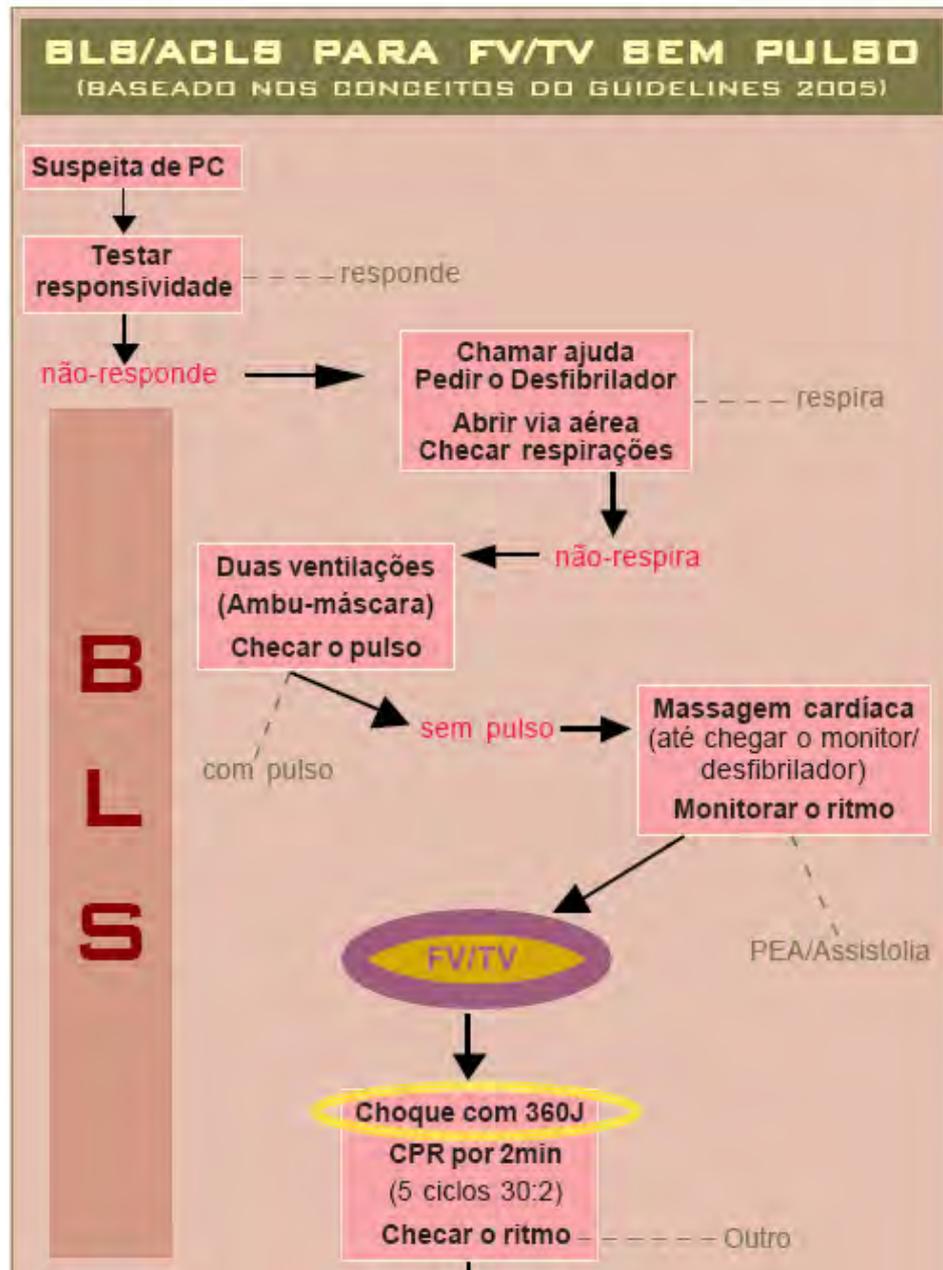


Figura 7 - Algoritmo 1 – Suporte Básico de Vida (BLS)

Fonte - http://mdblogger.files.wordpress.com/2007/11/medcurso_pcr.pdf

O SAV, de acordo com Motta (2005) é a seqüência de SBV, porem será necessário a utilização de equipamentos e drogas para a recuperação das funções vitais.

Algoritmo 2 - Suporte Avançado de Vida (ACLS)

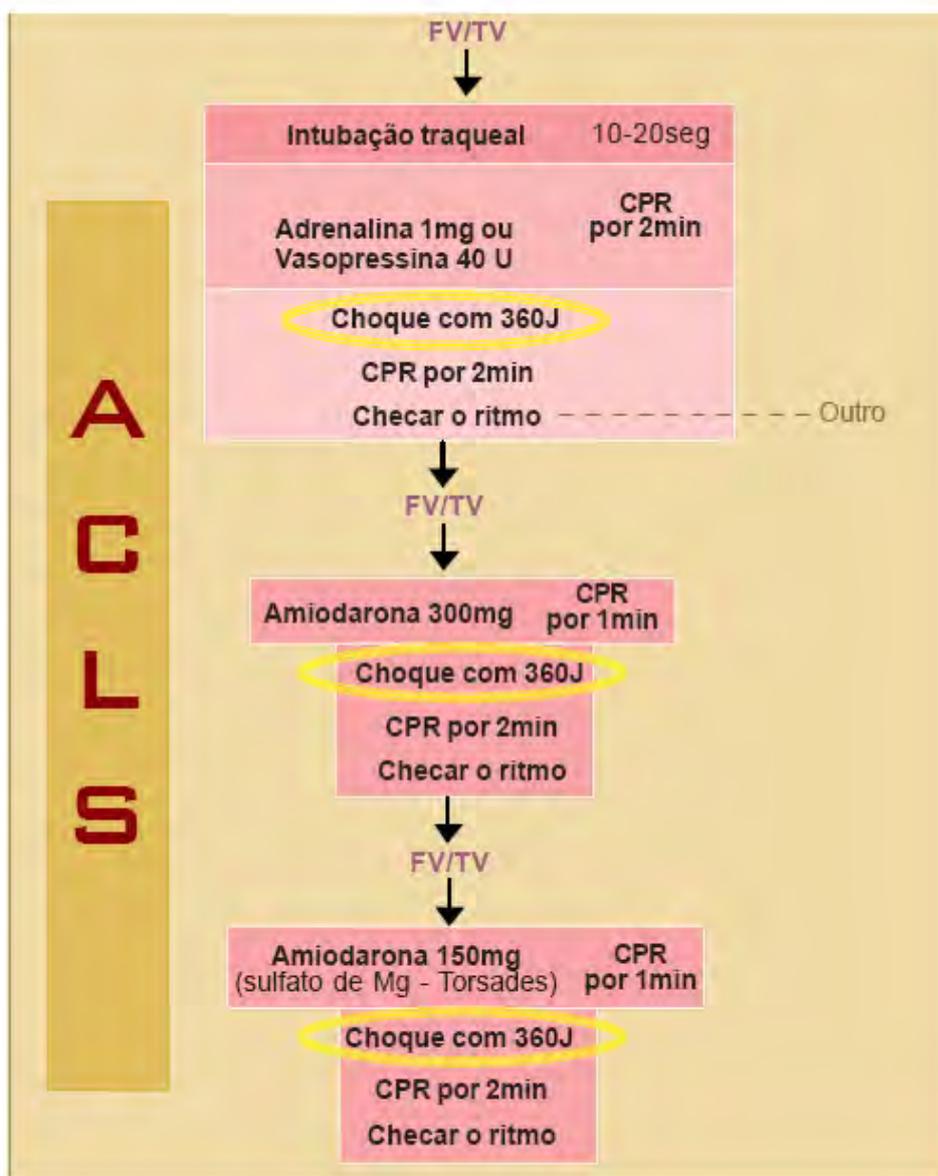


Figura 8 - Algoritmo 2 – Suporte Avançado de Vida (ACLS)

Fonte - http://mdblogger.files.wordpress.com/2007/11/medcurso_pcr.pdf

Ferez (2006) afirma que no SAV além da equipe de enfermagem, é obrigatória a presença do médico, pois esta situação envolve conhecimentos e treinamentos específicos.

A atualização das novas diretrizes de RCP, segundo Feitosa-Filho (2006), se faz necessário para que haja uma melhor qualidade da RCP visando assim alcançar um atendimento seguro aos pacientes críticos.

Segundo Silveira (2009), devido ao pouco sucesso em RCP, os cientistas vem pensando em novas descobertas para vencer as fronteiras da morte com maior eficiência e que Timerman refere que mudanças estão sendo prevista, para que se possa prestar um melhor atendimento, uma delas é em relação à ventilação artificial, pois a respiração boca a boca é uma das causas que levam a diminuição do fluxo sanguíneo e que a massagem deve ser prioridade, antes de se preocuparem com choque, medicamentos. Após pesquisas, houve a constatação de que as células do cérebro e do coração, podem se manter vivas por mais de uma hora, sendo assim esta sendo contestado a utilização da ventilação na maioria dos casos, pois após a aplicação desta manobra as células podem acelerar sua degeneração e morte.

Lane (2007) afirma que a ciência da reanimação vem evoluindo depressa e a AHA continuará informando a todos os profissionais de saúde as modificações ocorridas em suas diretrizes, mesmo antes do ano 2010.

4.4 Aspectos Éticos e Legais da PCR

Murta (2008) afirma que a ética nos proporciona equilíbrio, pois a modernidade exige rapidez, produtividade, praticidade, eficiência e qualidade, porém para buscarmos este equilíbrio é necessário que haja bom senso e limites.

As medidas de SBV e SAV, segundo Zago et al (1999) possuem a finalidade de reverter a morte prematura e restabelecer as funções vitais, as funções de relação interpessoal, e com o meio ambiente, não significando o aumento de sofrimento de clientes com doenças crônicas ou em estágio terminal.

Sobre o direito de reanimação Pires, Starling (2006) afirma que todos os clientes são candidatos a RCP; será discutida a indicação em casos de evidência inquestionável de morte, como presença de “rigor mortis”, decapitação etc. pacientes oncológicos terminais; pacientes em fase terminal, os quais não existam esperança de tratamento adicional, questionando-se a RCP em pacientes com morte cerebral a mais de 24 horas, os quais ocorra a PC, estados sépticos terminais, sem possibilidade de tratamento, tempo de PC prolongado, apresentando sinais físicos de morte, com exceção de afogados nas situações em que as manobras de RCP podem apresentar risco ao socorrista.

Zago et al, (1999) relata que a determinação do momento ideal para a suspensão das medidas de RCP, quando não se consegue reverter a arritmia desencadeada do colapso cardiopulmonar, é uma difícil decisão clínica, porém pode ser inevitável.

Oselka, Troster (2001) relata que os profissionais de saúde relutam em sugerir a não-indicação da RCP, pois se sentem desistindo de seus pacientes e desconfortáveis por se tratar de ser um assunto que envolve a vida e a morte, deve-se, também ao medo de sofrerem um processo por omissão de socorro.

A respeito da ética em RCP, na Ordem de Não Ressuscitar (ONR) Urban et al (2001) relata que esta pratica não é universalmente aceita devido a complexidade ética, sendo utilizada em muitos hospitais nos Estados Unidos, a maioria dos hospitais da Europa ainda são pouco comuns, e no Brasil, as ONR não são reconhecidas oficialmente.

Urban et al (2001) afirma que o valor mais importante é o respeito a dignidade humana e é ele que devera basear as decisões a serem tomadas.

4.5 Equipe de Enfermagem

Nascimento, Hoffmann (1997) descrevem que a equipe deve estar sempre atualizada e capacitada para a realização da RCP, tendo em vista que está técnica deve ser realizada com destreza e seriedade.

Cintra, Nishide, Nunes (2008) relatam que uma boa equipe de enfermagem deve conhecer as manobras de RCP, atuar com tranquilidade, organizar a seqüência de atendimento, reunir materiais e equipamentos utilizados para o atendimento, sendo estas condições primordiais.

Darli, et al (2008) afirma que a intervenção rápida, segura e eficaz dos profissionais de saúde, modifica a situação de sobrevivência de indivíduos em PCR possibilitando o retorno de suas funções vitais.

Cintra, Nishide, Nunes (2008) descrevem que é de extrema importância que o enfermeiro e sua equipe tenham todo domínio da técnica de RCP para poder prestar um atendimento digno, buscando uma maior eficiência no atendimento.

Cintra, Nishide, Nunes (2008) afirmam que a equipe de enfermagem deve assistir os pacientes, e oferecer o atendimento inicial até a chegada da equipe médica, pois para que isto seja possível deverão adquirir habilidades que os capacitem a prestar adequadamente os SBV e o SAV a estes indivíduos, e de modo geral a equipe de enfermagem é quem primeiramente presencia os casos de PCR, sendo assim devem estar treinados e capacitados para um atendimento emergencial.

Zanini, Nascimento, Barra (2006) descrevem que é recomendado que a equipe de enfermagem seja reciclada quanto a execução das manobras do SBV, também ter conhecimento do conteúdo existente no carro de emergência e saber manusear os equipamentos existentes no mesmo.

Murta (2008) conforme lei 7498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, afirma que sendo o enfermeiro responsável pela equipe de enfermagem, exercer planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência, responde legalmente pelas ações de sua equipe e tem o dever de treinar e atualizar esses trabalhadores.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa de campo, de caráter quali-quantitativo, realizada através da aplicação de um questionário a 59 profissionais da equipe de enfermagem.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2009, em uma Instituição Hospitalar Estadual na cidade de Assis SP, nas unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica. A autorização para a realização da mesma foi obtida através de solicitação por escrito (Anexo A), havendo pleno consentimento da direção do hospital e Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Para a população de estudo utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) sendo entregue aos mesmos e devidamente assinado no momento da aplicação do questionário que ocorreu de forma individual. Quanto ao local e a hora da aplicação houve variações conforme o setor buscando um ambiente confortável e tranquilo quando os profissionais não se encontravam ocupados.

O questionário (Apêndice B) continha 11 questões de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta, e 1 questão dissertativa baseadas conforme as ações consideradas críticas no atendimento de um paciente com PCR de acordo com a American Heart Association. As respostas com mais de uma alternativa assinalada e as não respondidas foram anuladas, o mesmo questionário avaliava variáveis como sexo, cargo de ocupação, atualização sobre o assunto e o auto - conhecimento sobre o referido tema.

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2003 e condensados em forma de gráfico, para serem analisados e discutidos visando avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem no atendimento a vítima adulta em Parada Cardiorrespiratória.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos cinquenta e nove profissionais de enfermagem da amostra de estudo, 46 aderiram à pesquisa, sendo que 13 optaram por não participar da pesquisa no referido hospital. Dos 46 profissionais entrevistados, 12 eram enfermeiros, e 34 eram auxiliares de enfermagem. Abrangendo uma amostra de 36 trabalhadores do sexo feminino e apenas 10 do sexo masculino.

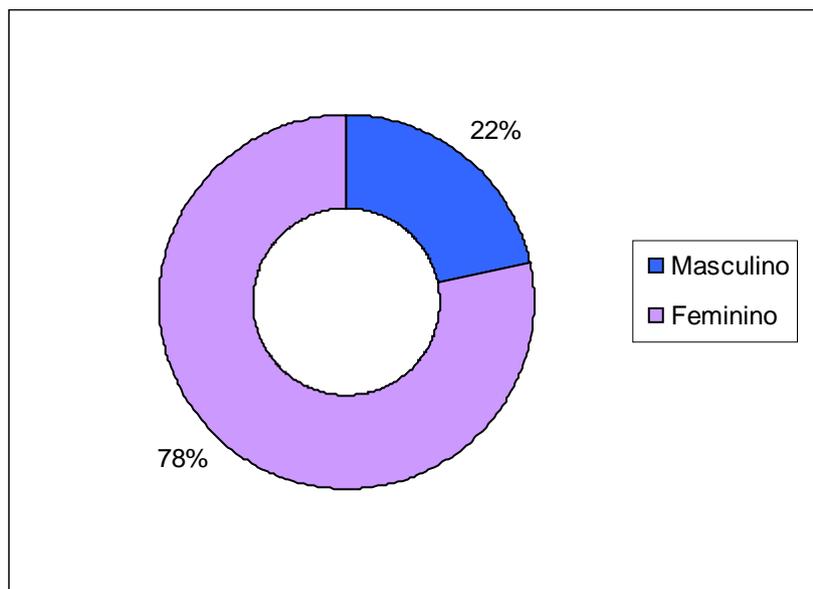


Gráfico 1 - Distribuição da população estudada conforme sexo.

De acordo com Pastore; Rosa; Homem (2008), o setor da saúde ainda se caracteriza pela forte existência da divisão sexual do trabalho onde predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar. No entanto sabe-se que o sexo não interfere no saber, ou seja, sendo o indivíduo do sexo masculino, ou do sexo feminino, poderão exercer sua função igualmente em relação ao conhecimento.

No que se refere ao sexo, em relação as características encontradas neste estudo, nota-se a predominância dos profissionais de enfermagem do sexo feminino, no entanto foi observado uma de profissionais do sexo masculino nesta entidade.

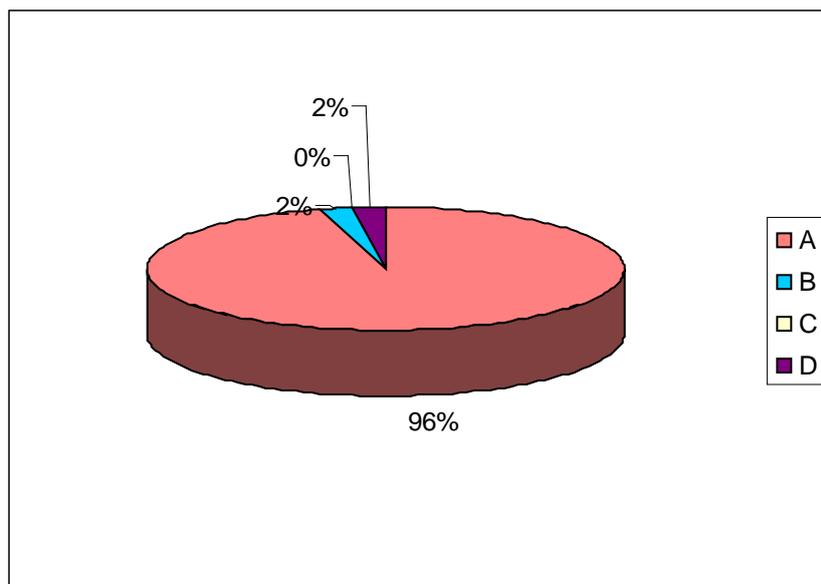


Gráfico 2 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o conceito de parada cardiorrespiratória.

A - cessação da circulação e da respiração

B - aumento dos batimentos cardíacos e diminuição da respiração

C - cessação da circulação e aumento da perfusão sanguínea tissular

D - anuladas

Nessa questão, quarenta e quatro dos entrevistados (96%) associaram o conceito de parada cardiorrespiratória a cessação da circulação e da respiração. Desta forma, somente um dos entrevistados (2%) considerou como conceito de PCR o aumento dos batimentos cardíacos e diminuição da respiração, e um indivíduo (2%) anulou esta questão.

Araujo; Araujo (2008) define parada cardiorrespiratória como uma condição súbita e inesperada de oxigenação tissular absoluta, ocasionada por ineficiência circulatória ou pela ausência respiratória. Sendo assim toda equipe de enfermagem deve buscar novos conceitos, visando um melhor atendimento ao paciente.

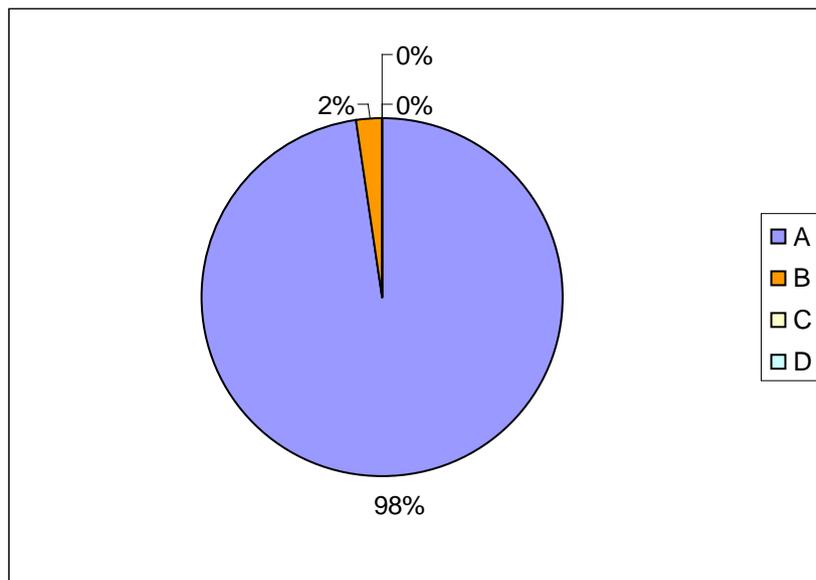


Gráfico 3 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a forma de identificar uma parada cardiorrespiratória.

A - inconsciência, apnéia, ausência de pulso.

B - pulso ausente, fibrilação ventricular, náuseas.

C - pulso cheio, corado, sudorese.

D – anuladas

Quarenta e cinco dos entrevistados (98%), associaram a forma de identificar uma PCR como inconsciência, apnéia, ausência de pulso, e um dos profissionais (2%), considerou a alternativa pulso ausente, fibrilação ventricular, náuseas.

Motta (2003) relata que para identificar uma parada cardiorrespiratória, pode - se utilizar sinais clínicos, sendo eles: inconsciência, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso. Frente a este relato se faz importante conhecer e saber identificar quando o paciente se encontra em PCR, buscando assim uma melhor reversão do quadro clínico.

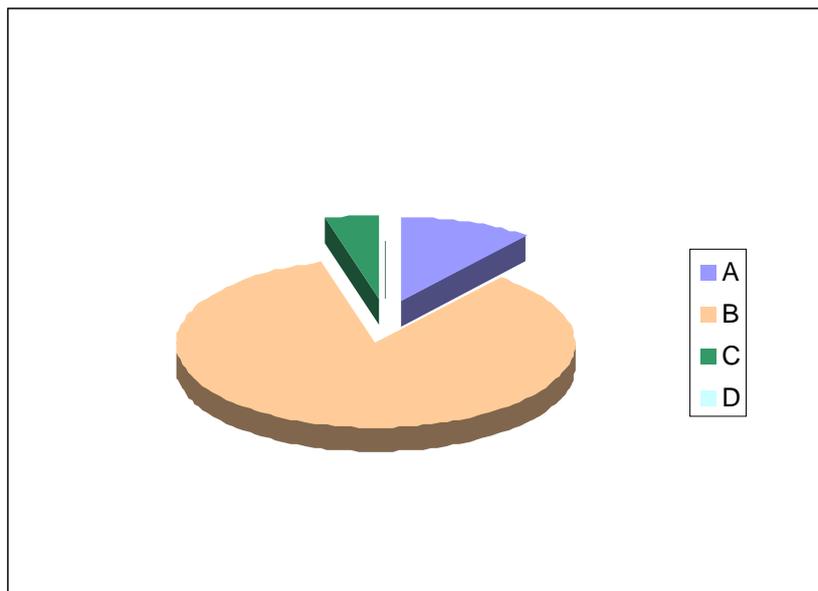


Gráfico 4 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre as atitudes iniciais a serem realizadas após identificar uma parada cardiorrespiratória.

A - desfibrilar, puncionar acesso venoso, monitoração cardíaca.

B - solicitar ajuda colocar a vitima em decúbito dorsal horizontal em superfície plana e dura, iniciar suporte básico de vida.

C - colocar a vitima em decúbito ventral horizontal em superfície plana e dura, realizar eletrocardiograma, iniciar suporte avançado de vida.

D - anuladas

Cinco pessoas da amostra (11%) optaram por desfibrilar, puncionar acesso venoso, monitoração cardíaca sendo que dois entrevistados (4%) consideraram colocar a vitima em decúbito ventral horizontal em superfície plana e dura, realizar eletrocardiograma, iniciar suporte avançado de vida e trinta e nove dos profissionais (85%), optaram por solicitar ajuda colocar a vitima em decúbito dorsal horizontal em superfície plana e dura, iniciar suporte básico de vida.

De acordo com Leite; Miecznikowski (1999) a primeira providência a ser tomada quando nos deparamos com um individuo inconsciente é diagnosticar a PCR, e em seguida solicitar ajuda posicionar a vítima sobre uma

superfície firme, em decúbito dorsal horizontal, e dar início à SBV. Nota-se que após identificar e diagnosticar uma PCR a seqüência correta de condutas a serem tomadas pelo profissional é primordial.

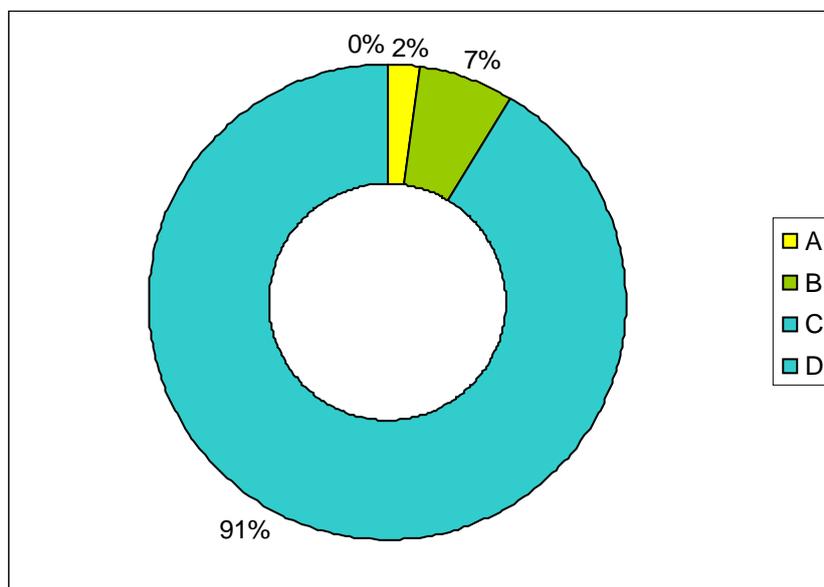


Gráfico 5 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o que é Suporte Básico de Vida.

A - manobra que são focadas na utilização de drogas endovenosa.

B - manobras que visam monitorar a função cardíaca.

C - manobras que recuperam a oxigenação e circulação em órgãos vitais.

D – anuladas

Um dos entrevistados (2%) considerou como Suporte Básico de Vida, manobras que são focadas na utilização de drogas endovenosas, outros três profissionais (7%) consideraram manobras que visam monitorar a função cardíaca e quarenta e duas pessoas (91%) associaram o SBV com manobras que recuperam a oxigenação e circulação em órgãos vitais.

Conforme relato de Motta (2003) o SBV se trata de manobras que visam recuperar a oxigenação e a circulação em órgãos vitais. Visando que estas manobras buscam boa perfusão de sangue e oxigênio aos órgãos vitais,

é de extrema importância ter o conhecimento deste conceito para diminuição de seqüelas.

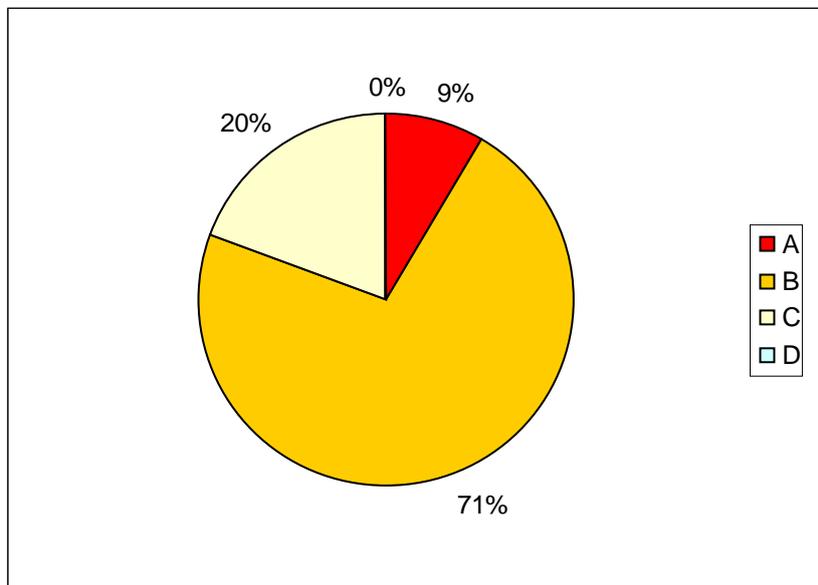


Gráfico 6 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a seqüência correta a ser seguida no atendimento inicial ao paciente em parada cardiorrespiratória.

A - desfibrilação, ventilação, desobstrução das vias aéreas.

B - desobstrução das vias aéreas, respiração e ventilação, assistência circulatória.

C - acesso venoso calibroso, administração de drogas, assistência ventilatória.

D – anuladas

De acordo com a seqüência a ser seguida no atendimento inicial a um indivíduo em PCR, das quarenta e seis pessoas entrevistadas, quatro (9%) responderam desfibrilação, ventilação, desobstrução das vias aéreas, sendo que nove (20%) optaram por acesso venoso calibroso, administração de drogas, assistência ventilatória e trinta e três trabalhadores da equipe de enfermagem (71%) optaram pela desobstrução das vias aéreas, respiração e ventilação, assistência circulatória.

Motta (2003) descreve a seqüência do SBV como desobstrução das vias aéreas, respiração e ventilação e assistência circulatória. Desta maneira a ordem correta para realização da seqüência deve ser seguida para que possa haver uma maior efetividade no atendimento.

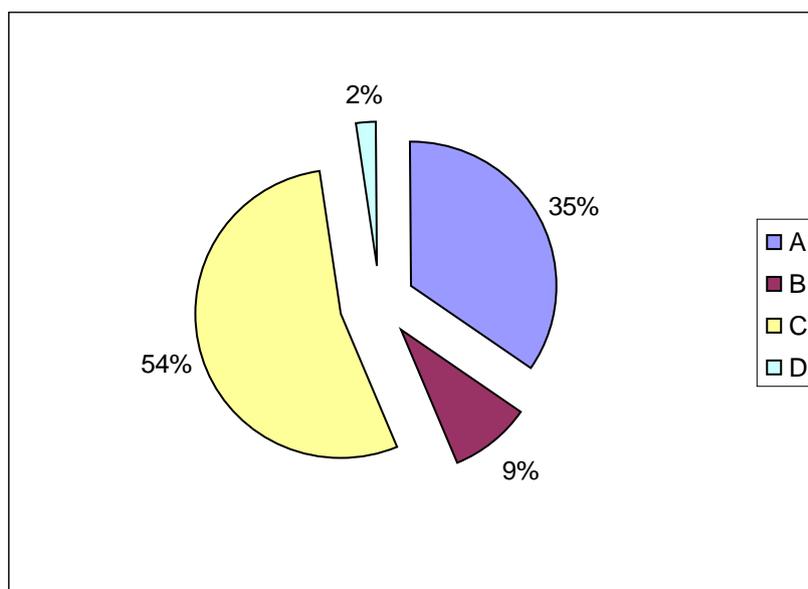


Gráfico 7 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o local correto para posicionar as mãos durante a massagem cardíaca.

A - no apêndice xifóide

B - na lateral direita do esterno

C - metade inferior do esterno

D – anuladas

Com relação ao local correto para o posicionamento das mãos durante a massagem cardíaca, dezesseis membros da equipe de enfermagem (35%), acham adequado o apêndice xifóide, quatro dos entrevistados (9%) optaram pela lateral direita do esterno, sendo que vinte e cinco membros da equipe (54%) consideram como local correto a metade inferior do esterno, um indivíduo (2%) anulou esta pergunta.

De acordo com Ratton (2005) o local correto para posicionar as mãos durante a massagem cardíaca é na metade inferior do esterno. Visando que este procedimento é uma das etapas essenciais na RCP, saber aplica - lá corretamente é de sua importância para toda a equipe de saúde.

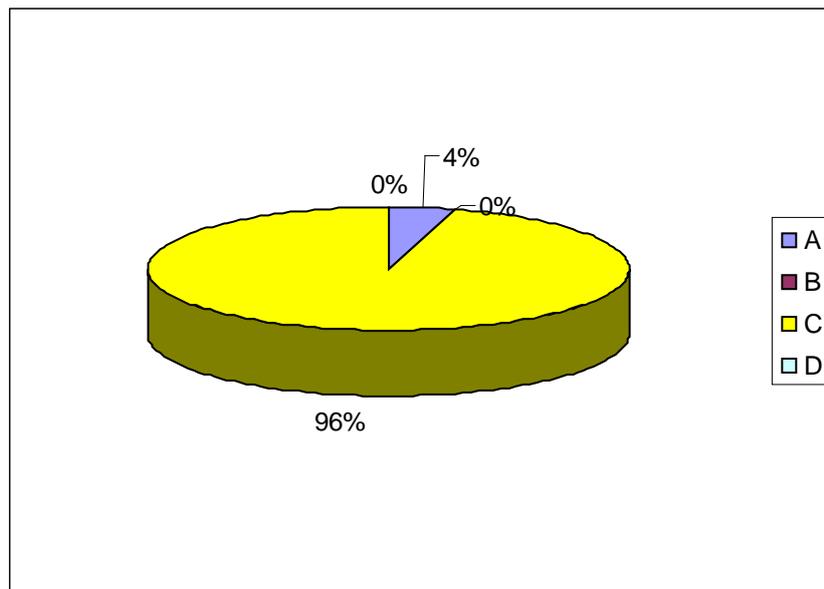


Gráfico 8 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o posicionamento das mãos na massagem cardíaca.

A - mãos abertas

B - mãos fechadas

C - mãos sobrepostas, região hipotênar.

D - anuladas

Em relação ao correto posicionamento das mãos na massagem cardíaca, dois dos entrevistados (4%) escolheram como resposta correta mãos abertas e quarenta e quatro profissionais estudados (96%) responderam mãos sobrepostas, região hipotênar.

Pires, Starling (2006) afirmam que para o posicionamento das mãos na massagem cardíaca, deve ser utilizada mãos sobrepostas e realizar

massagem com a região hipotênar da mão. Com o correto posicionamento das mãos o profissional poderá realizar esta manobra com maior efetividade.

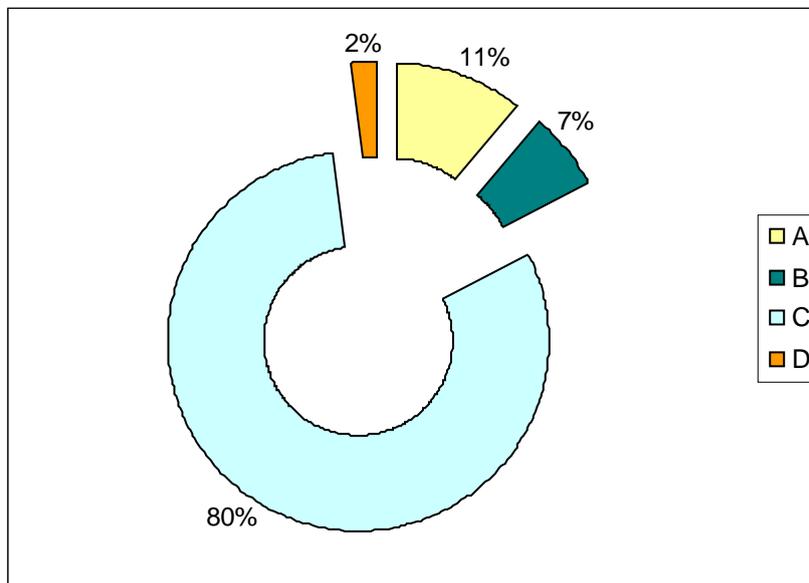


Gráfico 9 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o que utilizar na realização da massagem e qual o posicionamento adequado do massageador.

A - ficar em pé ao lado do leito, realizar a massagem com impulsos, luva.

B - massagear com o impulso das mãos, luva, escada.

C - luvas, escada, cotovelos eretos, manter braços estendidos durante a massagem.

D - anuladas

Nessa questão, em relação ao que utilizar na realização da massagem e qual o posicionamento adequado do massageador, cinco profissionais (11%) consideraram ficar em pé ao lado do leito, realizar a massagem com impulsos, luva, onde três pessoas (7%) consideraram massagear com o impulso das mãos, luva, escada e trinta e sete pessoas da população estudada (80%) consideraram luvas, escada, cotovelos eretos, manter

braços estendidos durante a massagem, sendo que um indivíduo (2%) anulou esta pergunta.

Segundo Pires, Starling (2006) o paciente deve ser colocado em decúbito dorsal, em superfície rígida, e o socorrista devera estar em um plano superior ao da vitima, de modo que seus braços fiquem estendidos, aproveitando o peso de seu corpo para aplicar uma pressão adequada para que seja possível deprimir o esterno do paciente cerca de 4-5 cm. O correto posicionamento do profissional trará ao paciente um atendimento mais eficaz.

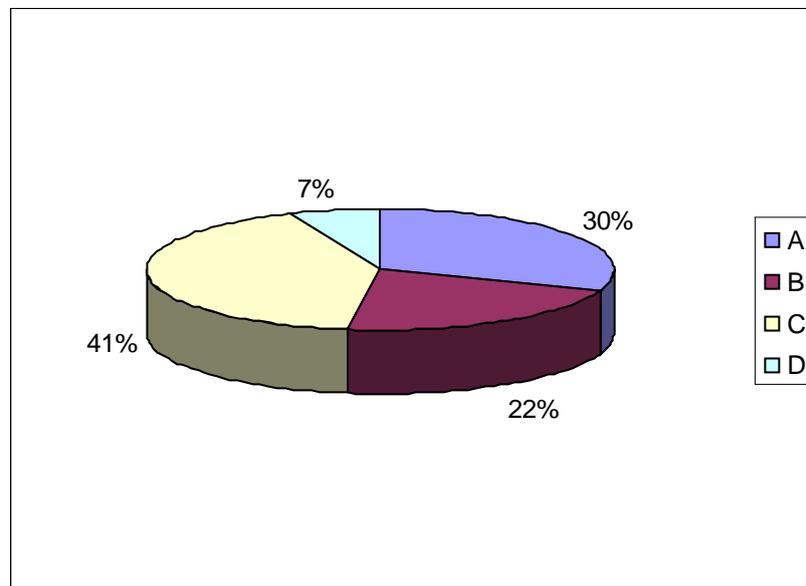


Gráfico 10 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre quantas incursões deve ser realizada durante o atendimento a vitima de parada cardiorrespiratória.

A - 5 ciclos de 30 massagens e 5 ventilações

B - 5 ciclos de 20 massagens e 10 ventilações

C - 5 ciclos de 30 massagens e 2 ventilações

D - anuladas

Nesta questão, quatorze pessoas da amostra de estudo (30%) optaram por 5 ciclos de 30 massagens e 5 ventilações, outros dez profissionais

(22%) optaram por 5 ciclos de 20 massagens e 10 ventilações, dezenove profissionais (41%) consideram como a resposta correta 5 ciclos de 30 massagens e 2 ventilações e um indivíduo (7%) anulou esta pergunta.

De acordo com Feitosa-Filho et al (2006) a relação compressões: ventilações devem ser de 30:2 numa velocidade ideal de 100 vezes por minuto, deprimindo o tórax de 4 a 5 cm e que se possível revezado o massageador a cada 5 ciclos (2 minutos), visando evitar que o cansaço e diminuir a eficácia das compressões. Tendo em vista que a relação compressões: ventilações são atualizadas com frequência é necessário que haja sempre uma educação permanente para toda equipe de enfermagem.

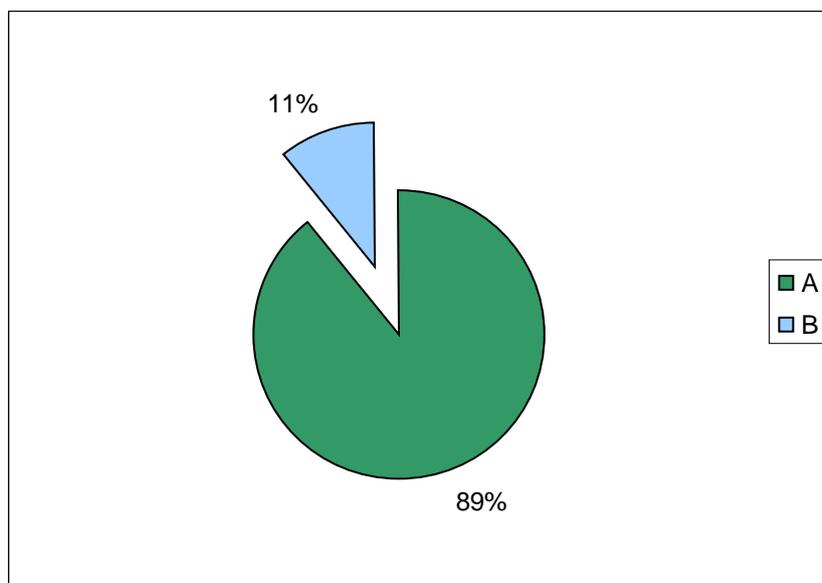


Gráfico 11 - Distribuição das respostas realizadas e anuladas da equipe de enfermagem sobre a opinião de haver treinamento de reciclagem e a importância do mesmo.

A - ótimo

B - anuladas

Em relação à opinião da equipe de enfermagem, sobre haver treinamento de reciclagem e a importância do mesmo, quarenta e um

indivíduos (89%) perceberam a necessidade de um treinamento, cinco indivíduos (11%) anularam esta questão.

Conforme Zanini, Nascimento, Barra (2006) os profissionais de enfermagem devem estar aptos para reconhecer quando o paciente esta em PCR, tendo em vista que é considerada a mais grave emergência clinica que se pode deparar sendo assim orienta - se que a equipe de enfermagem seja reciclada na excussão das manobras do SBV.

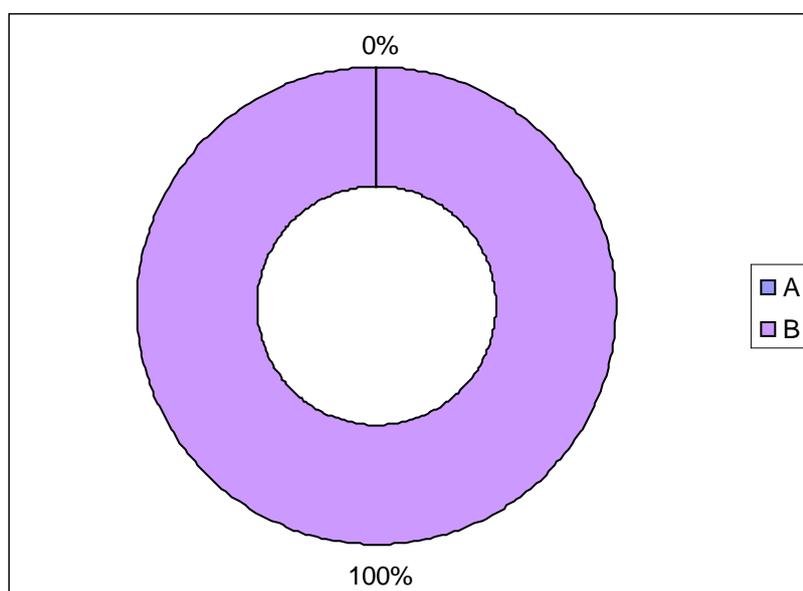


Gráfico 12 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre como gostariam que fosse realizado um treinamento.

A - somente teoria

B - teoria e simulação.

Quanto ao treinamento e a forma de realização do mesmo, os quarenta e seis profissionais da equipe de enfermagem (100%), ou seja, todos que aderiram a pesquisa optaram por teoria e simulação.

Zanini, Nascimento, Barra (2006) afirmam que o treinamento deve atender o que preconiza os Guidelines para a RCR, e que atualmente esta sendo seguido o protocolo de 2005.

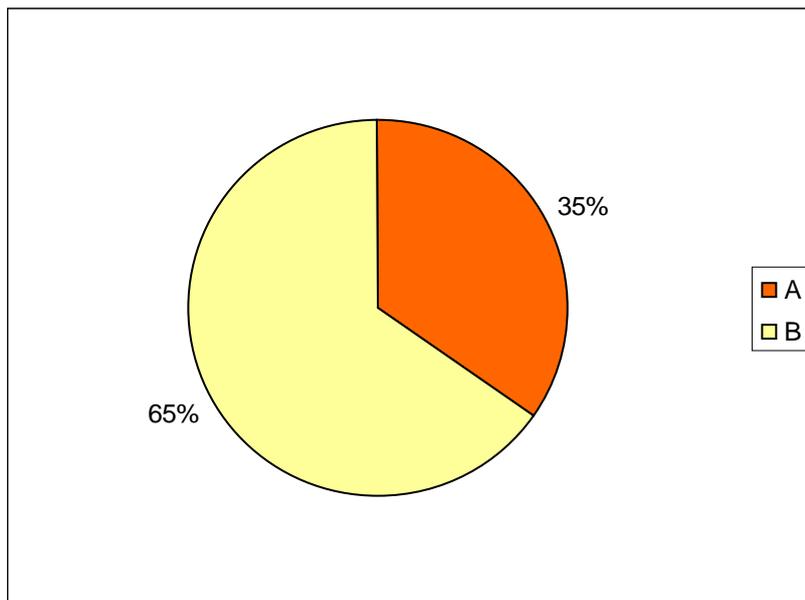


Gráfico 13 - Distribuição das respostas certas, erradas e anuladas da equipe de enfermagem sobre o horário que gostariam que fosse realizado um treinamento.

A - horário de serviço

B - fora do horário de serviço

Sobre o horário em que a equipe gostaria que fosse realizado um treinamento, dezesseis profissionais (35%) optaram no horário de serviço e trinta trabalhadores da equipe (65%) optaram pela realização de um treinamento fora do horário de serviço.

7 CONCLUSÃO

Concluiu-se com o presente estudo que os profissionais da equipe de enfermagem das clínicas avaliadas no referido hospital, apresentaram um índice satisfatório de conhecimento.

Essa conclusão baseia - se no fato de que em relação aos nove gráficos que tinham por finalidade avaliar o conhecimento e condutas que são utilizadas em uma PCR, oito deles obtiveram uma margem de acertos que ultrapassaram 50% e somente um dos gráficos obteve a porcentagem de 41%.

Tendo em vista que a equipe de enfermagem freqüentemente é quem testemunha a PCR, a mesma deve possuir conhecimentos suficientes para realizar os primeiros atendimentos. O sucesso da RCR depende do tempo entre a ocorrência e o início do tratamento, da harmonia e sincronismo da equipe e da capacitação dos profissionais.

No entanto notamos que mesmo com um índice satisfatório de conhecimento da equipe de enfermagem sobre o presente trabalho, a educação permanente se faz necessário, para que possa manter a equipe atualizada e apta a prestar um atendimento ao cliente em PCR, utilizando sempre o protocolo de atendimento preconizado pela American Heart Association, para que haja uma padronização e uniformização do atendimento da PCR/RCR na instituição em estudo, conseqüentemente evitando assim a morbimortalidade dos pacientes nas clínicas avaliadas, diminuindo o tempo de internação e os gastos da instituição com estes clientes.

Devido a RCP se tratar de uma ciência que esta em constante evolução, estão previstas novas mudanças a partir de 2010 no protocolo de atendimento para procedimentos de emergência em parada cardíaca.

É de extrema importância a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento da PCR, tanto sob o aspecto da atualização das condutas como na aquisição e manutenção das habilidades técnicas para a aplicação das manobras de RCR.

O estudo também revelou através da análise do instrumento utilizado neste trabalho, que os profissionais da equipe sabem a importância da educação permanente para que possam prestar uma boa assistência aos

pacientes livre de imperícias e imprudências, porém sentem a necessidade de estar se atualizando de forma não somente teórica, mas também prática para que assimilem mais a prática com a realidade vivenciada em cada clínica que estes profissionais atuam. Esses dados foram obtidos através da análise de dois gráficos que tinham por finalidade avaliar a necessidade e a importância de um treinamento contínuo, bem como a forma que este treinamento seria proposto à equipe, onde ambos obtiveram uma média acima de 50%.

De maneira geral foram alcançados nossos objetivos, tendo em vista que foi obtida uma taxa de adesão de 82% por parte dos profissionais da equipe avaliada. Podemos observar que, cabe à equipe de enfermagem a responsabilidade pelos cuidados ao paciente em PCR, durante a RCP garantindo a continuidade de um trabalho integrado, atuando também na orientação e no acolhimento dos familiares.

8 REFERÊNCIAS

BÍBLIA. Português. **A Bíblia Sagrada**, traduzida por João Ferreira de Almeida, revista e autorizada no Brasil, 1993.

CALIL, Ana Maria; PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007.

CINTRA, Eliane Araujo; NISHIDE, Vera Medice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistencia de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2008.

DARLI, Maria Celia Barcellos; et al. NOVAS DIRETRIZES DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. Rev. Latino - am Enfermagem, São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf . Acesso em: 23 abril, 2009.

FEITOSA - FILHO, Gilson Soares, et al. Atualização em Reanimação Cardiopulmonar: O que Mudou com as Novas Diretrizes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a11v18n2.pdf>. Acesso em: 26 agosto, 2009.

FEREZ, David, Reanimação Cardiopulmonar, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf>. Acesso em 23 março, 2009.

GUIMARÃES, HP. et al. Ressuscitação cardiopulmonar: uma abordagem prática. **Rev. Soc Bra Clin Méd**, São Paulo, 2008; 6(3): 2008. Disponível em: <http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090300/102-LILACS-UPLOAD.pdf>>. Acesso em 23 abril, 2009.

GUIMARÃES, HP. et al. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Bras Clin Méd**, Campinas, 2009. Disponível em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf> Acesso em 20 de agosto, 2009.

LANE, John Cook. Atualização Clínica: Novas Diretrizes de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005 - 2006). **Arq Bras Cardiol**, Campinas, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n2/a17v89n2.pdf> . Acesso em 23 abril, 2009.

LEITE, Simone Soares; MIECZNIKOWSKI, Rosalice. Reanimação Cardiopulmonar. Revista Residência Médica. Rio de Janeiro Janeiro / Março 1999. Disponível em: http://www.medstudents.com.br/residencia_medica/vol01n03/leite.html. Acesso em: 20 agosto, 2009.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Assistência de Enfermagem em Cardiologia**. 2. ed. São Paulo: Iatria, 2003.

MURTA, Genilda Ferreira, **Saberes e Práticas: Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

NASCIMENTO, Pablya Pedroso; HOFFMANN, André Luiz. **Atualização do Protocolo de Ressuscitação Cardiopulmonar para Enfermeiros**. 1997 Disponível em: http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicações/revista_enfermagem/artigo028.pdf. Acesso em: 29 março, 2009.

OSELKA, Gabriel; TROSTER, Eduardo Juan. ASPECTOS ÉTICOS DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. **Rev. Assoc. Med. Brás**, São Paulo, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000100020&script=sci_arttext . Acesso em: 26 agosto, 2009.

PASTORE, Elenice; ROSA, Luisa Dala; HOMEM, Ivana Dolejal. **Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf Acesso em: 03 novembro, 2009.

PIRES, Marco Túlio Baccarini; STARLING, Sizenando Vieira. **Erazo: Manual de Urgência e Emergência em Pronto-Socorro**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RATTON. et al. **Emergências Médicas e Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SANTOS, Cristina Nívea Moreira. **Urgência e Emergência para a Enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Iatria, 2007.

SILVEIRA, Julliane. Respiração boca a boca reduz chances de sobrevivência. **Diretrizes excluem procedimento da ressuscitação cardíaca e mantêm somente compressão no peito**. 27/10-2009: FOLHA. Disponível em: www.medicinaintensiva.com.br. Acesso em: 30 outubro, 2009.

URBAN, C. de A; HOEPERS, R; SILVA, I. M da; JÚNIOR, R. A. A. IMPLICAÇÕES ÉTICAS DAS ORDENS DE NÃO RESSUSCITAR. **Rev. Assoc. Med. Brás**, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6549.pdf>. Acesso em: 27 agosto, 2009.

ZAGO, Alexandre C. et al. Ressuscitação Cardiopulmonar. Controvérsias e novos avanços. **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, v. 72, nº 3, 1999. Disponível em: <http://publicações.cardiol.br/abc/1999/7203/72030009.pdf>. Acesso em 26 março, 2009.

ZANINI, Juliana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BARRA, Daniela Couto Carvalho. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Curitiba, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>. Acesso em: 22 março, 2009.

Algoritmo 1 - Suporte Básico de Vida (BLS). Disponível em: http://mdblogger.files.wordpress.com/2007/11/medcurso_pcr.pdf. Acesso em: 14 de outubro, 2009.

Algoritmo 2 - Suporte Avançado de Vida (ACLS). Disponível em: http://mdblogger.files.wordpress.com/2007/11/medcurso_pcr.pdf. Acesso em: 14 de outubro, 2009.

O Profeta Eliseu. Disponível em:

http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf. Acesso em: 20 de agosto, 2009.

Métodos da fumigação e flagelação. Disponível em:

http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf. Acesso em: 20 de agosto, 2009.

Método do trotar. Disponível em:

http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090700/655_07_historia_RBCM_v7_n3.pdf. Acesso em: 20 de agosto, 2009.

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93

Renovado em 13/12/2007

Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/no. 19810-000- Assis - SP

Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079

E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 284/2009

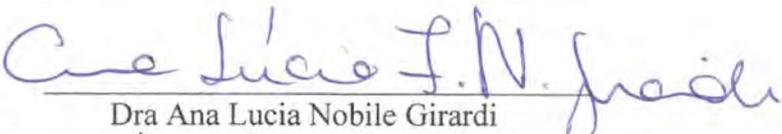
Assis, 22 de setembro de 2009.

Prof. Ivana Da Silva Semeghini

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: "Reanimação cardiopulmonar cerebral: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem" de autoria das alunas Aline Leite e Tatiane Crsistina de Souza Tucilo" sob vossa orientação, recebeu PARECER FAVORÁVEL.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.


Dra Ana Lucia Nobile Girardi
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós Aline Leite e Tatiane Cristina de Souza Tucilo convidamos o senhor (a) para participar da pesquisa titulada: "Reanimação Cardiopulmonar Cerebral: Avaliação do Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem". Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do qual somos alunos. O objetivo principal do estudo proposto pretende analisar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem, sendo fator essencial para a diminuição da morbimortalidade. Para isso será preciso que aceite submeter a responder um questionário distinto, sendo 12 perguntas, que serão de múltipla escolha e dissertativa, relacionado ao atendimento inicial em Parada Cardiorrespiratória. O tempo previsto para as respostas dessas perguntas será de 30 minutos e isso acontecerá numa sala com sua privacidade respeitada. É importante ressaltar que não terá necessidade de se identificar, inclusive se estabelece por meio desse termo o compromisso de que sua identidade não será revelada em nenhuma situação, portanto, seu anonimato estará garantido. A referida pesquisa não oferece riscos a sua integridade física ou emocional. Caso desista de participar e não queira continuar a dar as respostas, o (a) senhor (a) tem o direito de interromper a qualquer momento, sem que haja prejuízo, constrangimento ou dano referente à interrupção. Esclareço ainda que sua participação é voluntária e não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Caso aceite a participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua anuência de que foram dadas as explicações necessárias, inclusive, que teve a oportunidade de tirar suas dúvidas e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis: 12 / 08 / 2009.

Nome do Pesquisado:

Assinatura do Pesquisado:

Assinatura do Pesquisador:

<p>Aline Leite</p> <p>Avenida: João Flauzino Barbosa nº.325 Candido Mota - SP</p> <p>(18) 97327574</p> <p>Tatiane Cristina de Souza Tucilo</p> <p>Rua: José Jorge Rodrigues nº. 341 Assis-SP</p> <p>(18) 3323-4845</p>	<p>Orientadora:</p> <p>Ivana da Silva Semeghini</p> <p>Rua: Cornélio Procópio nº185</p> <p>Assis - SP</p> <p>(18) 91097694</p>
--	--

APENDICE B

Questionário Aplicado a Equipe de Enfermagem.

Cargo que exerce no setor:

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem

Sexo:

- Feminino
- Masculino

1- O que é Parada Cardiorrespiratória?

- cessação da circulação e da respiração
- aumento dos batimentos cardíacos e diminuição da respiração
- cessação da circulação e aumento da perfusão sanguínea tissular

2- Como você identifica uma Parada Cardiorrespiratória?

- inconsciência, apnéia, ausência de pulso.
- pulso ausente, fibrilação ventricular, náuseas.
- pulso cheio, corado, sudorese.

3- Após identificar uma Parada Cardiorrespiratória, quais atitudes iniciais devem ser realizadas?

- desfibrilar, puncionar acesso venoso, monitoração cardíaca.
- solicitar ajuda, colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal e m superfície plana e dura, iniciar suporte básico de vida.
- colocar a vítima em decúbito ventral horizontal em superfície plana e dura, realizar eletrocardiograma, iniciar suporte avançado de vida.

4- O que é suporte básico de vida?

- manobra que são focadas na utilização de drogas endovenosa.
- manobras que visam monitorar a função cardíaca.
- manobras que recuperam a oxigenação e circulação em órgãos vitais.

5- Qual a seqüência correta a ser seguida no atendimento inicial ao paciente em Parada Cardiorrespiratória?

- desfibrilação, ventilação, desobstrução das vias aérea.
- desobstrução das vias aéreas, respiração e ventilação, assistência circulatória.
- acesso venoso calibroso, administração de drogas, assistência ventilatória.

6- Para massagem cardíaca onde devemos posicionar corretamente as mãos?

- no apêndice xifóide
- na lateral direita do esterno
- metade inferior do esterno

7- Qual a posição das mãos na massagem cardíaca?

- mãos abertas
- mãos fechadas
- mãos sobrepostas, região hipotênar.

8- O que é necessário para realização da massagem e qual o posicionamento do massageador?

- ficar em pé ao lado do leito, realizar a massagem com impulsos, luva.
- massagear com o impulso das mãos, luva, escada.
- luvas, escada, cotovelos eretos, manter braços estendidos durante a massagem.

9- Quantas incursões são realizadas?

- 5 ciclos de 30 massagens e 5 ventilações
- 5 ciclos de 20 massagens e 10 ventilações
- 5 ciclos de 30 massagens e 2 ventilações

10- Qual sua opinião de ter treinamentos de reciclagem, ou seja, estudo continuado? O que acha de sua importância?

.....
.....
.....
.....

11- Como gostaria que fosse realizado?

- somente teoria
- teoria e simulação.

12- Optando pelo treinamento qual horário você escolheria?

- horário de serviço
- fora do horário de serviço

“Patch Adams recomenda que se ajude a manter sua saúde através do riso e da gentileza. Também sugere que às vezes o tratamento mais eficaz é a esperança, o amor e a simples alegria de viver.” Robin Willians.