

Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano

Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation: nurses knowledge of a public hospital in Alto Sertão Paraibano

Renata Suele Maia Pereira¹, Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro², Anne Milane Formiga Bezerra³, Kévia Katiúcia Santos Bezerra⁴, Wilma Kátia Trigueiro Bezerra⁵, Roberta Amador Abreu⁶, Avaneide Linhares Vieira⁷

RESUMO: A parada cardiorrespiratória (PCR) caracteriza-se pela interrupção da atividade mecânica cardíaca, pulmonar e cerebral que em conjunto promovem perda da responsividade e ausência de batimentos cardíacos e respiração. Sendo assim é importante que o enfermeiro seja capaz de identificar e atender um episódio de PCR desempenhando as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) com eficiência e destreza. Este estudo foi realizado com objetivo de identificar o conhecimento de enfermeiros durante uma PCR e RCP, assim como as modificações existentes e propostas pela American Heart Association (AHA) neste sentido. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória descritiva, envolvendo trinta e sete enfermeiros, realizada em um hospital da rede pública do alto sertão paraibano. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo doze perguntas relacionadas aos objetivos do estudo. Os dados foram coletados de agosto a setembro de 2012 e analisados à luz das bibliografias pertinentes. As exposições dos dados foram feitas através de gráficos e tabelas para permitir melhor visualização dos mesmos. Os resultados demonstram que 51% dos profissionais entrevistados admitem não terem conhecimentos das modificações da AHA, enquanto que 49% afirmam ter algum conhecimento relacionado ao assunto. Mesmo com esses dados 92% acreditam que o enfermeiro é capaz de desenvolver o suporte básico de vida (SBV) e auxiliar no suporte avançado de vida (SAV) contra apenas 8% que se sentem incapazes. O confronto de dados nos possibilitou perceber que há uma deficiência dos profissionais de enfermagem no que tange o atendimento a uma PCR. A insegurança e a falta de educação continuada foram considerados fatores determinantes desta situação. Em suma percebeu-se uma imensa necessidade de aperfeiçoamento profissional para suprir o déficit apontado pela formação acadêmica e assim permitir segurança ao enfermeiro no atendimento de emergências como a PCR.

Palavras-chave: Parada cardiorrespiratória. Reanimação Cardiopulmonar. Enfermeiro.

ABSTRACT: The Cardiac arrest (CA) is characterized by cessation of cardiac lung and brain mechanical activity, that together promote loss of responsiveness and lack of heartbeat and breathing. Therefore it is important that the nurse is able to identify and meet an episode of CA performing the cardiopulmonary resuscitation (CPR) maneuvers with efficiency and skill. This study was conducted to identify the knowledge of nurses in CPR as well as modifications of existing and proposed by the American Heart Association (AHA) in this direction. This is a quantitative study of exploratory descriptive, involving a sample of thirty-seven nurses, held in a public hospital in the hinterland of Paraíba. As a tool for collecting data, we used a semi-structured questionnaire containing twelve questions related to the objectives of the study. Data were collected from August to September of this year and analyzed by light of relevant bibliographies. Exposure data was done through graphs and tables to allow better viewing of them. The results show that 51% of professionals interviewed admitted they had no knowledge of changes in the AHA, while 49% claim to have some knowledge related to the subject. Even with these data 92% believe that the nurse is able to develop the basic life support (SBV) and assist the advanced life support (ALS) and only 8% who feel helpless. The comparison of these data enabled us to realize that there is a deficiency of nursing professionals in regard to service a CA. Insecurity, lack of continuing education and recycling service were considered determinants of this situation. In short it was felt an immense need for professional development to meet the Actuarial appointed by the academic and thus allow the nurse to safety in emergency care such as PCR.

Keywords: Cardiac Arrest. Cardiopulmonary Resuscitation. Nurse.

*Autor para correspondência

Recebido para publicação em 22/04/2015; aprovado em 05/06/2015

¹Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Sousa-PB

²Docente da Faculdade Santa Maria-FSM

³Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Sousa-PB e Mestre em Sistemas Agroindustriais

⁴Médica Ginecologista e Obstetra docente do curso de Medicina UFCG- Cajazeiras

⁵Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Paulista-PB

⁶Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Sousa-PB

⁷Pedagoga especialista em Psicopedagogia

INTRODUÇÃO

A morte sempre foi considerada um desafio a ser vencido pelo ser humano, prolongar a vida, ainda nos dias de hoje, é meta explícita dos profissionais de saúde. Desde os tempos mais remotos as tentativas de restauração da vida são usadas afim de se reestabelecer a vitalidade do ser humano após um mal súbito.

A parada Cardiorespiratória (PCR) pode ser definida como a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular e da respiração, e é diagnosticada através do reconhecimento da morte clínica, ou seja, falta de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos eficientes na ausência de consciência, com viabilidade cerebral e biológica (CONSENSO NACIONAL DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA, 1996).

Quando falamos em PCR logo imaginamos uma situação dramática que implica em grande estresse profissional, não é a toa que Zanini; Nascimento; Barra (2006) definem a mesma como a principal emergência que pode acontecer em uma unidade hospitalar. Trabalhar com pacientes graves expõe ainda mais o profissional de saúde a situações de emergência e exige dele habilidade e destreza para que possa cumprir seu juramento e oferecer uma assistência de qualidade.

O enfermeiro como membro da equipe de saúde e líder da equipe de enfermagem possui papel substancial no atendimento a uma PCR, pois a sintonia da equipe é primordial para que a rapidez no atendimento seja preservada. A maior proximidade da equipe de enfermagem com o paciente aumenta as chances da mesma identificar o episódio de PCR, neste caso iniciar as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) de maneira eficaz é imprescindível para o sucesso do atendimento.

Paizin-Filho et al. (2003), afirma que morbimortalidade em casos de PCR é elevada mesmo em condições de atendimento ideal, o tempo é uma variável importantíssima estimando-se que a cada minuto em PCR 10% da probabilidade de sobrevida sejam perdidos, sendo assim identificar a causa base, iniciar o suporte básico de vida (SBV), dar continuidade com o suporte avançado (SAV) e sempre que possível seguir a corrente de sobrevida possibilitam uma assistência de qualidade que é meta de toda equipe de saúde.

Frente a um episódio de PCR diversas são as nomenclaturas utilizadas para referir-se as manobras de RCP. Atualmente, alguns autores utilizam o termo reanimação cardiorrespiratória cerebral com o intuito de enfatizar a importância dada ao cérebro durante uma reanimação, porém, apesar do presente trabalho não utilizar tal termo enfoca claramente a importância do fator cerebral numa reanimação.

Mesmo frente á essas modificações e padronizações, infelizmente a mortalidade relacionada à PCR ainda é alta, a forma de minorar as mortes e os danos referentes à PCR é a assistência multiprofissional de qualidade. Profissionais treinados e capacitados e que trabalham em equipe desenvolvem um trabalho muito mais eficiente do que profissionais que trabalham individualmente e sem educação continuada.

Reduzir significativamente as mortes e os danos devidos a PCR talvez hoje seja humanamente impossível devido aos obstáculos que temos, mas otimizar o atendimento e reduzir, dentro das possibilidades terapêuticas, esses números deve ser meta de toda equipe de saúde que trabalhe em emergência. Portanto esta pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento de enfermeiros de um hospital da rede pública do alto sertão Paraibano acerca de parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em adultos.

METODOLOGIA

O estudo de campo foi do tipo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, através da pesquisa direta. O estudo foi realizado no Hospital Regional de Sousa (HRS), localizado na zona urbana deste município, que é considerado um ponto de apoio para os municípios circunvizinhos. O município de Sousa possui uma área de 842 km² e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), conta com uma população de 63.783 habitantes (BRASIL, 2007). O local foi escolhido por apresentar uma quantidade significativa de enfermeiros além de oferecer espaço á pesquisa e extensão. A população foi composta por todos os enfermeiros atuantes no Hospital Regional de Sousa (HRS) que na presente data estão em número de 54 profissionais, sendo que destes, 17 não foram encontrados no ambiente de trabalho no período da pesquisa ou não aceitaram participar do estudo, desta forma contamos com a participação de 37 profissionais. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2012 junto aos enfermeiros que foram abordados em seus respectivos plantões no HRS até totalizar ao quantitativo da amostra. O primeiro passo da abordagem contou com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para acobertar eticamente essa pesquisa. Este estudo foi desenvolvido seguindo rigorosamente os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a Resolução n° 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Para alcançar este objetivo, o projeto foi submetido à avaliação e aprovação da Comissão de Pesquisa da FSM e do Comitê de Ética em Pesquisa da referida Faculdade.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A tabela 1 expõe os dados de identificação do entrevistado sendo, de acordo com o gênero, 19% (07) do sexo masculino e 81% (30) do sexo feminino. Essa característica é comum na equipe de enfermagem devido ao estigma que a profissão carrega gerando um preconceito entre profissionais do sexo masculino.

Tabela 1: Perfil sócio demográfico e profissional dos participantes da pesquisa (n=37). Hospital de rede pública de Sousa-PB. Setembro, 2012.

Variáveis	f	%
Sexo		
Masculino	07	19,0
Feminino	30	81,0
Faixa etária		
20– 30	28	76,0
31– 40	08	21,0
41 acima	01	3,0
Unidade de Trabalho		
Clínica Médica	04	11,0
Clínica Cirúrgica	04	11,0
Clínica Obstétrica e Pediátrica	08	21,0
Centro Cirúrgico	04	11,0
UTI	06	16,0
Emergência	10	27,0
UTI Móvel	01	3,0
Tempo de Trabalho na Unidade		
Menos de 1 ano	33	89,0
1 a 2 anos	03	8,0
Acima de 4 anos	01	3,0
Formação Acadêmica		
Antes de 2010	10	27,0
Depois de 2010	27	73,0
Total	37	100

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Lopes; Leal (2005) atribuem esse fenômeno aos aspectos sócio-históricos partindo da afirmação que a enfermagem nasce como um serviço organizado por instituições sacras. O cuidado doméstico de crianças e idosos é frequentemente associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher.

Nos dias de hoje, com a evolução da profissão, cada vez mais profissionais do sexo masculino são encontrados como líder da equipe de enfermagem, diferentemente da nossa amostra, em serviços maiores e principalmente em grandes cidades esses profissionais encontram-se em grande quantidade e divididos em todos os setores da saúde.

No que se refere à idade dos participantes, podemos observar que 76% (28) se enquadram na faixa etária de 20 a 30 anos, 21% (08) dos 31 aos 40 e apenas uma pequena minoria 3% (01) estão etariamente situados após os 40 anos. Estes dados podem ser explicados devido o crescimento da profissão nos últimos anos e as oportunidades de emprego e remuneração que a mesma oferece.

A jornada de trabalho de enfermagem exige profissionais em plena atividade e produtividade. Os plantões diários acabam por extrair dos profissionais uma parcela de vida social e familiar (COSTA; MORITA; MARTINEZ, 2000). Profissionais mais jovens e com aspiração de ascensão profissional e financeira acabam atribuindo boa parte do seu tempo ao trabalho enquanto os

mais velhos apresentam uma restrição maior a essa tática por priorizar mais sua vida social e familiar.

Ainda conforme a tabela acima, 11% (04) dos entrevistados trabalham na clínica médica, 11% (04) na clínica cirúrgica, 21% (08) na clínica obstétrica e pediátrica, 11% (04) no centro cirúrgico, 16% (06) na Unidade de Terapia Intensiva, 27% (10) na emergência e 3% (01) na UTI móvel. Seguindo Zanini; Nascimento; Barra (2006), percebemos a necessidade de mesclar a amostra em todos os setores da unidade devido à presença de PCR em todas elas mesmo que em maior concentração nas UTIs e emergências.

A maioria dos profissionais que não atuavam em UTI e Emergência desmostraram-se surpresos pela pesquisa se realizar em sua área e ao mesmo tempo delegava a responsabilidade de saber atuar em RCP aos profissionais intensivistas ou que atuam em emergência mesmo sabendo que um episódio de PCR pode acontecer em qualquer unidade.

O tempo de trabalho na unidade foi outro fator contemplado para caracterizar a amostra. Percebeu-se que 89% (33) dos entrevistados trabalhavam na unidade há menos de um ano, 8% (03) de 2 a 3 anos e apenas 3% (01) há mais de 4 anos. As estatísticas mostram um número relevante de profissionais relativamente novos em seus cargos, o que é explicado pela aquisição de funcionários através de concurso público realizado no ano de 2008. A mudança da gestão administrativa que ocorreu há alguns meses também colaborou com a estatística visto que depois dela alguns funcionários foram contratados.

Como um dos objetivos deste trabalho é identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca das modificações da AHA em 2010, consideramos de extrema importância separar a formação acadêmica em antes de 2010 e depois de 2010. Estatisticamente 27% (10) dos entrevistados formaram-se antes de 2010 e a grande maioria, 73% (27) possuíam formação acadêmica após o ano de 2010.

Os profissionais que se formaram antes de 2010 certamente não adquiriam na faculdade conhecimentos sobre as modificações dos protocolos da RCP, que compõe o objetivo do nosso trabalho, porém a maioria absoluta que se formou após 2010 possivelmente teve na academia acesso a tais modificações, esse dado será posteriormente confrontado com outros na identificação do conhecimento dos enfermeiros em PCR e RCP.

5.2 Dados referentes aos objetivos gerais

Quanto à relevância da atuação do enfermeiro em RCP, foi perguntado qual a opinião do entrevistado nesse sentido. 86% (32) responderam que a atuação do enfermeiro possuía relevância alta e 14% (05) opinaram por relevância média. Nenhum entrevistado escolheu relevância baixa ou mínima (Gráfico 1).

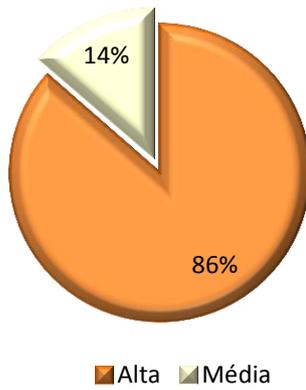


Gráfico 1- Distribuição da amostra de acordo com a relevância da atuação do enfermeiro em RCP. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB. Setembro, 2012 (n=37).
Fonte: Pesquisa direta (2012)

Sabemos que a equipe de enfermagem constitui a grande maioria dos profissionais de saúde em uma unidade hospitalar, assim como que é ela, na pessoa do enfermeiro, quem fica mais próxima do paciente. Neste sentido a relevância deste profissional na percepção e atendimento a um paciente vítima de PCR é indiscutivelmente alta. Os primeiros cuidados que objetivam a preservação cerebral não podem esperar e estes serão decisivos para um melhor prognóstico. Felizmente apesar de acharem que o atendimento a vítima de PCR é competência de profissionais de emergência e UTI, a grande maioria reconhece a relevância do atendimento de enfermagem em PCR.

Desta forma, concordando com Zanini; Nascimento; Barra (2006), e tendo em vista que o tempo é o fator chave em PCR é o enfermeiro quem deve tomar as primeiras decisões após reconhecer uma RCP. A estatística da relevância média apontada na pesquisa, pode ser justificada pela pouca atuação, na unidade, de enfermeiros em reanimação e a falta de conhecimento dos mesmos em seu papel primordial num episódio como este.

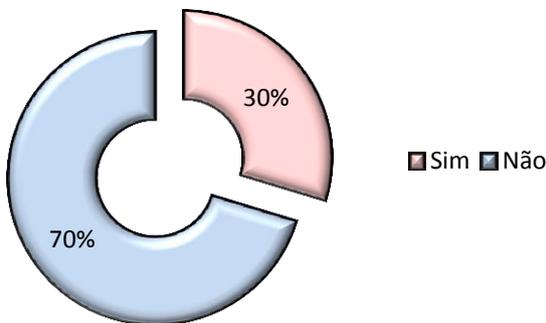


Gráfico 2 - Distribuição de percentual dos colaboradores do estudo em relação a esses considerarem a formação acadêmica propiciar habilidade diante de uma PCR. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB. Setembro, 2012 (n=37).
Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima esboça o resultado da indagação: Você acha que a formação acadêmica propicia ao enfermeiro habilidade frente a um episódio de PCR? Apenas 30% (11) dos entrevistados responderam positivamente, 70% (26) responderam que a formação acadêmica não propiciava ao enfermeiro habilidade frente a uma PCR.

Para a grande maioria, o meio acadêmico deixa muito a desejar neste sentido principalmente na questão prática. Cursos complementares, estágios extracurriculares e até mesmo especializações são artifícios utilizados para complementar ou até mesmo suprir a deficiência nesse sentido.

Gentil; Ramos; Whitaker (2008), afirmam que o atendimento de emergência e o APH são áreas emergentes para atuação de enfermeiros no Brasil. Ainda há deficiência e escassez de programas ou cursos de capacitação que atendam as necessidades de formação específica, qualificada e adaptada ao padrão Brasileiro.

Concordando com o autor supracitado, percebemos que apesar de podermos contar com bibliografia, principalmente americana, de alta qualidade há uma dificuldade em conseguirmos adaptar a realidade Brasileira por se tratar de um país em desenvolvimento que não oferece tantos subsídios para dar suporte às técnicas empregadas. A profunda revisão bibliográfica e os dados contemplados neste trabalho objetivam esclarecer os profissionais assim como servir de instrumento de estudo e aprofundamento dos mesmos.

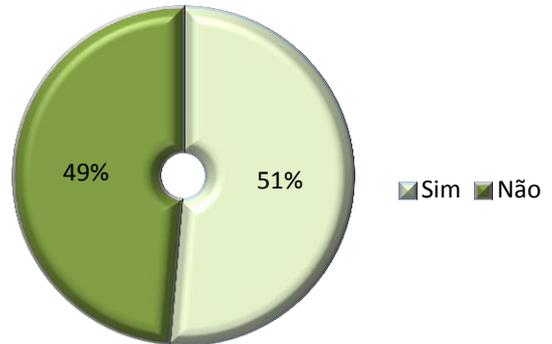


Gráfico 3- Distribuição dos profissionais quanto à atuação profissional em emergência ou UTI. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB Setembro, 2012 (n=37).
Fonte: Pesquisa direta (2012)

Em relação à atuação profissional em emergência ou UTI, 51% (19) responderam já terem trabalhado em alguma dessas unidades, enquanto que 49% (18) responderam negativamente, ou seja, não tiveram nenhuma experiência profissional neste tipo de serviço.

A indagação supracitada foi incluída na entrevista tendo em vista que os profissionais que trabalham em emergência e UTI lidam frequentemente com situações de urgência e emergência como uma PCR, desta forma supõe-se que os mesmos tenham maior habilidade nessas situações.

Zanini; Nascimento; Barra (2006), em seu estudo sobre o conhecimento de profissionais de unidade de terapia intensiva acerca da PCR, comprova a afirmação acima e acrescenta dizendo que “o tempo de atuação dos profissionais de enfermagem em UTI e a sua categoria profissional influenciaram positivamente sobre o conhecimento de parada e reanimação cardiorrespiratória.”

No entanto, 16% (06) da nossa amostra foi composta de profissionais que atualmente trabalhavam em UTI, sendo que nenhum destes conseguiu acertar completamente as questões que foram propostas. Dos 27% (10) que atuavam em emergência, apenas 20% (02) conseguiram responder corretamente a totalidade das questões.

Desta forma nosso dado discorda com a bibliografia consultada, sendo, portanto, considerado um dado novo que pode ser justificado pela deficiência de educação continuada em serviço.

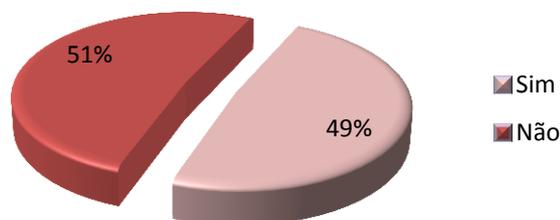


Gráfico 4- Relação do conhecimento dos enfermeiros sobre as modificações da AHA 2010. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB. Setembro, 2012 (n=37).
Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima mostra o percentual de enfermeiros que conhecem e desconhecem as modificações das AHA do ano de 2010. 49% (18) afirmam terem conhecimento de tais modificações, enquanto 51% (19) admitem não terem conhecimento das mesmas.

Se fizermos uma breve alusão á figura 1, veremos que apenas 27% (10) dos profissionais entrevistados formaram-se antes de 2010, ou seja, 73% (27) da amostra estavam em campo acadêmico quando a AHA lançou as modificações, então a possibilidade dessa parcela ter visto as técnicas de RCP já com as modificações é significativa.

As modificações visam simplificar e enfatizar as manobras do suporte básico de vida como estratégias fundamentais para melhorar a sobrevivência após uma parada cardíaca, eliminando as diferenças nos procedimentos técnicos e também nas diferentes faixas etárias da vítima. (DARLI, et al., 2008).

A importância do enfermeiro obter conhecimento sobre as modificações é substancial, pois é nosso dever como profissional prestar a melhor e mais atual assistência ao paciente. Trabalhar em saúde significa estar em constante reciclagem, pois a cada dia a ciência evolui e

nos mostra uma nova maneira mais fácil e correta de trabalhar.

É importante enfatizar que alguns profissionais que responderam não ter conhecimento das modificações propostas pela AHA em 2010 conseguiram acertar questões inerentes a tais modificações o que nos leva a pensar que os mesmos tiveram algum tipo atualização na faculdade ou por cursos complementares, mas não associam as mudanças ao protocolo por não utilizarem essa prática em serviço.

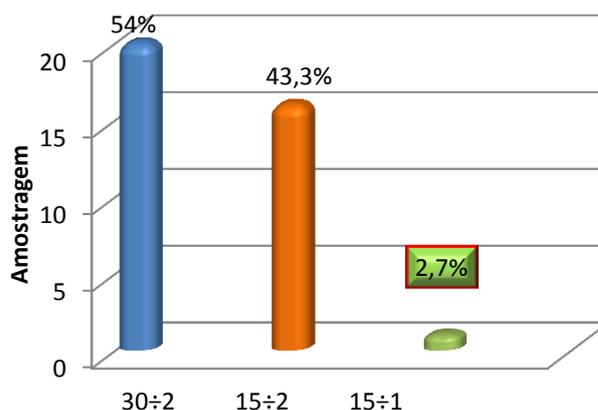


Gráfico 5- Distribuição do percentual dos colaboradores do estudo segundo a relação correta compressão-ventilação em RCP. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB(n=37). Setembro, 2009.
Fonte: Pesquisa direta (2009)

No que diz respeito à relação compressão-ventilação, 54% (20) dos entrevistados responderam 30:2, 43,3% (16) optaram pela opção 15:2, e 2,7% (01) fizeram opção na sentença 15:1. Nenhum entrevistado assinalou a opção 30:1. Sendo assim 54% dos entrevistados respondeu corretamente a questão enquanto que 46% erraram.

A relação 30:2 proposta pela AHA é mundialmente aceita visto que até o momento é a que melhor apresenta confirmações científicas de eficácia. A antiga relação 15:2 caiu em desuso, pois exigia que o socorrista interrompesse as compressões torácicas para realizar ventilações desnecessárias visto que o suprimento sanguíneo que chega ao coração está diminuído durante uma PCR, portanto não há necessidade de grandes quantidades de oxigênio (AHA, 2010).

A maioria dos profissionais que atuam em RCP não costuma contar as massagens cardíacas e acabam perdendo o “eixo”. A contagem ajuda a manter o padrão preconizado e assim evita que mais ou menos compressões sejam realizadas no intervalo de duas ventilações. Quando o paciente já está com uma via aérea avançada, onde não mais é necessário a contagem, deve-se seguir a frequência preconizada e assim garantir que todos os esforços sejam empregados na tentativa de reversão de uma PCR.

Muitas vezes o tempo de trabalho em uma determinada unidade e a forma diversificada que cada profissional desempenha sua técnica leva a uma descrença quanto à necessidade de contagem das massagens cardíacas e sua relação com a eficácia do procedimento.

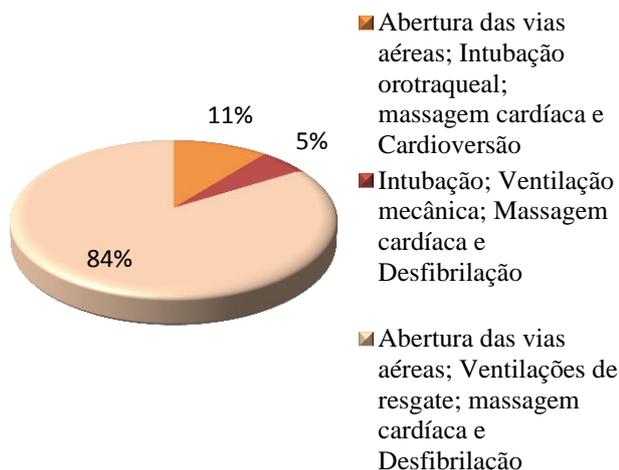


Gráfico 6- Distribuição de percentual dos colaboradores do estudo segundo o ABCD primário correto no atendimento a RCP. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB(n=37). Setembro, 2012. Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima faz referência ao ABCD do suporte básico de vida. Neste parâmetro, 5% (02) responderam que a seqüência correta correspondia a intubação, ventilação mecânica, massagem cardíaca e desfibrilação, 11% (04) optaram pela opção: Abertura das vias aéreas, intubação orotraqueal, massagem cardíaca e cardioversão e 84% (31) responderam corretamente assinalando a assertiva: abertura das vias aéreas, ventilações de resgate, massagem cardíaca e desfibrilação. Nenhum entrevistado optou pela quarta alternativa que correspondia a intubação orotraqueal, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e diagnóstico diferencial.

Para a AHA (2010), o SBV consiste no reconhecimento da PCR e intervenção imediata, com o início das manobras de reanimação cardiopulmonar, objetivando a manutenção da ventilação e da circulação através da abertura das vias aéreas, ventilação, compressões torácicas externas e desfibrilação precoce para os casos de FV ou TV sem pulso. O êxito desse procedimento depende da habilidade e rapidez com que as manobras são aplicadas.

A realização do ABCD primário é a contribuição mais importante que o enfermeiro pode dar ao paciente vítima de PCR. Apesar de termos uma grande porcentagem de acertos, esse dado não implica dizer que todos esses profissionais sabem se posicionar e desenvolver o SBV. A discordância teórico-prática é um problema a ser solucionado, mas mesmo assim é um dado novo e animador a descoberta que a grande maioria apresenta conhecimento teórico sobre o suporte básico de vida.



Gráfico 7- Distribuição de percentual dos colaboradores do estudo segundo a capacidade do enfermeiro desenvolver o SBV e auxiliar no SAV. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB (n=37). Setembro, 2012. Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima expõe dados referentes à capacidade de desenvolvimento e auxílio do SBV e SAV. 92% (34) dos enfermeiros acham que a categoria é capaz de realizar o SBV e auxiliar o SAV, enquanto que 8% (3) da amostra acreditam não serem capazes de desenvolver estas atividades.

Conforme Pergola; Araújo (2009), o suporte básico de vida compreende etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar e realizados por leigos devidamente capacitados e informados, aumentando a sobrevida e diminuindo as seqüelas da vítima de PCR.

Concordando com o autor supracitado podemos ver que a deficiência do atendimento a uma vítima de PCR é o treinamento, leigos treinados são capazes de desenvolver o SBV, e é a partir disso que podemos explicar a negativa apontada pelos entrevistados.

Acreditamos que a falta de treinamento é que está fazendo com que estes profissionais se sintam incapazes de prestar este tipo de atendimento, em contrapartida a grande maioria que respondeu positivamente, felizmente acredita no seu potencial como profissional e possivelmente representa a parcela que procura por cursos de aperfeiçoamento e qualificação.

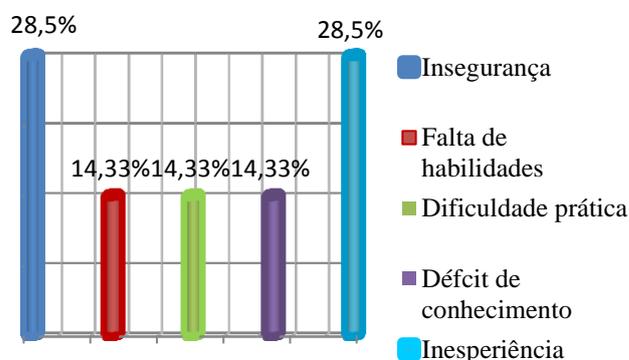


Gráfico 8- Relação dos fatores que interferem no desenvolvimento do SAV e auxílio do SAV segundo os participantes do estudo. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB(n=37). Setembro, 2012. Fonte: Pesquisa direta (2012)

Aos participantes que responderam negativamente a questão anterior foi perguntado quais os fatores que interferiam no desenvolvimento das etapas do SBV e auxílio no SAV. As sete pessoas poderiam assinalar mais de uma alternativa que indicasse essa deficiência.

Estatisticamente, 28,5% (02) atribuíram sua deficiência ao fator insegurança, 14,33% (01) citou a falta de habilidades, 14,33% (01) citou dificuldade prática, 14,33 (01) optou pelo déficit de conhecimento e 28,5% (02) preferiram escolher a inesperienza.

Silva e Padilha (2001), em seu estudo sobre iatrogenicidade nas condutas de RCP citaram a inesperienza profissional, falta de atenção e desconhecimento técnico-científico dos integrantes da equipe, além de falta de insumos profissionais e matérias como fatores determinantes para o insucesso de uma reanimação.

Desta forma pudemos observar que os fatores citados em nosso estudo condizem com a realidade mesmo se tratando de grandes centros. O aperfeiçoamento desses profissionais em serviço ou até mesmo em capacitações extra-hospitalares é por nós considerado de suma importância para a resolução desses problemas, visto que estudos comprovam a eficácia desse método.

Granzotto et al, 2008, após dar um curso de aperfeiçoamento em um hospital universitário e obter resultados positivos sugere que a padronização e o treinamento no atendimento em SBV faça parte de uma política sistemática em todos os hospitais.

Sendo assim, observamos que é cientificamente comprovado que a capacitação periódica dos profissionais de saúde reflete na melhoria da qualidade da assistência, visto que a ciência da saúde vive em constante mudança e para que as mesmas sejam eficazes é necessário que os profissionais estejam atualizados para mostrar segurança em suas atividades. Cobrar eficiência dos profissionais deve ser secundário ao oferecimento de condições de aprimoramento dos mesmos.

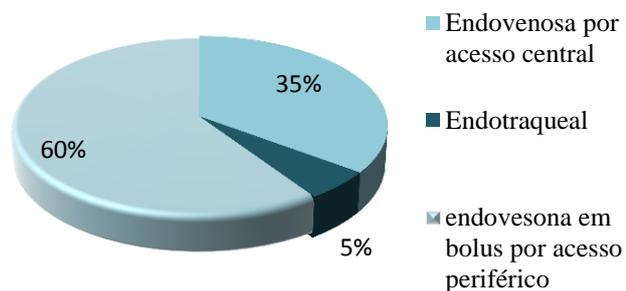


Gráfico 9- Distribuição dos participantes do estudo quanto à percepção da melhor via de administração de medicamentos em uma PCR. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB(n=37). Setembro, 2012. Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima representa o percentual de participantes relacionado com a via de administração escolhida. 5% (02) acreditam que a via endotraqueal é a

via de melhor escolha durante uma PCR, 35% (13) optaram pela via endovenosa por catéter central e a grande maioria 60% (22) assinalou corretamente quando fez opção pela via endovenosa por acesso periférico. Nenhum entrevistado optou pelo acesso intraósseo.

Segundo Erlichman et al. (2006), o acesso venoso periférico é o de melhor escolha em uma PCR, sendo a veia antecubital a de primeira escolha e femoral e jugular externa vias alternativas. O acesso venoso central, além de não ser fundamental para o sucesso do tratamento, pode produzir pneumotórax quando realizada simultaneamente à compressão torácica. A via endotraqueal pode ser utilizada desde que não se tenha conseguido a punção periférica, sendo que desta forma nem todos os fármacos podem ser administrados.

A administração de medicamentos sempre foi uma tarefa desenvolvida pela equipe de enfermagem daí vem a importância dos profissionais da categoria apresentarem um domínio nesta técnica. Durante uma PCR com mais de um socorrista, enquanto as compressões e ventilações são desenvolvidas por um membro é responsabilidade do outro a punção venosa periférica, pois a mesma constitui sem sombra de dúvidas a primeira escolha pela rapidez com que as drogas irão agir.

Como o estudo foi realizado no ambiente hospitalar, é necessário considerarmos que grande maioria dos pacientes já encontram-se com acesso venoso periférico, ou seja, mesmo nessas condições uma parcela considerável dos profissionais tem experiências com administração preferencial por acesso venoso central ou por via orotraqueal.

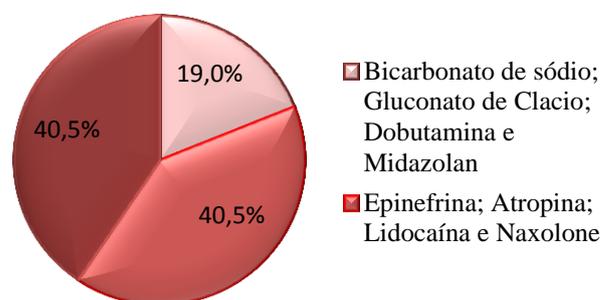


Gráfico 10- Distribuição dos participantes do estudo quanto à percepção dos medicamentos que podem ser administrados no tubo endotraqueal. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB (n=37). Setembro, 2012.

Fonte: Pesquisa direta (2012).

Quando foi perguntado quais medicamentos poderiam ser utilizados pela cânula orotraqueal 19% (07) responderam bicarbonato de sódio; gluconato de cálcio; dobutamina e midazolam, 40,5% (15) optaram por adrenalina, atropina, dopamina e dobutamina e 40,5% (15) por epinefrina, atropina, lidocaína e naxolone. Nenhum entrevistado assinalou a opção adrenalina, bicarbonato de sódio, morfina e dopamina.

Percebe-se que apesar da alternativa correta ter 40,5% (15) dos votos, 59,5% (22) dos entrevistados

optaram erradamente nesta questão o que evidencia mais uma vez uma deficiência na administração de medicamentos que é por sua vez exclusivamente desenvolvida pela enfermagem.

Segundo Paizin-Filho et al. (2009), a administração de medicamentos por cânula orotraqueal constitui a segunda via de acesso em uma PCR, e a mesma deve ser utilizada somente quando o acesso por via periférica não for possível. Apenas naxolone, epinefrina, lidocaína e atropina podem ser administradas por esta via. O autor faz alusão a uma frase que funciona como lembrete destas medicações; “quem faz na cânula, faz nela”.

Um profissional com um bom conhecimento científico é capaz de discutir casos e ajudar a escolher a melhor forma de tratamento de um paciente. Compor uma equipe multiprofissional e participar ativamente dela é dever de todo enfermeiro, mas para que isso seja eficaz não é só necessário que ele saiba fazer um procedimento, mas imprescindivelmente ele precisa saber por que fazer e quando fazer.

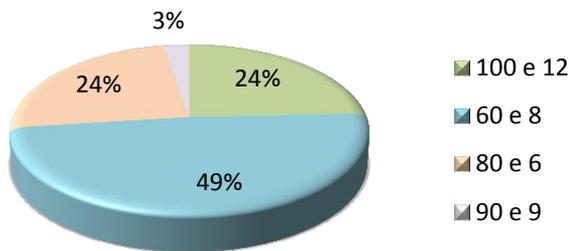


Gráfico 11: Relação dos participantes do estudo de acordo com a frequência de massagens cardíacas e ventilações em um minuto no SBV. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB(n=37). Setembro, 2012.

Fonte: Pesquisa direta (2012)

Ao perguntarmos qual a correta frequência de massagens cardíacas e ventilação durante um minuto 1% (01) respondeu 90, 9,24% (09) optaram por 100 e 12, 49% (18) assinalaram 60 e 8 e 24% (09) preferiram a opção 80 e 6.

A estatística acima mostra que 76% (28) dos entrevistados responderam erradamente a questão, portanto tivemos apenas 24% (09) de acertos.

Paizin-Pilho et al. (2003), afirma que inicialmente, no suporte básico de vida, deve-se comprimir o tórax numa frequência de 100 por minuto e realizar 10 a 12 ventilações também em um minuto, respeitando a relação compressão ventilação de 30X2.

Após o paciente intubado não há mais necessidade manter os ciclos de compressão-ventilação na frequência de 30:2, e recomenda-se que sejam realizadas, simultaneamente, compressões torácicas numa frequência de 100 por minuto e ventilações em 8 a 10 por minuto (ERLICHMAN et al., 2006).

A relação 100 compressões e 12 ventilações, foi adotada pelo estudo devido repetição com que muitos autores a colocam, porém há uma oscilação em algumas literaturas, desta forma as questões foram elaboradas de modo a não coincidir com outros autores o que torna ainda mais fidedigno o resultado do estudo.

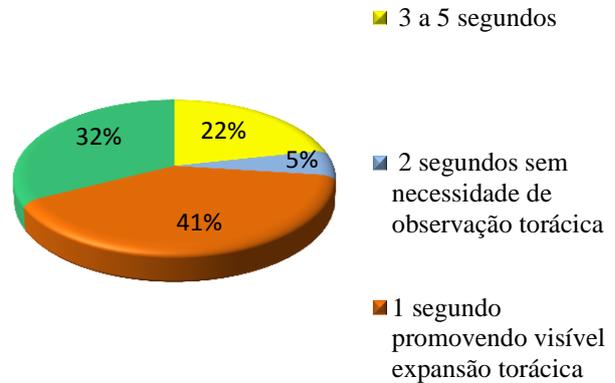


Gráfico 12: Distribuição dos participantes do estudo de acordo com o tempo das ventilações de resgate. Hospital de rede pública de saúde no município de Sousa- PB (n=37). Setembro, 2012.

Fonte: Pesquisa direta (2012)

O gráfico acima distribui os entrevistados a respeito do seu conhecimento sobre as ventilações de resgate e sua duração. Neste sentido 22% (08) acreditam que as ventilações de resgate devem durar de 3 a 5 segundos, 5% (02) afirmam que as mesmas devem durar 2 segundos sem necessidade de expansão torácica, 41% (15) responderam que devem durar um segundo promovendo visível expansão torácica e 31% (12) assinalaram a alternativa que dizia que quanto maior a duração melhor, promovendo expansão torácica evidente.

As ventilações de resgate devem seguir o novo protocolo da AHA 2010, ou seja, durar um segundo com visível expansão torácica. A necessidade de observação do tórax se deve ao fato de que se houver uma obstrução de vias aeras não haverá fluxo de oxigênio para os pulmões e desta forma não será possível a visualização de expansão torácica. Sendo assim 41% (15) dos nossos entrevistados acertaram sua resposta neste sentido enquanto que 59% (22) cometeram erro nesta questão.

Infelizmente esse não é um dado novo nem tampouco localizado, pois segundo Yamashita; Guerra; Simões (2006) estudos de ressuscitação intra-hospitalar mostram que as principais intervenções de ressuscitação são desempenhadas com discordância significativa das padronizações internacionais. Havendo relatos de até 100 % de inadequação na ventilação.

Apesar de termos visto que uma grande quantidade de ventilações não é eficaz frente às compressões, é importante salientar que a qualidade delas influi consideravelmente no sucesso da RCP e daí vem à importância da abertura das vias aéreas adequadamente e ventilações eficientes. Os dados confrontados nos mostram em caráter generalizado a deficiência dos profissionais quanto às ventilações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa e levantamento de dados expostos neste trabalho podemos afirmar que apesar da relevância do atendimento de enfermagem a pacientes vítimas de PCR, os profissionais da categoria ainda não desempenham seu papel de maneira efetiva e eficaz. Na instituição onde aconteceu a pesquisa os enfermeiros não se sentem responsáveis pelo atendimento inicial ao paciente vítima de PCR e esse foi considerado o fator primordial que dificulta este atendimento.

Uma visão global dos resultados do estudo nos evidencia enfermeiros capazes de prestar atendimento de qualidade ao paciente em PCR, porém existe uma barreira que os afasta desta realidade que é a falta de capacitação e educação continuada.

Os conhecimentos identificados quanto às modificações propostas pela AHA 2010 foram considerados de pequenas proporções. Pelo tempo em que estas modificações estão em vigor esperava-se mais segurança em sua realização, assim como maior familiaridade com o tema.

A insegurança dos profissionais em atender um paciente em franca PCR é justificada pela pouca atuação dos enfermeiros nestes episódios. A participação da equipe de enfermagem é vista apenas como um suporte a equipe médica, e desta forma a tomada de decisões foge das mãos dos enfermeiros, sendo assim, é impossível cobrar desses profissionais habilidades especiais neste sentido, se o espaço que temos é restrito para mostrar profissionalismo e eficiência.

O primeiro passo seria conscientizar o enfermeiro de seu papel primordial e fazê-lo entender que é trabalhando em equipe que se consegue promover um atendimento de qualidade ao paciente. A atualização dos profissionais deve ser contínua e o enfermeiro como líder deve promover aperfeiçoamento da sua equipe a nível médio, ou seja, a informação que é chegada ao enfermeiro através de cursos de capacitação deve ser repassada aos técnicos e auxiliares que compõem a equipe de enfermagem através da educação em serviço.

O enfermeiro precisa de espaço no atendimento ao paciente grave, e a PCR é considerada a mais grave das intercorrências que pode acontecer em uma unidade. É necessário um maior domínio científico principalmente nas técnicas executadas primordialmente pela enfermagem como administração de medicamentos. Foi observado ainda que os profissionais se detêm demasiadamente a execução das técnicas sem valorizar devidamente os conceitos científicos que as embasam.

Desta forma, percebeu-se uma imensa necessidade de aperfeiçoamento profissional para suprir o déficit apontado pela formação acadêmica. A ciência avança a cada dia e precisamos acompanhar esse crescimento. O profissional de saúde que atua em situações de emergência representa para o paciente e família uma possibilidade de recuperação e reestabelecimento, e é por este motivo que devemos nos sentir na obrigação de prestar o melhor atendimento possível a estes pacientes desta forma podendo cumprir

com nossa principal meta que é promover cura, bem-estar e qualidade de vida aos nossos clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais Relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular e Emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**. n4 v16 Dez/10 – Fev/06. Disponível em: <<http://www.bombeiroemergencia.com.br/Arquivos%20PPS/diretrizrcp.pdf>>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf>

Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. N6, v66, 375-402. Jun, 1996. Disponível em: <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/consensos/parada_cardiorrespiratoria.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2009.

COSTA, Ester de S.; MORITA, Ione; MARTINEZ, Miguel A. R.. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2000, vol.16, n.2, pp. 553-555. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n2/2104.pdf>>. Acesso em 13 de setembro de 2009.

DALRI, Maria Celia Barcellos et al. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2008, vol.16, n.6, pp. 1060-1062. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf. Acesso em 11 de setembro de 2009.

ERICHMAN, Manes Roberto et al. Ressuscitação Cardiorrespiratória Cerebral. In KNOBEL, Elias (org). **Condutas no Paciente Grave**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2006 p. 417-433.

GENTIL; R. C. RAMOS, L. H; WHITAKER, I. Y. Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 março-abril; 16(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_04.pdf>. Acesso em: 14 de Setembro de 2012.

GRANZOTTO et al. Capacitação em Suporte Básico de Vida em um Hospital Universitário. **revista da AMRIGS**, Porto Alegre. 52 (1): 24-28, jan.-mar. 2008. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/52-01/ao04.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2012.

- LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cad. Pagu [online]**. 2005, n.24, pp. 105-125. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 12 de setembro de 2012
- PAIZIN-FILHO et al. Parada Cardiorrespiratória (PCR). **Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v 36, 163-177. Abr-dez, 2003. Disponível em: <<http://www.jordanereis.oi.com.br/textos/pcr.pdf>> .Acesso em: 15 de fevereiro de 2012.
- PERGOLA, Aline Maino; ARAÚJO, Izilda Esmênia Muglia. O leigo e o Suporte Básico de Vida. **rev. esc. enferm USP [on line]**. 2009; 43(2):335-42. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a12v43n2.pdf>>. Acesso em: 14 de Setembro de 2012.
- SILVA, Sandra Cristine da; PADILHA, Kátia Grillo. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. 2001, vol.35, n.4, pp. 361-365. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342001000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em : 20 de Setembro de 2012.
- YAMASHITA, Maria Aparecida Alves; GUERRA, Mércia Regina de Araújo; SIMÕES, Rosane Oliveira. Ressuscitação Cardiorrespiratória Cerebral. In LASELVA; Cláudia Regina; MOURA JUNIOR; Denis Faria (co-autores). **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- 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**, Santa Catarina. v. 18, n. 2, p. 143-147. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2009.