



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO DE ENFERMAGEM**

CAMILA DE SOUZA LIMA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVAE PRONTO SOCORRO SOBRE O ATENDIMENTO DE
PACIENTES EM MORTE SÚBITA CARDÍACA**

CEILÂNDIA
DISTRITO FEDERAL
2014

CAMILA DE SOUZA LIMA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA E PRONTO SOCORRO SOBRE O ATENDIMENTO DE
PACIENTES EM MORTE SÚBITA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2,
como requisito para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro

CEILÂNDIA - DISTRITO FEDERAL
2014

CAMILA DE SOUZA LIMA

**CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA E PRONTO SOCORRO SOBRE O ATENDIMENTO DE
PACIENTES EM MORTE SÚBITA CARDÍACA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2,
como requisito para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, Universidade de Brasília - Faculdade de
Ceilândia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marcia Cristina da Silva Magro
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof.^a Dr.^a Paula Regina de Souza Hermann
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

Prof MsC. Luciano Ramos de Lima
Universidade de Brasília/Faculdade Ceilândia

CEILÂNDIA, ____ de novembro de 2014.

Dedico este trabalho a todos que me acompanharam durante toda essa trajetória. À Deus, aos meus pais, ao meu noivo, aos meus irmãos, a minha família, aos meus amigos, meus colegas de curso e a minha orientadora Márcia Magro por todo ensinamento que passou durante minha graduação e pela confiança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele eu não conseguiria ter chegado onde cheguei, não teria essa oportunidade e esse dom tão especial. Por ter me acompanhado, me amparado durante toda a minha vida.

Aos meus pais, Rosemir e Rosangela por me encaminharem para que eu pudesse seguir esse caminho, por serem meus exemplos e por acreditarem no meu sucesso, por me darem força e coragem para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, Geovanna, Fernanda e Pedro Henrique e meus sobrinhos Matheus e Luis Guilherme pelo imenso amor que me impulsionou para que pudesse servir de exemplo a eles e por serem os motivos da minha alegria.

A minha família, em especial minhas avós por terem me ajudado tanto durante esses anos. Sem ela não teria conseguido crescerem minha trajetória.

À minha irmã Amanda e as minhas primas, Gabryella, Isabela, Leticia, Rebeca e Ana Clara por sempre me ajudar quando precisei e por todo carinho.

Ao meu noivo, que foi muito paciente e que esteve comigo em toda essa minha caminhada, me apoiando e me confortando em todos os momentos.

Aos meus colegas de curso que fizeram essa caminhada mais alegre e mais leve, em especial a Mayara e o Leonardo por me ajudarem e pelo imenso carinho e confiança.

Aos meus amigos, em especial ao Wagner por sua dedicação em me ajudar na construção desse trabalho, por todo o apoio e atenção.

Minha eterna gratidão a todos os docentes por tanta dedicação e por todo esse conhecimento que pude ter durante todos esses anos, em especial a minha orientadora por sua confiança, paciência e por tantas oportunidades que me proporcionou, pois foram muito importantes para o meu crescimento.

Agradeço a todos que fizeram parte dessa minha caminhada, sem vocês essa conquista não existiria. Muito obrigada!

"A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original."

(Albert Einstein)

LIMA, C. S. **Conhecimentodos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre o atendimento de pacientes em morte súbita cardíaca.** 56 p. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014.

RESUMO

A morte súbita cardíaca tem causa cardiovascular em 70 a 80% dos casos, e neurovascular em 10 a 15%. Ela decorre de arritmia em 88% dos casos, sendo desses, 60% a 80% ritmos desfibriláveis, como taquicardia ventricular sem pulso ou fibrilação ventricular. O objetivo geral deste estudo foi verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro sobre a morte súbita cardíaca Método: Tratou-se de estudo observacional transversal e quantitativo. Desenvolvido durante o período de novembro de 2013 a junho de 2014 na Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal e a amostra foi constituída por 15 enfermeiros. Foram incluídos os enfermeiros com registro no COREN, que atuassem nos setores de UTI e PS. Foram excluídos os enfermeiros em licença maternidade ou férias e em período de treinamento nas unidades. A coleta dos dados ocorreu a partir da aplicação de um questionário com perguntas semi-estruturadas relacionadas aos dados sóciodemográficos, qualificação e atuação profissional. Conclusão: A partir dos relatos dos profissionais foi possível identificar que há carência de conhecimento sobre o atendimento de pacientes em caso de morte súbita cardíaca, assim como da implementação de protocolos assistenciais nas UTIs e PS. Foi possível evidenciar que há uma necessidade da realização de educação continuada permanente para melhor a qualidade da assistência prestada.

Descritores: Morte súbita cardíaca; Unidade de terapia intensiva; Enfermagem, Parada Cardiorrespiratória.

LIMA, C. S. **Knowledge of intensive care unit and emergency room nursing professionals on caring for patients during sudden cardiac death.** 56 p. 2014. Final Project (Nursing Program) – University of Brasília, Undergraduate Program in Nursing, Ceilândia Campus, Brasília, 2014.

ABSTRACT

Sudden cardiac death (SCD) is caused by cardiovascular issues in 70-80% of cases, and by neurovascular ones in 10-15%. It stems from arrhythmia in 88% of cases, and of these, 60-80% are defibrillation rhythms, such as pulseless ventricular tachycardia or ventricular fibrillation. The aim of this study was to verify the theoretical knowledge that intensive care unit and emergency room nurses have about sudden cardiac death/cardiopulmonary arrest. Method: Transversal and quantitative observational study. The study was carried out during a six month period at both the Intensive Care Unit and Emergency Room of the Ceilândia Regional Hospital in the Federal District, and the sample consisted of fifteen nurses. Only those nurses who were registered at COREN, who worked in the ICU and the emergency room, and who had signed the informed consent form were included in the study. Nurses on maternity or vacation leave and those in training within their units were excluded. Data collection was done by means of applying a questionnaire with semi-structured questions pertaining to sociodemographic data, qualifications, and professional experience. Conclusion: Based on the professionals' reports, we were able to identify that there exists a lack of knowledge on caring for patients in the event of sudden cardiac death, as well as on the implementation of assistance protocols at ICUs and emergency rooms. The results indicate that the implementation of ongoing continuing education is necessary in order to improve the quality of care.

Key words: Sudden cardiac death; Intensive care unit; Emergency room; Nursing; Cardiopulmonary arrest.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos enfermeiros do Pronto Socorro e da Terapia Intensiva de acordo com os dados demográficos. Distrito Federal, 2014	28
Tabela 2- Caracterização da formação e experiência de trabalho dos enfermeiros. Distrito Federal, 2014.....	30
Tabela 3- Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento sobre atendimento de uma parada cardiorrespiratória. Distrito Federal, 2014.	31
Tabela 4- Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento sobre o desfibrilador externo automático (DEA), ritmos cardíacos de PCR e composição do carrinho de parada. Distrito Federal, 2014.....	33
Tabela 5- Ritmos tratados com desfibrilação, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.	35
Tabela 6- Dificuldades durante o atendimento à Parada Cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.....	36
Tabela 7- Cuidados prestados após a Parada Cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.....	37
Tabela 8 – Medicamentos que fazem parte do protocolo de atendimento à Parada Cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Algoritmo de Suporte Básico de Vida adulto simplificado, AHA2010	14
Figura 2- Sequencia da RCP, AHA 2010	16
Figura 3. – Fibrilação ventricular A) Fibrilação ventricular do tipo “grosseiro” ondas amplas e rápidas. B) Ondas pequenas e lentas – fibrilação tipo “fino”, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 1996.....	18
Figura 4- Taquicardia ventricular sem pulso, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 1996.....	19
Figura 5 - Assistolia ventricular, Arquivo Brasileiro de Cardiologia 1996.....	19
Figura. 6 – Atividade elétrica sem pulso, Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 1996	20
Figura. 7- Cadeia de sobrevivência em Atendimento de Emergência Cardiovascular da AHA, 2010.....	21
Figura. 8- Algoritmo de SAVC circular, AHA 2010.....	22
Figura 9 - Fluxograma de distribuição dos enfermeiros conforme a distribuição entre os setores (UTI e PS). Distrito Federal, 2014.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS – *Advanced Care Life Support*

AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso

AHA – *American Heart Association*

ARC- Comitê Asiático de Ressuscitação

CDI - Cardioversor e Desfibrilador Implantáveis

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COREN- Conselho Regional de Enfermagem

DEA – Desfibrilador Externo Automático

DF – Distrito Federal

ECG – Eletrocardiograma

ERC – *European Resuscitation Council*

FA- Fibrilação atrial

FCE – Faculdade de Ceilândia

FESP- Faculdade Estadual de São Paulo

FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FV – Fibrilação Ventricular

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HSFC- Heart and Stroke Foundation of Canada

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IAHF- Inter American Heart Foundation

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICPs-intervenções coronárias percutâneas

ILCOR – Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação

MSC – Morte Súbita Cardíaca

PCR – Parada Cardiorrespiratória

PS – Pronto Socorro

RCP – Reanimação Cardiorrespiratória

RCSA- Australian and New Zealand Committee on Resuscitation Councils of Southern Africa

SAMU- Suporte Avançado Móvel de Urgência

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAVC – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia

SBV/BLS – Suporte Básico de Vida

SES – Secretaria de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TV – Taquicardia Ventricular

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNASP–Centro Universitário Adventista de São Paulo

UNB – Universidade de Brasília

UNIP- Universidade Paulista

UNIRG–Centro Universitário de Gurupi

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	16
3. OBJETIVOS.....	24
4. METODOLOGIA.....	25
5. RESULTADOS.....	27
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÃO.....	44
8. CONQUISTAS DO ESTUDO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46

1. INTRODUÇÃO

Morte súbita é uma das principais causas de problema de saúde pública, problema nos Estados Unidos e responde por até 350 mil mortes por ano (KONG et al, 2011; ZIPES, WELLENS, 1998). Embora o número totalde mortes súbitas pareça ter diminuído, a sua incidência permanece substancial (ROGER; LLOYD, 2012).

A morte súbita cardíaca (MSC) tem causa cardiovascular em 70 a 80% dos casos, e neurovascular em 10 a 15% dos casos. Ela decorre de arritmia em 88% dos casos, sendo desses, 60 a 80% ritmos desfibriláveis, como taquicardia ventricular sem pulso ou fibrilação ventricular (QUILICI et al., 2009) No Brasil, estimam-se anualmente 300 mil vítimas de morte súbita, superando todas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer de mama e pulmão e acidente vascular cerebral (QUILICI et al., 2009).

A sobrevida após alta hospitalar por morte súbita ainda é muito pequena (MCNALLY et al., 2011; SASSON et al., 2012). A alta incidência de morte súbita e suas potenciais complicações e custos associados a tornam um alvo relevante para os sistemas de atendimento, melhoria da qualidade dos esforços para uma assistência segura edesenvolvimento de medidas de desempenho (AL-KHATIB et al, 2013).

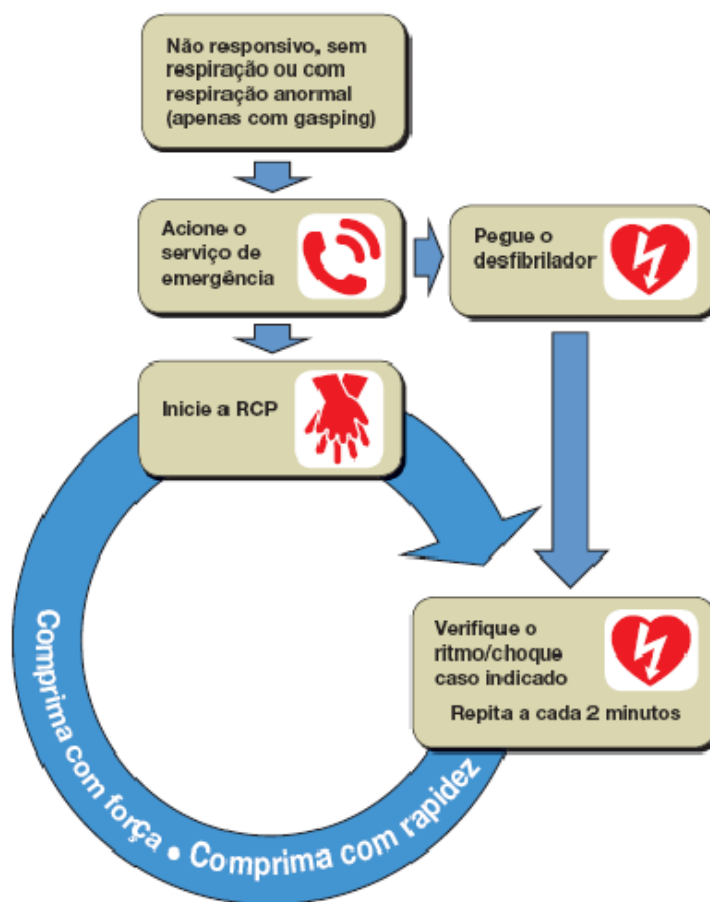
O desenvolvimento de tais medidas é sustentado pelas lacunas existentes entre os cuidados na prevenção e tratamento da morte súbita. Essas lacunas devem ser o foco na construção de medidas para a ressuscitação cardiopulmonar, uso automatizado de desfibriladores externos e uso de cardioversor e desfibrilador implantáveis (CDI) (AL-KHATIB et al., 2013).

A morte súbita é definida como uma interrupção abrupta, inesperada e irreversível de todas as funções biológicas, com ou sem sintomas premonitórios. Nesta direção, a parada cardiorrespiratória (PCR) tem como mecanismo desencadeante a interrupção súbita da função cardíaca contrátil-propulsora, podendo ser irreversível por uma intervenção, o que caracteriza o conceito de morte súbita abortada (QUILICI et al., 2009).

Inúmeras patologias ou disfunções específicas estão direta ou indiretamente envolvidas nos mecanismos eletrogênicos da MSC, com destaque para a doença arterial coronária, cardiomiopatias, doença valvar, doença cardíaca congênita, miocardites secundárias, alterações eletrofisiológicas primárias, disfunção anatômica cardíaca e miscelâneas (SERRANO et al., 2009).

Algumas ações são feitas para aumentar as chances de sobrevivência das vítimas de morte súbita, elas compõem a corrente de sobrevivência do adulto, composta por elos, constituídos pelo reconhecimento imediato da emergência e ativação do serviço médico de emergência, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) imediata, desfibrilação imediata e suporte avançado de vida imediato. (TIMERMAN et al, 2006). Se o paciente estiver inconsciente ou não responsivo, sem movimentos e sem respirar imediatamente deve ser iniciado a RCP. (TIMERMAN et al, 2006).

Fig. 1. – Algoritmo de SBV adulto simplificado.



Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010. Guideline CPR ECC 2010.

O atendimento adequado à PCR exige ação rápida e harmoniosa de várias pessoas, enfatizando a necessidade de uma equipe bem treinada, não só nos aspectos relativos à participação isolada de cada um dos seus integrantes, mas também na ação em conjunto, evitando efetivamente a desorganização e a ineficiência do atendimento (SILVA; PADILHA, 2001). A rotina assistencial deve incluir a verificação e manutenção de todos os

equipamentos. Nesta direção, ao término de cada plantão há necessidade de analisar o funcionamento desses equipamentos (SILVA; PADILHA 2001).

Segundo Argawal et al, 2005, o tempo de resposta dos prestadores de cuidados de saúde em uma parada é essencial para a sobrevivência do paciente, para isso o acesso rápido e fácil ao equipamento de reanimação é um componente fundamental na prestação de uma assistência segura. Os profissionais de saúde algumas vezes, não estão familiarizados, por exemplo, com a localização de itens específicos no carrinho de emergência, impondo um atraso injustificado à ressuscitação (ZANINI et al, 2006).

O papel do enfermeiro intensivista, por exemplo, é vital nos esforços para reanimação de um paciente. Considera-se que este profissional com frequência realiza a avaliação inicial do paciente, inicia as manobras de RCP e aciona a equipe (ZANINI et al., 2006). Neste segmento, o profissional de enfermagem deve estar apto a reconhecer um paciente em PCR ou prestes a desenvolvê-la, considerando ser este episódio a mais grave emergência clínica (ZANINI et al. , 2006).

Evidências científicas mostraram que apesar dos enfermeiros reconhecerem a relevância do atendimento adequado à PCR, as suas ações ainda são insatisfatórias (ARAÚJO et al., 2008).

Nesse contexto, o Serviço de Enfermagem, parte integrante de instituições de saúde enfrenta o enorme desafio de garantir a qualidade assistencial, atender às necessidades e demandas dos clientes, internos e externos, de maneira eficiente e eficaz (YURI; TRONCHIN, 2010).

Sendo assim, a justificativa deste estudo é analisar o conhecimento teórico dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre a morte súbita cardíaca, a fim de identificar as dificuldades e limitações neste campo de atuação e favorecer o estabelecimento de estratégias seguras para o paciente e profissional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico

A Aliança Internacional dos Cômities de ressuscitação foi formada em 1992 e compreende os representantes da American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), Australian and New Zealand Committee on Resuscitation, Resuscitation Councils of Southern Africa (RCSA), Inter American Heart Foundation (IAHF) e o Comitê Asiático de Ressuscitação (ARC). (TIMERMAN et al., 2010). Ela foi formada com o intuito de promover o fórum entre as principais organizações de ressuscitação em todo o mundo (TIMERMAN et al, 2010).

No dia 18 de outubro de 2010 a American Heart Association (AHA) publicou as novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Deixando de lado o emprego do A-B-C (vias aéreas, insuflações e compressões), para o C-A-B (compressões, vias aéreas e insuflações). Segundo essas novas diretrizes após as 30 compressões, o socorrista que estiver atuando sozinho, deverá abrir a via aérea e aplicar duas ventilações na vítima (AHA, 2010). Durante as compressões o esterno do adulto deve ser comprimido no mínimo 5 cm e com uma frequência mínima de 100 compressões por minuto para que seja mais eficaz, minimizando o máximo possível as interrupções entre elas (AHA, 2010).

Fig 2. Sequencia da RCP.



Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010.

A reanimação cardiopulmonar (RCP) moderna completou 50 anos de existência em 2010. Durante esse período, os protocolos desenvolvidos com enfoque na qualidade e na rapidez das manobras de reanimação possibilitaram salvar centenas de milhares de pessoas em todo o mundo (LYRA et al, 2012).

Atualmente, a Associação Americana de Cardiologia é referência mundial em diretrizes de atendimento de emergências cardiovasculares, e integrante da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR).

2.2 – Definição

Os profissionais da área de saúde deparam-se constantemente com situações que requerem atuação imediata e rápida, como por exemplo, a parada cardiorrespiratória (PCR), evento frequente no cenário de atendimento ao paciente crítico (BELLAN et al, 2010; ZANINI et al, 2006). Ela é definida como a cessação da atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso palpável, irresponsividade e apneia ou gasp agônico. (AHA, 2010).

Segundo as novas diretrizes para o atendimento de PCR em adultos, destacadas no *guideline* de 2010 pela AHA, o socorrista leigo e os profissionais de saúde devem ser instruídos a iniciar a RCP se a vítima não apresentar respiração ou estiver apenas com o gasp agônico. Nesta vertente, a respiração anormal ou ausência dela, deve ser rapidamente identificada como parte da verificação da PCR antes de acionar o serviço de emergência, para que então seja rapidamente verificado o pulso e na ausência dele iniciado a RCP e o uso do DEA (AHA, 2010).

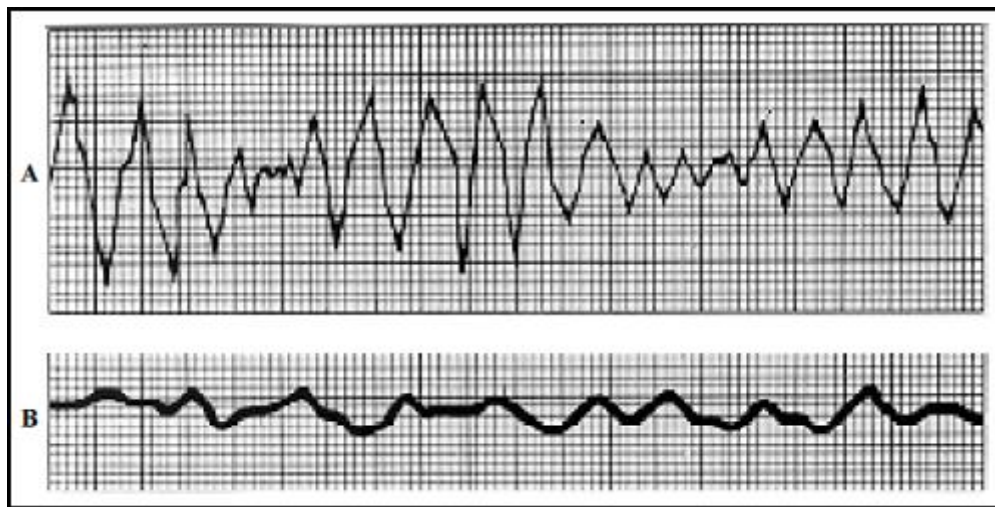
2.3 – Ritmos cardíacos

Os ritmos cardíacos mais comumente identificados durante a ocorrência da PCR são a Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia, sendo os dois últimos mais frequentes no ambiente intrahospitalar (FERNANDES, 2010). Em 40% dos casos, o ritmo inicial da PCR é a fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso (FERNANDES, 2010).

Segundo Timmerman (1996), fibrilação ventricular é a contração descoordenada do miocárdio em consequência da atividade caótica de diferentes grupos de fibras

miocárdicas, que resulta na ineficiência total do coração em manter um adequado débito cardíaco (VIEIRA; TIMMERMAN, 1996).

Figura 3: – Fibrilação ventricular A) Fibrilação ventricular do tipo “grossoiro” ondas amplas e rápidas. B) Ondas pequenas e lentas – fibrilação tipo “fino”.



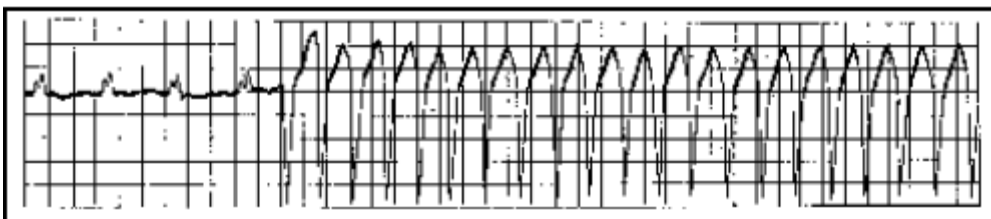
A) Fibrilação ventricular do tipo “grossoiro” ondas amplas e rápidas.

B) Ondas pequenas e lentas – fibrilação tipo “fino”.

Fonte: VIEIRA, S.R.R.; TIMMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação cardiopulmonar. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. V. 66, nº 6, 1996.

Taquicardia ventricular sem pulso é a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à acentuada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo à ausência de pulso arterial palpável, quando, então, é considerada uma modalidade de parada cardíaca e deve ser tratada com o mesmo rigor da FV (VIERA; TIMMERMAN; 1996).

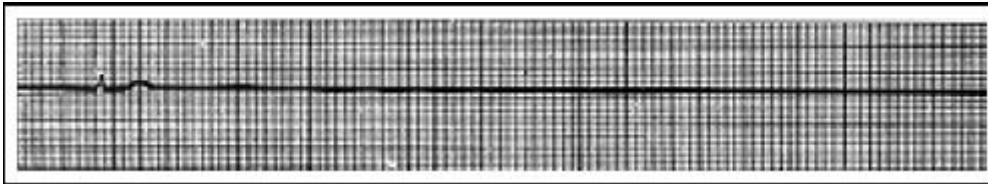
Fig. 4. – Taquicardia ventricular sem pulso



Fonte: VIEIRA, S.R.R.; TIMMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação cardiopulmonar. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 66, nº 6, 1996.

Assistolia é a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos. No eletrocardiograma (ECG) caracteriza-se pela ausência de qualquer atividade elétrica ventricular observada em, pelo menos, duas derivações. (VIEIRA; TIMMERMAN, 1996).

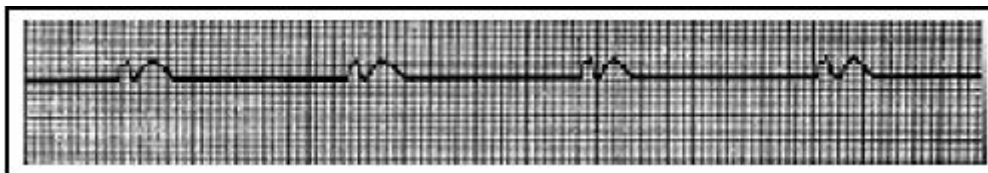
Fig. 5 - Assistolia ventricular



Fonte: VIEIRA, S.R.R.; TIMMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação cardiopulmonar. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 66, nº 6, 1996.

Atividade elétrica sem pulso (AESP) é caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de algum tipo de atividade elétrica, com exclusão de taquicardia ou FV (TIMMERMAN, 1996). AESP decorre de algum fator que impede o acoplamento entre a atividade elétrica organizada do miocárdio e a contração muscular efetiva que deveria resultar dessa atividade elétrica (MARTINS et al, 2013).

Fig. 6. – Atividade elétrica sem pulso.



Fonte:VIEIRA, S.R.R.; TIMMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação cardiopulmonar. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. v. 66, nº 6, 1996

2.4 – Fatores de risco/complicações

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares são divididos em modificáveis e não modificáveis. Entre os modificáveis encontra-se o diabetes, níveis elevados de colesterol, hipertensão arterial, síndrome metabólica, obesidade, sedentarismo e uso do tabaco. Os fatores de risco não modificáveis para doença cardiovascular são: idade, sexo, hereditariedade e raça (KNOBEL, 2006).

A parada cardiorrespiratória (PCR), independentemente da causa subjacente, tem morbidade e mortalidade elevada, sendo a sobrevida inferior a 40%, se essa ocorrer no hospital, e inferior a 10% se ocorrer no ambulatório (PEREIRA, 2008). Dos pacientes que sobrevivem muitos ficam com sequelas neurológicas (ARAÚJO et al., 2013).

Durante a assistolia não há estímulo elétrico cardíaco espontâneo, isso pode ocorrer devido às cardiopatias graves, intoxicação por drogas, distúrbios metabólicos e eletrolíticos entre outros (ARAÚJO et al., 2013). A AESP pode ocorrer em consequência de distúrbios cardíacos e extracardíacos, sendo considerada uma das formas mais graves de PCR e está associada, em geral, a um mau prognóstico (ARAÚJO et al., 2013). Dentre as causas extracardíacas de AESP, há a hipoxemia grave resultante de complicações respiratórias, decorrentes dos atos anestésico-cirúrgicos, intoxicações exógenas, politraumatizados ou assistência ventilatória mecânica inadequada, talvez seja, isoladamente, o principal fator desencadeante deste tipo de PCR (ARAÚJO et al., 2013).

Na fibrilação ventricular o músculo ventricular “estremece”. Alguns fatores que podem levar a essa fibrilação são: síndromes coronarianas agudas, antiarrítmicos, disritmias, distúrbios eletrolíticos, insuficiência cardíaca, hipertrofia, fatores ambientais, aumento da atividade do sistema nervoso simpático e estimulação do nervo vago (KNOBEL, 2006).

As possíveis causas reversíveis da PCR são: hipovolemia, hipóxia, hidrogênio (acidose), hipocalemia, hipercalemia, hipotermia, tensão do tórax por pneumotórax, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose pulmonar e trombose coronária (AHA, 2010).

2.5 – Cadeia de sobrevivência / Tratamento

A corrente de sobrevivência representa a sequência ideal de eventos que deveria ser instituída imediatamente após o reconhecimento da morte súbita cardíaca. Ela possui cinco

etapas que devem ser inter-relacionados: pronto reconhecimento e acionamento, RCP precoce, desfibrilação precoce, suporte avançado de vida eficaz e cuidados pós-parada (AHA, 2010). Para tratar o paciente em FV ou TV a desfibrilação elétrica rápida é um determinante importante para reverter o quadro, porém após o primeiro minuto a taxa de sobrevivência cai de 7% a 10% para cada minuto de demora (VANHEUSDEM et al., 2007).

A maioria dos profissionais de saúde trabalha em equipe e geralmente executam as ações de SBV simultaneamente. Um socorrista, por exemplo, inicia imediatamente as compressões torácicas, enquanto outro socorrista busca um DEA (desfibrilador automático externo) e chama o serviço de ambulância e um terceiro abre a via aérea e aplica ventilações (AHA, 2010).

Fig. 7. Cadeia de sobrevivência em Atendimento de Emergência Cardiovascular da AHA, 2010.



Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010.

O pedido de ajuda inclui a solicitação de desfibrilador e de suporte avançado de vida (PAZIM FILHO et al, 2006). O pulso deve ser investigado no sítio carotídeo, dez segundos são suficientes para se comprovar a ausência de pulso. Na ausência de pulso e de respiração ou gasp constata-se o diagnóstico de PCR e iniciam-se as manobras de suporte básico de vida, que compreende compressão e ventilação (AHA, 2010; PAZIM FILHO et al., 2006).

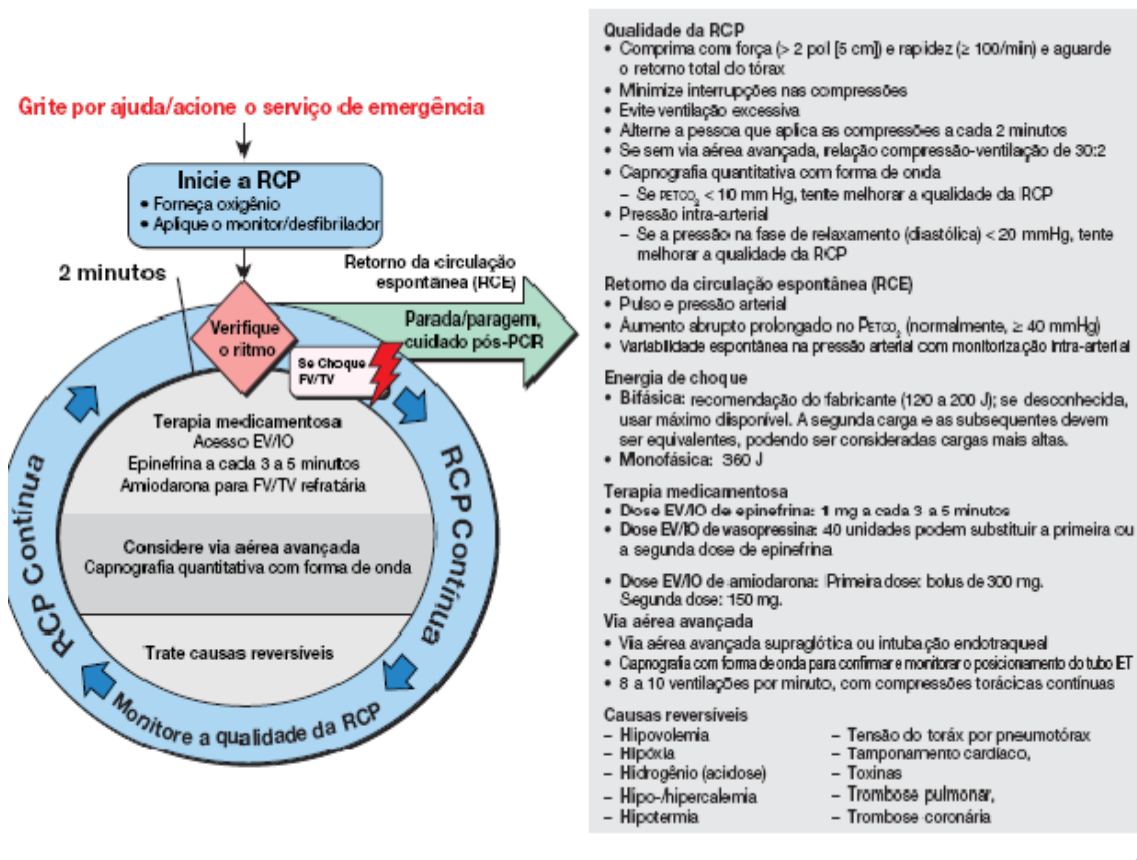
Durante a RCP deve-se manter a relação entre compressão e ventilação, 30 compressões e duas ventilações de um segundo cada uma, o tórax deve retornar para a posição inicial. Reavaliar pulso e fazer revezamento a cada cinco ciclos ou dois minutos (AHA, 2010; MELO et al., 2008). O emprego da técnica correta de compressão cardíaca externa reduz a ocorrência de fraturas de costela (PAZIM FILHO et al., 2006).

A AHA publicou o algoritmo circular de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) e enfatiza que mesmo no suporte avançado a ênfase deve ser nas

compressões e reversão das possíveis causas da PCR. O acesso vascular, administração de fármacos e a colocação das vias aéreas não devem causar interrupções significativas nas compressões torácicas e nem retardar os choques no caso de FV/TV sem pulso (AHA, 2010).

Fig. 8 Algoritmo de SAVC circular, AHA 2010.

Algoritmo de SAVC Circular



Fonte: Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010.

Segundo os novos protocolos de medicação a atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento de AESP/assistolia e foi retirada do algoritmo de SAVC para PCR (AHA, 2010).

Os cuidados pós PCR fazem parte de uma nova seção das diretrizes da AHA 2010, que são os cuidados necessários para melhorar a sobrevivência das vítimas de PCR. O tratamento deve incluir suporte cardiopulmonar e neurológico, hipotermia terapêutica e intervenções coronárias percutâneas (ICPs) (AHA, 2010).

2.6 Desfecho dos pacientes em morte súbita/parada cardiorrespiratória

Os pacientes em taquicardia ventricular e fibrilação ventricular no momento da primeira avaliação tem um melhor desfecho, enquanto aqueles que apresentam AESP ou assistolia tem um pior prognóstico (KNOBEL, 2006). Para que esse desfecho seja favorável com função neurológica intacta após a ressuscitação, a quantidade das compressões torácicas e a continuidade do suporte circulatório devem ser bem sucedidas (VANHEUSDEM et al, 2007).

Para se obter uma maior sobrevivida nos casos de PCR, é de suma importância a aplicação correta dos elos da corrente de sobrevivência, instalação de acesso precoce, manobras de PCR, desfibrilação precoce e suporte avançado de vida (VANHEUSDEM et al, 2007).

Os pacientes que sobrevivem a PCR podem recuperar a consciência e apresentar estabilidade hemodinâmica, mas, geralmente, apresentam hipotensão e choque num período inicial que varia de 12 a 24 horas após a parada. Durante essa fase inicial é importante estar atento, pois cerca de metade dos pacientes vão a óbito (PAZIM FILHO et al, 2006). Os cuidados pós-ressuscitação irão, portanto, variar de acordo com a forma com que se apresenta o paciente e a fase em que ele se encontra (PAZIM FILHO et al, 2006).

Na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto em normotermia, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. O coração pode voltar a bater, mas os “cinco minutos de ouro” se perdem e o cérebro morre (ZANINI et al., 2006).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre o atendimento ao paciente em morte súbita cardíaca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar se os enfermeiros da unidade de terapia intensiva e do pronto socorro estão capacitados para atender pacientes em morte súbita cardíaca.

- Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre os medicamentos que devem ser utilizados em caso de morte súbita cardíaca.

- Verificar o conhecimento do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro sobre a composição do carrinho de parada.

4 METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo: Tratou-se de estudo observacional transversal e quantitativo.

São chamados de estudos seccionais ou de corte transversal aqueles que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e determinam indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

Esse delineamento foi assumido para retratar especialmente o perfil de conhecimento atual do enfermeiro de UTI e PS, no cuidado ao paciente com risco iminente de morte.

4.2. Local de desenvolvimento: Foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro do Hospital Regional de Ceilândia do Distrito Federal.

4.3. Amostra: Foi composta por quinze enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e do Pronto Socorro.

4.4. Período de coleta dos dados: A coleta de dados ocorreu durante o período de novembro de 2013 e junho de 2014.

4.5. Critérios de inclusão:

- Enfermeiros com registro no COREN;
- Enfermeiros que atuem nos setores de UTI e pronto socorro;
- Enfermeiros que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.6. Critérios de exclusão:

- Enfermeiros em período de licença maternidade ou férias;
- Enfermeiros em período de treinamento na Unidade.

4.7. Protocolo de coleta: Após aquiescência do TCLE, foi aplicado aos enfermeiros dos setores de UTI e Pronto Socorro um questionário semi-estruturado (APÊNDICE A) com questões que incluíram o perfil sócio-demográfico destes profissionais, nível de formação

(especialização, mestrado, doutorado), existência e tempo de treinamento no atendimento a vítimas de PCR/morte súbita. Características relacionadas à qualificação e atuação profissional.

A sequência de aplicação do questionário foi atrelada a escala mensal dos sujeitos da pesquisa

O período da visita do pesquisador para a coleta de dados foi vinculado as variáveis temporais implícitas na escala mensal, respeitando o período de trabalho do profissional sem prejuízo para ambas às partes.

4.8. Aspectos éticos: Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da SES – FEPECS/SES sob CAAE 23198813.8.0000.5553, parecer: 459.780. Todos os enfermeiros incluídos assinaram a aquiescência do TCLE.

A liberdade do consentimento foi particularmente garantida para todos os sujeitos da pesquisa, assim como o sigilo e anonimato, assegurando a privacidade a estes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Obedecidos os critérios éticos, por se tratar de pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 196/96, na época em vigência. Nesse contexto os prejuízos físicos ou psicológicos sobre os participantes foram mínimos. Dessa forma, este estudo poderá subsidiar a adequação de estratégias para reanimação do paciente em PCR, com a finalidade de otimizar a segurança do paciente, bem como do próprio profissional. Além da possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e publicações científicas.

4.9. Definição:

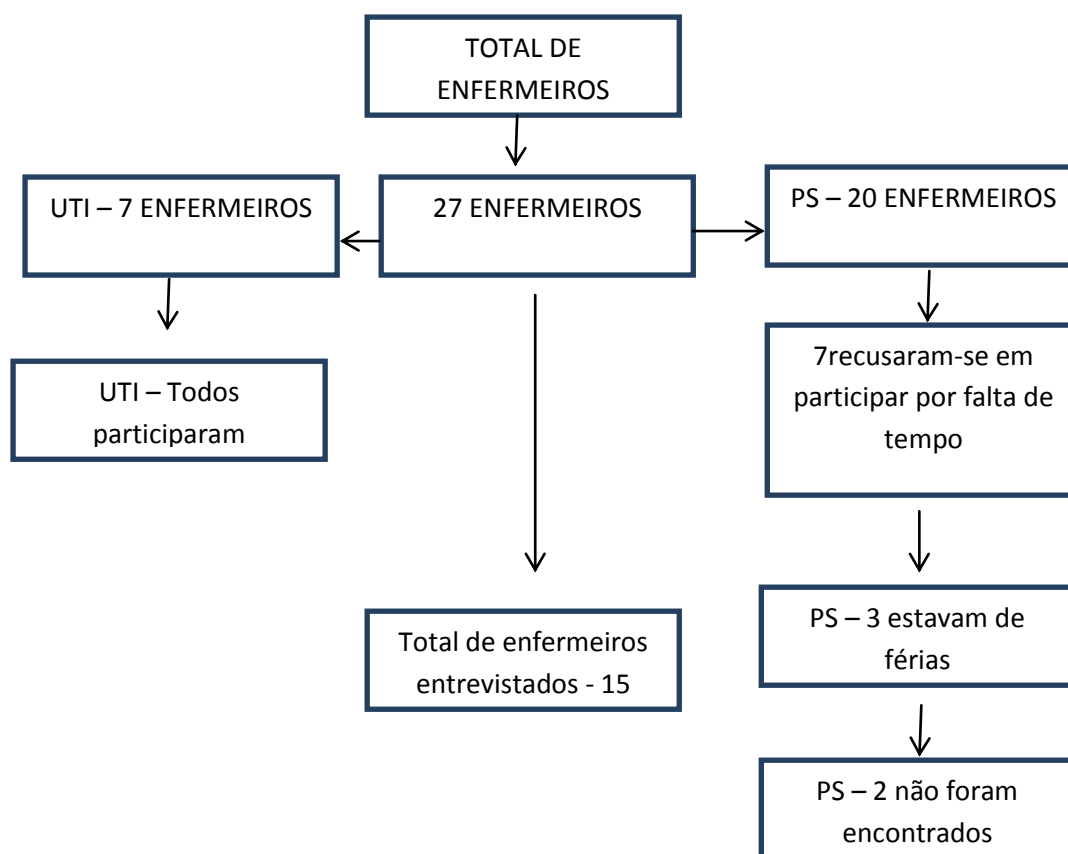
Parada Cardiorrespiratória - Interrupção súbita da atividade mecânica ventricular útil e suficiente e da respiração (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 1996).

4.10. Análise estatística: Os resultados foram expressos em média, desvio padrão, mediana (percentil 25-75).

5. RESULTADOS

A Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro são compostas pelo número absoluto de 27 enfermeiros. Entretanto, durante o desenvolvimento do estudo ocorreram recusas e perdas destes profissionais. Tal fato culminou em um subproduto final de 15 enfermeiros participantes, como mostra a figura 9.

Figura 9 - Fluxograma de distribuição dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro. Distrito Federal, 2014.



Os resultados foram obtidos a partir da aplicação de 15 questionários semiestruturados a enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva e do Pronto Socorro do Hospital Regional da Ceilândia no Distrito Federal.

A média de idade desses profissionais foi de 36,4 anos, sendo 66,6% do sexo feminino e 33,3% do masculino. No escalonamento de cargos, predominou (80%) enfermeiros assistenciais. Entretanto, 13,3% eram enfermeiros chefes e 6,6% exerciam outra

função. A maioria (53,3%) trabalhava no Pronto Socorro e 46,6% na Unidade de Terapia Intensiva.

A maior parte (26,6%) dos enfermeiros concluiu a graduação na Faculdade JK e 13,3% na Universidade Federal de Brasília. Uma menor parte (6,6%) se formou na, UNIP, UNTRI, FESP, UNIRG, UNASP, UFMG, UEG e Faculdade Adventista, respectivamente.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros do Pronto Socorro e da Terapia Intensiva de acordo com os dados demográficos. Distrito Federal, 2014.

Características (n = 15)	
Idade (anos) ^a	36,4±10
Sexo feminino ^b	10 (66,6 %)
Sexo masculino	5 (33,3%)
Enfermeiro (cargo)	
Assistencial	12 (80%)
Chefe	2 (13,3%)
Outro	1 (6,6%)
Local de trabalho	
Pronto Socorro	8 (53,3%)
Unidade de Terapia Intensiva	7 (46,6%)
Local da Graduação	
Faculdade JK	4 (26,6%)
UnB	2 (13,3%)
UNIP	1 (6,6%)
UNTRI – MG	1 (6,6%)
FESP	1 (6,6%)
UNIRG	1 (6,6%)
UNASP	1 (6,6%)
UFMG	1 (6,6%)
UEG	1 (6,6%)
Faculdade Adventista – SP	1 (6,6%)

A tabela 2 mostra a caracterização da formação e a experiência de trabalho dos enfermeiros. Neste cenário houve predomínio (60%) de enfermeiros que possuíam curso de pós-graduação, em detrimento de 40%. A Docência em Ensino superior foi o curso de pós-graduação com maior demanda (20%), acompanhado por 13,3 % do curso na área Médico Cirúrgico, Urgência e Emergência e Terapia Intensiva, respectivamente. Os cursos de administração hospitalar e de saúde mental foram representados por um percentual de 6,6% da amostra.

O tempo de formação de 40% dos enfermeiros foi de 5 a 10 anos. Verificou-se que 20% dos enfermeiros se formaram entre 0 a 5 anos, em 6,6% dos mesmos, esse tempo foi de 10 a 15 anos. De 20 a 25 anos e de 25 a 30 anos esse percentual de 6,6% foi preservado. Nenhum enfermeiro relatou o tempo de formação de 15 a 20 anos.

O maior tempo de experiência profissional dos enfermeiros compreendeu o período entre 10 e 15 anos, no Pronto Socorro. O tempo de experiência profissional, de 0 a 5 anos, foi proporcional entre as duas unidades (Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva), especificamente 40% para UTI e 33,3% para o Pronto Socorro. Na Unidade de Terapia Intensiva, 13,3% dos enfermeiros relataram o tempo de experiência de 10 a 15 anos, e no Pronto Socorro um percentual menor (6,6%) destes profissionais relatou esse mesmo período.

Tabela 2 – Caracterização da formação e experiência de trabalho dos enfermeiros. DF, 2014.

Características (n = 15)	
Pós-graduação ^a	
Sim	9(60,0%)
Não	6 (40,0%)
Curso de pós-graduação (<i>lato sensu</i>)	
Administração hospitalar	1 (6,6%)
Saúde mental	1 (6,6%)
Médico cirúrgico	2 (13,3%)
Urgência e emergência	2 (13,3%)
Unidade de Terapia Intensiva	2 (13,3%)
Docência de ensino superior	3 (20%)
Tempo de formação	

0 —5	3 (20%)
5 —10	6 (40%)
10 —15	1 (6,6%)
15 —20	0 (0,0%)
20 —25	1 (6,6%)
25 —30	1 (6,6%)
Tempo de experiência no PS	
0 —5	5 (33,3%)
5 —10	1 (6,6%)
10 —15	3 (20%)
Tempo de experiência na UTI	
0 —5	6 (40%)
5 —10	2 (13,3%)
10 —17	1 (6,6%)

UTI – Unidade de terapia intensiva; PS – pronto socorro

A tabela abaixo mostra o conhecimento dos enfermeiros durante o atendimento a uma PCR.

De acordo com a tabela 3, 50% de enfermeiros do Pronto Socorro e 71,4% da UTI realizaram treinamento/capacitação para atender a parada cardiorrespiratória (PCR), 62,5% de enfermeiros do PS e 28,5% da UTI não realizaram nenhuma disciplina obrigatória sobre atendimento à PCR durante a graduação, mas 37,5% do Pronto Socorro e 71,4% da UTI afirmaram ter realizado.

Do total da amostra, 62,5% dos enfermeiros do Pronto Socorro e 100% da UTI alegaram possuir conhecimento das diretrizes de atendimento à PCR de 2010 da Associação Americana de Cardiologia (AHA). Mas, 75% dos enfermeiros do PS e 71,4% da UTI, afirmaram não existir uma equipe pré-definida para o atendimento de uma ocorrência de PCR durante o plantão, além disso, 50% dos enfermeiros do PS identificaram como sinais de PCR a apneia, a cianose, à ausência de consciência e de ritmo cardíaco; ausência de pulso, a alteração do nível de consciência, a apneia e amidríase; a cianose, a palidez, a taquicardia e a dispneia; a ausência de pulso e respiração. Neste contexto, 42,8% dos enfermeiros da UTI indicaram a ausência de pulso e respiração como sinais de PCR. E 56,8% indicaram pulso fraco, hipotensão, cianose e midríase; fibrilação, diminuição da pressão arterial; apneia, ausência de pulso e inconsciência; assistolia e hipoxemia.

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento sobre atendimento de uma parada cardiorrespiratória. Distrito Federal, 2014.

Características	Grupo pronto socorro (n = 8)		Grupo UTI (n = 7)	
	Sim	Não	Sim	Não
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Realização de capacitação/treinamento	4 (50)	4(50)	5 (71,4)	2 (28,5)
Realização de disciplina obrigatória de atendimento a PCR durante a graduação	3 (37,5)	5 (62,5)	5 (71,4)	2 (28,5)
Conhecimento das diretrizes de atendimento da PCR de 2010 (AHA)	5 (62,5)	3 (37,5)	7 (100)	0 (0)
Existência de uma equipe pré-definida para atendimento em uma ocorrência de PCR durante o plantão	2 (25)	6 (75)	2 (28,5)	5 (71,4)
Conhecimento dos sinais de uma PCR				
Conhece	6 (75)	0 (0)	7(100)	0 (0)
Não conhece	0 (0)	2 (25)	0 (0)	0 (0)
Sinais de uma PCR segundo os enfermeiros				
Apneia, cianose, ausência de consciência e de ritmo cardíaco.	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Ausência de pulso e respiração	1 (12,5)	0 (0)	3 (42,8)	0 (0)
Ausência de pulso, alteração do nível de consciência, apneia e midríase.	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Cianose, palidez, taquicardia e dispneia.	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pulso fraco, hipotensão, cianose e midríase.	0 (0)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)
Fibrilação, diminuição da pressão arterial.	0 (0)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)
Apneia, ausência de pulso e inconsciência.	0 (0)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)
Assistolia e hipoxemia	0 (0)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)

PCR – parada cardiorrespiratória

Os resultados abaixo mostram o conhecimento que os enfermeiros apresentaram no manuseio do desfibrilador externo automático (DEA), com os ritmos cardíacos de PCR e na composição do carrinho de parada.

Os enfermeiros da UTI (85,7) e 50% do PS afirmaram possuir conhecimento para programar e manejar o DEA. O treinamento para manejar o DEA para os enfermeiros do PS foi realizado em maior percentual (25%) pelo SAMU, mas, para a maioria (42,8%) dos enfermeiros da UTI esse treinamento foi oferecido principalmente por profissionais da própria unidade. Entretanto, para 12,5% dos enfermeiros do PS esse treinamento foi realizado pelo Ministério da saúde e por outro profissional, respectivamente, 25% não responderam. Os enfermeiros da UTI (28,5%), afirmaram que o treinamento era oferecido por empresas e 14,2% pelo SAMU.

Ressalta-se que 25% dos enfermeiros do PS, assumiram não conhecer a composição das gavetas do carro de emergência. A maioria (75%) dos enfermeiros do PS e todos (100%) da UTI não responderam essa questão.

Dos enfermeiros do PS, 25% alegaram conhecer os ritmos de PCR, enquanto dos enfermeiros da UTI esse percentual atingiu 42,8%. A falta de conhecimento foi assumida por 25% dos enfermeiros do PS e 14,2% da UTI.

Prioritariamente, os enfermeiros da UTI (71,4%) alegaram que os ritmos de PCR são Assistolia, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular e atividade elétrica sem pulso. Entretanto, não houve consenso dos ritmos de PCR pelos enfermeiros do PS.

Tabela 4 – Distribuição dos enfermeiros de acordo com o conhecimento sobre o desfibrilador externo automático (DEA), ritmos cardíacos de PCR e composição do carrinho de parada. Distrito Federal, 2014.

Características	Grupo pronto socorro (n = 8)		Grupo UTI (n = 7)	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Competência para programar e manejar o DEA	4 (50)	4 (50)	6 (85,7)	1 (14,2)
Realização de treinamento para manipular e programar o DEA	4 (50)	4(50)	6 (85,7)	1 (14,2)
Responsável pelo treinamento do DEA				
SAMU	2 (25,0)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)
Ministério da Saúde	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Outro profissional	1 (12,5)	0 (0)	3 (42,8)	0 (0)
Empresa	0 (0)	0 (0)	2 (28,5)	0 (0)

Não respondeu	2 (25)	2 (25)	1 (14,2)-	0 (0)
Composição das gavetas do carro de emergência				
Conhece	0 (0)	2 (25)	0 (0)	0 (0)
Não conhece	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Não respondeu	6 (75)	0 (0)	7 (100)	0 (0)
Ritmos de PCR				
Conhece	2 (25)	0 (0)	3 (42,8)	0 (0)
Não conhece	2 (25)	0 (0)	1 (14,2)	0 (0)
Não respondeu	4 (50,0)	0 (0)	3 (42,8)	0 (0)
Assistolia, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular e atividade elétrica sem pulso	1 (12,5)	0 (0)	5 (71,4)	0 (0)
Sinusal e sinoatrial	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Assistolia, AESP, TV	1(12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Fibrilação e extrassístole	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
AESP, FA	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TV e FA	0 (0)	0 (0)	1(14,2)	0 (0)
TV sem pulso, FV, AESP e bradiarritmia	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
PCR – parada cardiorrespiratória; AESP – atividade elétrica sem pulso; FA – fibrilação atrial; TV – taquicardia ventricular; FV – fibrilação ventricular; DEA – desfibrilador externo automático				

A tabela abaixo mostra os ritmos cardíacos tratados com desfibrilação, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva. No Pronto Socorro 37,5 % não responderam e 37,5% assumiram taquicardia sinusal; a fibrilação atrial; a fibrilação ventricular e a assistolia como ritmos com necessidade de desfibrilação.

Na Unidade de Terapia intensiva a maioria (71,4%) dos enfermeiros afirmou que a FV e a TV foram os ritmos tratados com desfibrilação e 42,6% alegaram que foram a

fibrilação ventricular; fibrilação ventricular e assistolia; fibrilação ventricular e atividade elétrica sem pulso (AESP).

Tabela 5 – Ritmos tratados com desfibrilação, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.

Ritmos Cardíacos	Grupo PS	Grupo UTI
	(n = 8)	(n=7)
	n (%)	n (%)
Não respondeu	3 (37,5)	0 (0,0)
Não sei	0 (0,0)	1 (14,2)
Taquicardia sinusal	1 (12,5)	0 (0,0)
FV ¹ e TV ⁴	0,0	5 (71,4)
Fibrilação atrial	1 (12,5)	0 (0,0)
Fibrilação ventricular	0 (0,0)	1 (14,2)
Fibrilação ventricular e assistolia	0 (0,0)	1 (14,2)
FV e FA	1 (12,5)	0 (0,0)
Fibrilação e AESP ³	0 (0,0)	1 (14,2)

¹FV-fibrilação ventricular; ²FA-fibrilação atrial; ³AESP-atividade elétrica sem pulso; ⁴TV-taquicardia ventricular

A tabela 6 mostra as dificuldades encontradas durante o atendimento à parada cardiorrespiratória segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva. No Pronto Socorro, 25% indicou a falta de material e de equipe treinada como principais dificuldades durante o atendimento à PCR. E os outros 37,5% alegaram a dificuldade para encontrar um médico e a falta de conhecimento para identificação do ritmo e falta de organização e de pessoal, 12,5% não responderam essa questão.

Para os enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva a maior dificuldade (42,8%) foia falta de material e de equipe treinada, 28,5% alegaram a falta de conhecimento para identificação do ritmo, 14,2% falta de sincronia entre equipe e falta de conduta médica uniformizada. Ainda na UTI 14,2% afirmaram não possuir dificuldade.

Tabela 6 – Dificuldades durante o atendimento à Parada Cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.

Dificuldades	Grupo PS (n = 8)	Grupo UTI (n=7)
	n (%)	n (%)
Não respondeu	1 (12,5)	0 (0)
Encontrar um médico	1 (12,5)	0 (0)
Falta de material e equipe treinada	2 (25,0)	3 (42,8)
Falta de conhecimento para identificação do ritmo	1 (12,5)	2 (28,5)
Falta de sincronia entre equipe e falta de conduta médica uniformizada	0 (0)	1 (14,2)
Falta de organização e pessoal	1 (12,5)	0 (0)
Não possui dificuldades	0 (0)	1 (14,2)

A tabela abaixo mostra os cuidados que devem ser prestados após a ocorrência de uma PCR, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva.

No Pronto Socorro a maioria dos enfermeiros (37,5%) não responderam sobre os cuidados prestados pós-parada cardiorrespiratória, 12,5 % alegaram como cuidados pós-PCR a monitorização rigorosa, manutenção do ritmo cardíaco, respiração e hemodinâmica, monitorização rigorosa, correção da causa, aquecimento, drogas vasoativas e avaliação da função renal, manutenção das vias aéreas, observar o ritmo cardíaco, manutenção da pressão arterial, níveis gasométricos e posição de Fowler e fixação da cânula oro-traqueal, instalar respirador, manutenção do conforto do paciente e evolução de enfermagem, respectivamente.

Enquanto, na Unidade de Terapia Intensiva 14,2% afirmaram que deve ser feito monitorização rigorosa e hipotermia terapêutica, corrigir aspectos hemodinâmicos, evitar hipóxia e corrigir a causa, respectivamente, 42,6% alegou a necessidade de administração rigorosa de medicamentos, monitorização e manutenção da via aérea para ventilação; monitorização da pressão arterial e hipotermia, checagem do posicionamento da cânula orotraqueal, investigação da causa, encaminhamento à UTI e promoção de uma ventilação adequada, respectivamente.

Tabela 7 – Cuidados prestados após a parada cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.

Características	Grupo PS	Grupo UTI
	(n = 8)	(n=7)
	n (%)	n (%)
Não respondeu	3 (37,5)	
Monitorização rigorosa	1(12,5)	2 (28,5)
Hipotermia terapêutica, corrigir aspectos hemodinâmicos, evitar hipóxia e corrigir a causa	0 (0)	2 (28,5)
Rigorosa administração de medicamentos, monitorização e manter via aérea para ventilação	0 (0)	1 (14,2)
Monitoramento e pressão arterial	0 (0)	1 (14,2)
Hipotermia, checar posicionamento da cânula orotraqueal, investigar a causa, encaminhar à UTI e ventilação adequada	0 (0)	1 (14,2)
Manutenção do ritmo cardíaco, respiração e hemodinâmica	1 (12,5)	0 (0)
Monitorização rigorosa, correção da causa, aquecimento, drogas vasoativas e avaliação da função renal	1 (12,5)	0 (0)
Manutenção das vias aéreas, observar o ritmo cardíaco, manter pressão arterial, níveis gasométricos, posição de Fowler	1 (12,5)	0 (0)
Fixar cânula oro-traqueal, instalar respirador, deixar o paciente confortável, evolução de enfermagem	1 (12,5)	0 (0)

Os resultados da tabela 8 mostram os medicamentos que fazem parte do protocolo de atendimento à PCR, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva.

No setor do Pronto Socorro 12,5% dos enfermeiros afirmaram que os medicamentos que fazem parte do protocolo de atendimento à PCR são a adrenalina, atropina, xilocaína, noradrenalina, dobutamina e amiodarona; adrenalina, atropina e sedação; adrenalina, atropina, amiodarona, noradrenalina, lidocaína, dopamina e dobutamina; a

adrenalina e amiodarona; a adrenalina, atropina, bicarbonato de sódio e carbonato de cálcio e adrenalina, atropina, bicarbonato de sódio e a xilocaína respectivamente. O percentual de 12,5% dos enfermeiros não responderam e 12,5% assumiram desconhecer esses medicamentos.

Na Unidade de Terapia Intensiva a maioria (28,5%) dos enfermeiros indicaram a adrenalina, atropina e amiodarona como os medicamentos que fazem parte do protocolo de atendimento à PCR. 14,2% afirmaram ser a adrenalina, vasopressina e bicarbonato. Esse mesmo percentual de profissionais alegaram que a adrenalina, atropina e bicarbonato; a adrenalina, atropina, dobutamina e amiodarona e a adrenalina, amiodarona e vasopressina, respectivamente.

Tabela 8 – Medicamentos que fazem parte do protocolo de atendimento à Parada Cardiorrespiratória, segundo os enfermeiros do Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva. Distrito Federal, 2014.

Medicamentos	Grupo PS	Grupo UTI
	(n = 8)	(n=7)
	n (%)	n (%)
Não respondeu	1 (12,5)	0 (0,0)
Não sabe	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, atropina e amiodarona	0 (0,0)	2 (28,5)
Adrenalina, vasopressina e bicarbonato	0 (0,0)	1(14,2)
Adrenalina, dobutamina e dopamina	0 (0,0)	1 (14,2)
Adrenalina, atropina e bicarbonato	0 (0,0)	1 (14,2)
Adrenalina, atropina, xilocaína, noradrenalina, dobutamina e amiodarona	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, atropina, sedação	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, amiodarona	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, atropina, amiodarona, noradrenalina, lidocaína, dopamina e dobutamina	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, atropina, dobutamina e amiodarona	0 (0,0)	1 (14,2)

Adrenalina, bicarbonato de carbonato de cálcio	atropina, de sódio e	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, bicarbonato de xilocaína	atropina, de sódio e	1 (12,5)	0 (0,0)
Adrenalina, vasopressina	amiodarona,	0 (0,0)	1 (14,2)

6. DISCUSSÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma situação de extrema emergência, devido a sua rápida progressão, exigindo mais conhecimento e qualificação dos profissionais para seu atendimento (AHA, 2010; SANTOS; RODRIGUES, 2011).

Dada a gravidade da PCR e a complexidade na sua abordagem, nos últimos cinquenta anos estão sendo desenvolvidos e aprimorados princípios rigorosos padronizados ao seu atendimento. Ressalta-se ainda a importância técnica e científica dos profissionais, além da necessidade de protocolos de atendimento, para estabelecimento de padronização das ações a serem seguidas, como forma de facilitar a abordagem terapêutica. (SILVA; PADILHA, 2001; SANTOS; RODRIGUES, 2011).

Os profissionais de enfermagem que estão muito próximos aos pacientes, são frequentemente os primeiros a identificarem os sinais de uma PCR. Neste cenário, torna-se essencial o aprimoramento da equipe a partir de treinamentos e educação permanente, para o sucesso das ações a serem desenvolvidas (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Santos e Rodrigues (2011), realizaram um estudo com os enfermeiros do Pronto Socorro e da Unidade de Terapia Intensiva para avaliação de conhecimento. Nesse estudo, constatou-se que uma parcela significativa da amostra foi constituída por jovens do sexo feminino, realidade similar à deste estudo. Ratificando tal realidade, outras evidências identificaram uma média de idade entre 30 e 37 anos, com predomínio também do sexo feminino. (SANTOS; RODRIGUES, 2010; ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2013; SOUZA; OLIVEIRA, 2011).

Um estudo realizado em um Hospital Público de Minas Gerais identificou que entre 50 enfermeiros, 76% possuíam pós-graduação *lato sensu* e destes, 38% fizeram cursos relacionados ao atendimento às Emergências. Os resultados obtidos neste estudo mostraram-se proporcional ao estudo citado (CUNHA, et al., 2013). Em que pese tal ocorrência, genericamente o curso de pós-graduação com maior demanda pelos enfermeiros deste estudo foi o de Docência em Ensino Superior.

Evidência científica constatou que 40% dos enfermeiros atuavam na área de Enfermagem entre 1 a 5 anos e 47% entre 6 a 10 anos. (SANTOS; RODRIGUES, 2010). No estudo de Araújo et al (2006) a média do tempo de atuação na área de enfermagem pelos enfermeiros (45%) permaneceu entre 3 e 9 anos, 36% entre 10 e 16 anos e 19%, mais de 17 anos na profissão. (ARAÚJO et al.,2006). Os percentuais encontrados neste estudo

mostraram proximidade entre as médias obtidas nos estudos citados acima, prevalecendo como tempo de atuação dos enfermeiros o período compreendido entre 5 e 10 anos.

Constantemente os profissionais de enfermagem presenciam situações de risco como a PCR, e cabe a eles iniciar o suporte básico de vida (SBV) até que haja uma equipe qualificada para o atendimento. Deve ser reconhecido que esse processo, desde que adequado, contribui para o sucesso do atendimento e aumenta a chance de sobrevivência do paciente (BERTOGLIO et al., 2008). Sendo assim, é compulsório que os enfermeiros saibam reconhecer os sinais de uma PCR e como realizar o SBV.

Um Estudo com enfermeiros em São Paulo evidenciou que somente 38% afirmaram possuir conhecimento sobre o SBV ou SAV, 19% não tinham conhecimento e a maioria (43%) não responderam a questão. (SANTOS; RODRIGUES, 2011). Nesse mesmo estudo, quando questionados em relação ao conhecimento sobre o protocolo desenvolvido pela Associação Americana de Cardiologia (AHA) do ano de 2010 (em vigência), 68,75% afirmaram possuir conhecimento e 31,25% mencionaram desconhecimento sobre o item (SANTOS; RODRIGUES, 2011). Enquanto neste estudo, 100% dos enfermeiros da UTI e 62,8% do PS, ou seja, a grande maioria dos enfermeiros entrevistados relatou conhecimento sobre as diretrizes da AHA.

Um estudo realizado com enfermeiros em uma UTI de um hospital em Santa Catarina mostrou que no item conhecimento relacionado à identificação de uma PCR, a maioria (61,5%), deixou de citar a variável inconsciência. Somente os enfermeiros com mais de dois anos de atuação em UTI responderam corretamente. (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006). Outro estudo realizado com 20 enfermeiros em São Paulo, demonstrou que todos os enfermeiros identificaram a PCR a partir apenas da ausência de movimentos respiratórios (SOUZA; OLIVEIRA, 2011). Também relacionado à identificação da PCR, um estudo com enfermeiros em Minas Gerais identificou que quando questionados acerca dos sinais de PCR, 33,3% dos enfermeiros reconheceram esses sinais e 60% reconheciam apenas alguns deles. (MENEZES et al, 2009). Segundo Oliveira e Muglia (2009) mais de 60% dos enfermeiros de sua pesquisa desconheciam os sinais de uma PCR. Assim como os resultados citados acima, os enfermeiros que foram entrevistados nesta pesquisa demonstraram que muitos não citaram sinais para identificação de PCR.

Os profissionais que fazem parte da emergência necessitam de uma capacitação para adquirirem condições para desempenhar de forma adequada a assistência aos pacientes. Alguns estudos demonstraram que há carência de treinamento para profissionais dessa área

(ARAÚJO et al, 2012; CUNHA; PEREIRA; TONETO, 2012). Um estudo realizado por Souza e Oliveira (2012) demonstrou que de 20 enfermeiros entrevistados, apenas oito haviam recebido treinamento. Enquanto, neste estudo a maioria dos profissionais da UTI e metade do PS recebeu algum tipo de treinamento. Segundo Hamilton (2004), há falta treinamento e de conhecimento por parte de muitos profissionais para atendimento a vítimas de PCR. O processo educativo e os treinamentos são elementos essenciais para inclusão permanente dos profissionais e acadêmicos de enfermagem no processo ensino-aprendizagem em RCP. Apenas dessa forma, será possível contribuir para melhores possibilidades de sobrevivência e diminuição das sequelas (MENEZES et al, 2009). O treinamento corretivo deve ser fornecido sempre que necessário e os recursos de treinamento para ressuscitação devem ser disponibilizados na unidade, com a finalidade de permitir o autoestudo e a prática para evitar ou minimizar a deterioração de conhecimento entre as atualizações (HAMILTON, 2004).

A identificação do ritmo e o histórico clínico do paciente permitem uma conduta sem perda de tempo, visto que se fazem necessárias ações rápidas (FILGUEIRAS FILHO et al., 2006). Segundo o estudo de Menezes et al (2009) quando questionados sobre os diagnósticos eletrocardiográficos das quatro modalidades de parada cardíaca, fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular (TV), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia que conduzem ao procedimento de RCP, foi verificado que 33,3% dos enfermeiros não souberam reconhecê-los. No estudo realizado por Oliveto e Magalia (2009) com enfermeiros em unidades de Pronto Socorro, mais de 80% dos enfermeiros não reconheceram os padrões de ritmos da PCR. Outro estudo obteve apenas 12,3% de respostas corretas, 49,3% acertaram parcialmente e 38,4% foram incorretas (ALMEIDA et al., 2011). Neste estudo constatou-se que há carência de conhecimento relacionado à identificação dos ritmos durante a PCR por parte dos enfermeiros. A maioria respondeu de forma incompleta ou citaram ritmos que não são de PCR.

O uso do desfibrilador permite aplicar choques controlados ao paciente, com o objetivo de eliminar o ritmo de FV ou TV (ARAÚJO et al., 2006). Segundo os estudos realizados por Araújo et al (2006) apenas 36% dos enfermeiros entrevistados acertaram qual era o ritmo tratado com desfibrilação. No estudo realizado por Santos e Rodrigues (2011) foi possível constatar que 59% dos enfermeiros mencionaram a fibrilação ventricular e 27% a fibrilação atrial como ritmos chocáveis. Os demais referiram a assistolia e a taquicardia ventricular com pulso. Neste estudo constatou-se que a maioria dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva alegaram possuir conhecimento dos ritmos que são tratados com

desfibrilação. Entretanto, no Pronto Socorro nenhum dos enfermeiros entrevistados respondeu de forma correta essa questão. A identificação do ritmo é essencial para que os enfermeiros possam oferecer ao paciente uma assistência imediata e um melhor prognóstico. (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006). Quanto mais rápida for a desfibrilação, melhores serão os resultados sem maiores consequências aumentando a chance de recuperação (HIGA et al., 2008).

Estudo desenvolvido por Kaye et al (1995), mostrou que dos enfermeiros que realizaram treinamento para manusear o desfibrilador externo automático (DEA), 99% souberam manuseá-lo após treinamento. Entretanto, esse conhecimento foi se perdendo ao longo do tempo e em um período entre 7 a 9 meses após o treinamento, de 99% apenas 89% dos enfermeiros haviam realmente retido tal conhecimento. Segundo o autor citado, treinamentos devem ser oferecidos permanentemente para os funcionários, especialmente àqueles que participam do atendimento de uma parada cardíaca, com a finalidade de garantir rápida desfibrilação assegurando mais chance de sobrevivida ao paciente (HAMILTON, 2004).

Um estudo realizado em um Hospital público em Minas Gerais sinalizou que a média de acertos (73,54%) relacionada à questão das medicações utilizadas em PCR, foi satisfatória. (CUNHA; PEREIRA; TONETO, 2013). Segundo o estudo de Souza e Oliveira (2011) as drogas que os enfermeiros elencaram como utilizadas durante uma RCP eram majoritariamente a adrenalina e a atropina e uma minoria respondeu que era adrenalina e lidocaína. Realidade semelhante foi encontrada neste estudo, considerando que não houve consenso entre as respostas. Segundo os novos protocolos de medicação a atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento de AESP/assistolia e foi retirada do algoritmo de SAVC para PCR (AHA, 2010). Vários estudos foram realizados e as evidências disponíveis sugeriram ser improvável que a atropina produza benefícios terapêuticos durante a atividade elétrica sem pulso e assistolia (AHA, 2010). A falta de conhecimento sobre os medicamentos e os equipamentos do carrinho de emergência, constantemente faz com que haja desperdício de tempo durante a ressuscitação, aspecto precioso em situação de PCR (DAVID et al., 2006).

7. CONCLUSÃO

Concluiu-se a partir dos relatos dos profissionais que há carência de conhecimento sobre o atendimento de pacientes em caso de morte súbita cardíaca, assim como da implementação de protocolos assistenciais nas UTIs e PS, fato que limita as condutas a serem tomadas no processo de assistência ao paciente institucionalizado em parada cardiorrespiratória.

O conhecimento dos enfermeiros da UTI e PS, apesar do acesso a informação digital livre do século XXI, ainda apresenta deficiências para implementação de estratégias institucionais que subsidiem esses profissionais para uma atuação segura e de qualidade, principalmente no que se refere à terapêutica medicamentosa indicada para o atendimento ao paciente em condição de PCR, bem como da logística estrutural e de planejamento de um carro de emergência.

Há carência de um programa de capacitação permanente nas instituições de saúde, o que se reflete na falta de um conhecimento robusto para um cuidado seguro.

8. CONQUISTA DO ESTUDO

Apresentação em congresso.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE 2010**. Guideline CPR ECC 2010.

AL-KHATIB S. M., et al. Performance measures to promote quality improvement in sudden cardiac arrest prevention and treatment. **Am Heart J**. v. 65 p. 862-8. 2013

ARAÚJO K. A.; et al. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Rev Inst Cienc Saúde**. V.26.n. 2, p. 183-90. 2008.

ARAÚJO L. P.; et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v. 18, n. 32, dez.2012.

AGARWA L, S., et al. Comparing the Utility of a Standard Pediatric Resuscitation Cart With a Pediatric Resuscitation Cart Based on the Broselow Tape: A Randomized, Controlled, Crossover Trial Involving Simulated Resuscitation Scenarios. **PEDIATRICS** V. 116 ° 3 01 de setembro de 2005.

ALMEIDA A O; et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento a urgência e emergência. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. São Paulo. Marco- Abril.19(2). 2011

BELLAN, M. C., et al. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev. bras. enferm.**[online]. v.63, n.6.2010

BETOGLIO, V. M.; et al. Tempo decorrido do Treinamento em Parada Cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de Enfermeiros. **GauchaEnferm.**,Porto Alegre (RS), set; 29 v.3 p.454-460. 2008

CARLOS V. S. J. R.; TIMERMAN A.; ESTEFANINI E. **Tratado de cardiologia** SOCESP 2ª ed. – Barueri, SP: Manoele, 2009.

Comissão Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória.Sociedade Brasileira de Cardiologia (FUNCOR). Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. **Arq Bras Cardiol**.v.66 n.(6) p.375-402.1996

CUNHA C. M.; TONETO MAP; SILVA EBS. Conhecimento teórico dos enfermeiros de hospital público sobre reanimação cardiopulmonar. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 5, p. 1395-1402, Sept./Oct. 2013.

DAVID A. G.; et al. Development of an indigenous pediatric crash cart based on the ABC of resuscitation.**Tropical Doctor**. October.v.36 p. 216–217.2006

- FERNANDES, A. P.; et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo *Utstein*. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, P.757-63.2010
- FILGUEIRAS FILHO, N. M.; et al. Avaliação do Conhecimento Geral de Médicos Emergenciais de Hospitais de Salvador -Bahia sobre o Atendimento de Vítimas com Parada Cardiorrespiratória. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 5, p. 634-640, ago. 2006.
- GILMAN J. K., JALAL S., NACCARELLI G. V.; Predicting and preventing sudden death from cardiac causes. **Circulation**. v. 90 p. 1083-92.1994
- HAMILTON R. Nurses' knowledge and skill retention following cardiopulmonary resuscitation..**Journal of Advanced Nursing** v. 51 n.3, p. 288–297.2005
- HIGA, E. M. S. et al. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. **Medicina de urgência**. 2. ed. Barueri-SP Manole, 2008.
- Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 3.p.228-37.2010
- KONG M. H., et al. Systematic review of the incidence of sudden cardiac death in the United States. **J Am CollCardiol** .v.57, p. 794-801.2011
- LYRA, P. F., et al. Programa de educação em reanimação cardiorrespiratória: ensinando a salvar vidas. **Rev. bras. educ. med.** [online].v.36, n.4, pp. 570-573.2012
- MARTINS, H. S. et al. Emergências Clínicas: abordagem prática. – 8. Ed. **rev. E atual**. – Barueri, SP: Manole, 2013.
- MCNALLY B., et al. **Out-of-hospital cardiac arrest surveillance** – Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival (CARES), United States, October 1, 2005–December 31, 2011. Centers for Disease Control and Prevention, Morbidity and Mortality weekly report.July v. 29 n. 60 p. 1–19.2011
- MENEZES, M. G. B.; et al. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobreatendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui / MG. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, v.1, n.1, p., 293-307, out. 2009
- NICHOL G., et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. **JAMA**; v. 300 p. 1423-31.2008
- OLIVETTO A. A.; MUGLIA A. I. E. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar em unidades de pronto atendimento. São Paulo, 2009.
- PAZIN FILHO A., et al. Parada cardiorrespiratória (PCR). **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 163-178, abr./dez. 2003.

- QUILICE, A. P. et al. **Enfermagem em Cardiologia** .São Paulo, 2009.
- ROGER V. L., et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**. v. 125, p. 2-220.2012
- ROUQUAYROL, M. .Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 2003.
- SANTOS AO; RODRIGUES LS. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre o atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória. São Paulo: **Revista Recien.**; v. 1 n. 1 p. 25-29.2011
- SASSON C., et al. Examining the contextual effects of neighborhood on out-of-hospital cardiac arrest and the provision of bystander cardiopulmonary resuscitation. **Resuscitation**; v.82 p. 674-9.2011
- SILVA, SC.; PADILHA, KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **RevEscEnferm**, São Paulo, v. 35, n. 4. p.360-365.2001
- SOUZA JCS; OLIVEIRA VLM. Conhecimento dos profissionais de enfermagem no atendimento algoritmo em reanimação cardiopulmonar na unidade de internação (UI) adulta. **Anuário da produção de iniciação científica discente**. São Paulo. v.14; 27; p.319-345.2011
- TIMERMAN, S. et al. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança
- VANHEUSDEN L.M.S., et al. Conceito fase-dependente na Ressuscitação Cardiopulmonar. **Rev. da SOCERJ**.v. 20, n. 1, 2007.
- VIEIRA, S.R.R.; TIMMERMAN, A. Consenso Nacional de Ressuscitação cardiorrespiratória. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v. 66, nº 6, 1996.
- YURI, NE., TRONCHIN, DMR. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. **Ver Esc Enferm USP**, v. 44 n. 2 p. 331-8. 2010
- ZANINI, J.; NASCIMENTO, ER.P.; BARRA, DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 18, n. 2. P.143-147.2006
- ZIPES D.P, WELLENS H.J.**Sudden cardiac death**. Circulation. v. 98 p. 2334-51.1998

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Unidade: PS UTI

1. Enfermeiro: Assistencial Chefe Outro _____

2. Sexo: F M

3. Idade: _____ anos.

Local de formação(graduação): _____

Possui curso de pós graduação? Qual? _____

Tempo de formado? _____

Trabalha em UTI há quanto tempo? _____

4. Tempo de trabalho nesta Unidade: _____.

5. Já realizou algum curso/treinamento/capacitação para o atendimento a PCR a partir de 2010?

Sim. Não

6. Durante a graduação/formação, realizou alguma disciplina obrigatória que tratasse do atendimento a PCR com base nas diretrizes internacionais, como as publicadas pela American Heart Association (AHA)?

Sim. Qual? _____. Não

7. Conhece as novas diretrizes da AHA publicadas em 2010 que trazem novos conceitos e práticas ao atendimento da PCR?

Sim. Não

8. A equipe já tem distribuído a função de cada um durante uma PCR?

Sim Não

9. Você sabe identificar os sinais de uma PCR? Quais são?

10. Quais os medicamentos fazem parte do protocolo de atendimento da PCR?
?

11. Você sabe utilizar o DEA para iniciar o atendimento da PCR na ausência do médico?

Sim Não

Recebeu treinamento? sim não

O treinamento foi oferecido por:

empresa outro profissional outro. Qual? _____

12. Conhece todos os equipamentos e gavetas do carrinho de parada? Quais são?

13. Você sabe identificar os ritmos cardíacos que podem aparecer no monitor durante uma PCR? Quais são?

14. Quais ritmos cardíacos podem ser tratados como a desfibrilação?

15. Quais as principais dificuldades que a equipe encontra durante o atendimento a PCR?

16. Quais são os cuidados que devem ser prestados pós-parada?

ANEXO A (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: **conhecimento dos profissionais de enfermagem da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre o atendimento de pacientes em morte súbita cardíaca**. O objetivo desta pesquisa é: Verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre a morte súbita cardíaca/parada cardiorrespiratória.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

As informações necessárias serão obtidas através da aplicação de um questionário com perguntas semi-estruturadas durante o período de 30 minutos. Estes dados serão registrados em um questionário que será preenchido pelo pesquisador. Informamos que o(a) Senhor(a) poderá recusar a participação a qualquer momento ou diante de qualquer situação que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição (Hospital Regional de Ceilândia), podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof^aDr(a) Marcia Cristina da Silva Magro por meio do telefone (61)8269-0888 ou na Universidade de Brasília telefone (61)3107-8418, no horário comercial.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

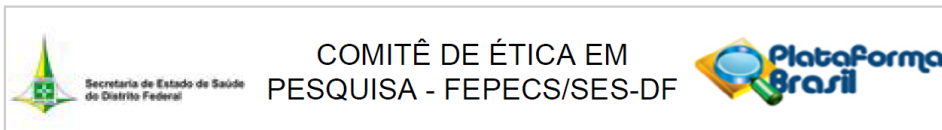
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO B (CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PRONTO SOCORRO SOBRE O ATENDIMENTO DE PACIENTES EM MORTE SUBÍTA CARDÍACA

Pesquisador: Marcia Cristina da Silva Magro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23198813.8.0000.5553

Instituição Proponente: Hospital Regional de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 459.780

Data da Relatoria: 18/11/2013

Apresentação do Projeto:

A morte súbita é definida como uma interrupção abrupta, inesperada e irreversível de todas as funções biológicas, com ou sem sintomas premonitórios. No Brasil, estima-se anualmente 300 mil vítimas de morte súbita, superando todas as mortes por síndrome de imunodeficiência adquirida, câncer de mama e pulmão e acidente vascular cerebral.

O papel do enfermeiro intensivista é vital nos esforços para reanimação de um paciente. Considera-se que este profissional com frequência realiza a avaliação inicial do paciente, inicia as manobras de RCP e aciona a equipe. Neste segmento, o profissional de enfermagem deve estar apto a reconhecer um paciente em parada cardiorrespiratória ou prestes a desenvolvê-la, considerando ser este episódio a mais grave emergência clínica.

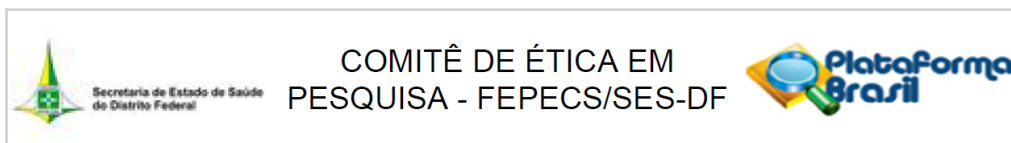
Nesse contexto, o Serviço de Enfermagem, parte integrante de instituições de saúde enfrenta o enorme desafio de garantir a qualidade assistencial, atender às necessidades e demandas dos clientes, internos e externos, de maneira eficiente e eficaz.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

- Verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e pronto

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 459.780

socorro sobre a morte súbita cardíaca.

Específicos:

- Identificar se o enfermeiro da unidade de terapia intensiva e do pronto socorro está capacitado para atender pacientes em morte súbita cardíaca.
- Analisar se o enfermeiro tem conhecimento dos medicamentos que devem ser utilizados em caso de morte súbita cardíaca.
- Verificar o conhecimento do enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro sobre a composição do carrinho de parada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram identificados. Os benefícios foram apresentados onde se espera analisar o conhecimento teórico dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e pronto socorro sobre a morte súbita cardíaca, a fim de identificar as dificuldades e limitações neste campo de atuação e favorecer o estabelecimento de estratégias seguras para o paciente e para o profissional superam os riscos. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional transversal e quantitativo. A pesquisa será realizada com 20 enfermeiros da na Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Socorro do HRC/SES/DF, com início em dezembro/2013.

Para a coleta de dados será utilizado um questionário semi-estruturado com questões que incluem o perfil sócio-demográfico, nível de formação (especialização, mestrado, doutorado), existência e tempo de treinamento no atendimento a vítimas de PCR/morte súbita.

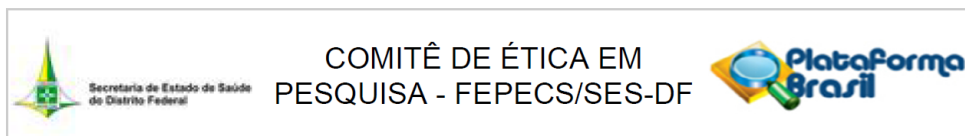
Os resultados serão expressos em média, desvio padrão, mediana (percentil 25-75) Nas comparações de proporções serão utilizados os testes de qui-quadrado de Pearson (χ^2) e exato de Fisher quando indicado, ao nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa terá início após a aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Coordenação Geral de Saúde do Hospital Regional do Ceilândia/SES/DF.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 459.780

Termo de Concordância: Apresentados. Documentos assinados pelas Chefias Médica e de Enfermagem da UTI e do Pronto Socorro do HRC/SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório final ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 18 de Novembro de 2013

Assinador por:
luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com