



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE ENFERMAGEM

DAYANNE CRISTHINA DE JESUS MENDONÇA

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO SOBRE  
PARADA CARDIOPULMONAR.

Ceilândia-DF

2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE ENFERMAGEM

DAYANNE CRISTHINA DE JESUS MENDONÇA

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO SOBRE  
PARADA CARDIOPULMONAR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de  
Ceilândia/Universidade de Brasília como requisito  
parcial para obtenção de grau de bacharel em  
Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra Paula Regina de Souza  
Hermann

Ceilândia-DF

2018

## CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO SOBRE PARADA CARDIOPULMONAR.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A parada cardiopulmonar (PCP) é a interrupção do bombeado sanguíneo e da efetividade das trocas gasosas em um paciente que se encontra inconsciente. Considerada uma emergência extrema, a PCP pode gerar sequelas, quando não adotadas as medidas ideais para reestabelecer os níveis de oxigenação e fluxo sanguíneo. **OBJETIVO:** Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem do centro cirúrgico sobre parada cardiopulmonar no adulto. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal. Para a coleta de dados utilizou-se questionário, escala de autoconfiança em intervenções de emergência. Foram calculadas as frequências relativa e absoluta, média, mediana e desvio padrão. **RESULTADOS:** Dos 26 profissionais, 04 (15,4%) enfermeiros e 22 (84,6%) técnicos em enfermagem, com tempo médio de atuação de 7 ( $\pm 7,8$ ) anos. Houve predomínio do sexo feminino e formação em instituição de ensino privada do DF. Todos reconhecem os sinais de parada cardiopulmonar, porém não se sentem capazes de realizar as manobras de reanimação. Maioria sabe sobre as manobras de compressão e ventilação. A dimensão que possui menor nível de confiança foi a neurológica nos aspectos de reconhecimento de sinais e sintomas, capacidade de intervenção e avaliação da eficácia de intervenção. **CONCLUSÃO:** O conhecimento em PCP e Ressuscitação Cardiopulmonar foi baixo, os profissionais são confiantes para atendimento a emergência e o carrinho de emergência é incompleto e sem rotina de verificação.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Parada Cardíaca, Centro Cirúrgico.

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO SOBRE  
PARADA CARDIOPULMONAR.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Cardiopulmonary arrest (CA) is the interruption of blood pumping and the effectiveness of gas exchange in a patient who is unconscious. Considered an extreme emergency, CA can generate sequelae, when not adopted the ideal measures to reestablish oxygenation levels and blood flow. **OBJECTIVE:** To identify the nursing team knowledge of the surgical center about cardiopulmonary arrest in adults. **METHOD:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach performed at the surgical center of a public hospital in the Federal District. Data were collected using a questionnaire, self-confidence scale for emergency interventions. the relative, absolute, mean, median and standard deviation frequencies were calculated. **RESULTS:** Of the 26 professionals, 4 (15.4%) nurses and 22 (84.6%) nursing technicians, with a mean duration of 7 ( $\pm$  7.8) years, female predominance and private school of the DF. Everyone recognizes cardiopulmonary arrest signs, but they do not feel capable of performing resuscitation maneuvers. Most know about compression and ventilation maneuvers. The dimension that has the lowest level of confidence was the neurological dimension in the aspects of recognition of signs and symptoms, intervention capacity and evaluation of intervention effectiveness. **CONCLUSION:** Knowledge in CA and CPR was low, professionals are confident for emergency care and the emergency cart is incomplete and without routine verification.

**Keywords:** Nursing, Cardiorespiratory arrest, Surgery Center.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por ter me abençoado durante toda a vida, inclusive durante a graduação e me acompanhado para alcançar minhas conquistas e meus objetivos. Me dando força, paciência, fé, perseverança e muitos outros sentimentos que me permitiram um crescimento pessoal e profissional e me tornar quem eu sou hoje.

Agradeço pelo apoio e carinho da minha família e amigos, que foram fundamentais para dividir minhas alegrias e angústias durante a formação. Mas em especial dos meus pais José Bonifácio Lima Mendonça e Adriana de Jesus Lopes que sempre acreditaram em mim e me deram todo o apoio para seguir em frente. Pessoas que são essenciais na minha vida e sempre estão presentes em todos os principais momentos, esses são os professores da vida e serei eternamente grata por tudo.

Aos meus colegas de graduação pelo companheirismo e empatia diante das dificuldades e muitas alegrias que compartilhamos durante esse período de constante aprendizado. Foi um prazer ter conhecido todos e agradeço pelo destino que cruzou nossas vidas.

Sou grata à Universidade de Brasília, principalmente a Faculdade de Ceilândia, por ter aberto meus horizontes e proporcionado um mundo de oportunidades e de experiências que jamais serão esquecidas. Agradeço aos professores pela formação que me foi oferecida, e a minha orientadora Paula Regina pela oportunidade de trabalharmos juntas para a produção desse trabalho.

## SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivo específico.....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
3.1 Parada Cardiopulmonar.....	12
3.2 Ressuscitação Cardiopulmonar.....	12
3.3 Suporte Básico de Vida em adultos.....	13
3.3.1 Identificação.....	13
3.3.2 Compressões torácicas de alta qualidade.....	13
3.3.3 Ventilações.....	14
3.3.4 Desfibrilação precoce.....	14
3.3.4.1 Desfibrilador externo automático.....	15
3.4 Suporte Avançado de Vida em adultos.....	16
3.5 Cuidados pós Parada Cardiopulmonar.....	17
3.6 Julgamento de não ressuscitação.....	17
3.7 Cadeias de sobrevivência.....	17
3.8 Centro Cirúrgico.....	18
3.9 Assistência multiprofissional.....	19
3.10 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	19
3.11 Carro para atendimento de emergência.....	20
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Local de estudo.....	21
4.3 Amostra.....	21
4.4 Considerações éticas.....	21
4.5 Protocolo de coleta de dados.....	21
4.6 Análise dos dados.....	22
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>

**6 DISCUSSÃO..... 31**

**7 CONCLUSÃO..... 36**

**8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 37**

**ANEXO 1**-Termo de consentimento livre e esclarecido.

**APÊNDICE 1** - Questionário aplicado aos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico.





## 1 INTRODUÇÃO

No mundo, as patologias relacionadas ao sistema cardiovascular possuem relação direta com o aumento demográfico, envelhecimento, desenvolvimento econômico e mudanças epidemiológicas. Baseado nessas informações o sistema de saúde precisa ter uma compreensão do impacto real dessas patologias e seus determinantes (RIBEIRO et al, 2012).

Doenças cardíacas em fases de complicação e com assistência ineficaz, elevam o nível de complexidade, gerando problemas sérios e fatais como a parada cardiopulmonar (PCP) (DASILVA et al, 2015). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças isquêmicas do coração estão entre as 10 principais enfermidades fatais no mundo com sete milhões de mortes por PCP. A PCP é a interrupção do bombeado sanguíneo e da efetividade das trocas gasosas em um paciente que se encontra inconsciente. As funções do sistema cardiopulmonar são mitigadas, gerando um débito cardíaco insuficiente para manutenção fisiológica do organismo, com prejuízo das funções cardíacas, pulmonares e cerebral (AHA, 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Considerada uma emergência extrema, a PCP pode gerar sequelas, quando não adotadas as medidas ideais para reestabelecer os níveis de oxigenação e fluxo sanguíneo. (DIAS et al, 2006). As emergências necessitam de ações eficazes com o menor tempo possível para sua aplicação, o tempo é fundamental para o prognóstico, afetando a duração entre a vida e a morte (GONZALEZ et al, 2013).

Entende-se como assistência pré-hospitalar todo atendimento realizado fora do ambiente hospitalar. Podendo ser uma assistência simples, como uma orientação até um acionamento do suporte básico ou avançado de vida por profissionais que fazem o atendimento pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), com a função de resguardar a vida e minimizar as sequelas. (MINAYO & DESLANDES, 2008). O ambiente hospitalar é a referência para a população em geral no cuidado e atendimento as necessidades de saúde dos indivíduos, logo em situações de parada cardiopulmonar, esse local é o que deve estar munido de recursos humanos, material e infraestrutura para prestar o melhor atendimento em PCP (DA SILVA et al, 2016; GUILHERME et al, 2016).

A enfermagem representa, muitas vezes, a maior parte da equipe no atendimento à PCP pré-hospitalar. Para realizar o atendimento, são imprescindíveis a organização, o equilíbrio emocional, o conhecimento teórico-prático da equipe e distribuição eficaz das funções de cada profissional. É preciso ainda, ter o conhecimento científico e habilidade, transmitindo

segurança à equipe e atuando de forma objetiva e sincronizada. Esses aspectos só podem ser desenvolvidos e aperfeiçoados mediante estudos e educação permanente, garantindo um atendimento de qualidade (FREITAS & FÁTIMA, 2009).

A definição de protocolos de atendimento, desenvolvidos para cada situação específica de emergência, é importante para a otimização dos procedimentos. Estes protocolos devem ser organizados de forma a garantir avaliação rápida e prontidão no início das intervenções necessárias, diminuindo o tempo de atendimento, garantindo eficiência e maior eficácia na assistência (THOMAZ & LIMA, 2000).

Os estudos acerca do atendimento à PCP visam aprimorar o conhecimento e melhor qualificar profissionais para esse atendimento. Como resultado tem-se os *guideline* da *American Heart Association* (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Fundamental para os profissionais da área da saúde, inclusive os que atuam no Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico (CC) é um ambiente em que é fundamental a equipe de enfermagem na assistência, constitui um local complexo devido aos equipamentos e tecnologias disponíveis, da variabilidade dos procedimentos e especialmente pelo risco de morte constante. (SANTOS & RODRIGUES, 2011). É constituído por: sala pré-operatória: recepção e entrevista com paciente; sala de operação, realizado a cirurgia, momento transoperatório do paciente; sala de recuperação pós anestesia (SRPA). Que assiste paciente desde uma cirúrgica eletiva até uma cirurgia de emergência, ou seja, ali estão presentes pacientes com os mais diversos quadros clínicos e a possibilidade de ocorrer uma PCP é alta. (MIRANDA, 2018).

Apesar de artigos como o acima aborda a complexidade presente nesse setor, foram encontrados poucos artigos que relacionam o atendimento a PCP com equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico, portanto considera-se necessário novos estudos para aumentar a visibilidade dessa situação, já que é uma ocorrência de grande importância e que requer conhecimento técnico e científico do enfermeiro e da equipe gerando grandes repercussões no prognóstico do paciente. O fator humano nas ocorrências iatrogênicas no atendimento a PC é relevante, enfatizando a necessidade de investimento em treinamento e atualização. Estudos indicam que quando bem treinado, a sobrevivência em PCP pode dobrar ou até triplicar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Além disso na presença de pelo menos uma pessoa treinada em RCP há melhoria do prognóstico do paciente. (GRANZOTTO et al, 2008).

Diante disso, esse estudo se justifica pela importância de todo profissional de qualquer área da saúde; especialmente de enfermagem que possui o dever de atuar em situações de emergência, nem que seja nas mínimas intervenções possíveis seja dentro ou fora do ambiente hospitalar, visando a sobrevivência e cuidado a saúde do próximo, ter conhecimento do protocolo de suporte básico e avançado de vida para reverter uma parada cardiopulmonar.

Neste contexto, faz-se pertinente investigar o conhecimento da equipe de enfermagem do centro cirúrgico sobre o atendimento a parada cardiopulmonar. Os resultados subsidiaram a discussão e planejamento de estratégias de educação permanente visando a manobras de RCP com qualidade com repercussões na sobrevivência dos pacientes e na segurança do paciente.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral:

- Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem do centro cirúrgico sobre parada cardiopulmonar no adulto.

### .2.2 Objetivos específicos:

- Levantar o perfil sócio demográfico e profissional da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público do DF
- Descrever o conhecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do centro cirúrgico sobre reanimação cardiopulmonar
- Identificar o nível de autoconfiança para intervenção em emergências, dos enfermeiros e técnicos de enfermagem do centro cirúrgico
- Identificar a existência ou não do protocolo do carro de emergência do centro cirúrgico

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Parada Cardiopulmonar

A Parada Cardiopulmonar é a interrupção imediata das trocas gasosas e da circulação sanguínea. E que provoca como resultado alterações hemodinâmicas, submetendo o indivíduo a um perigo real de morte, necessitando o mais rápido possível de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e desfibrilação precoce. (SANTOS & RODRIGUES, 2011).

A PCP continua como um problema de saúde mundial. Avanços no sentido de promoção e prevenção a doenças cardíacas, doenças que colocam o paciente em risco maior para esse evento, estão sendo feitos. Mas apesar dos esforços essa condição continua sendo fatal. De acordo com a Diretrizes de Cardiologia de 2013, ocorrem 200.000 PCP ao ano no território brasileiro, e desse total, 50% acontece no âmbito extra-hospitalar. A PCP pode ser causada por quatro ritmos cardíacos: fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia. Os ritmos cardíacos apresentados por pacientes dentro e fora do ambiente hospitalar são diferentes. No intra-hospitalar os mais frequentes são atividade elétrica sem pulso (AESP) e a assistolia. Já extra-hospitalar são característicos a taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular, pois são em grande parte devidas aos quadros de isquemia aguda e falhas elétricas no coração. (GONZALEZ et al, 2013).

#### 3.2 Ressuscitação Cardiopulmonar

Conduas como a ressuscitação cardiopulmonar, direcionadas para atuar nessas situações de extrema urgência foram elaboradas, com base nas Diretrizes da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR), e estão sendo atualizadas constantemente a partir de novas pesquisas científicas com o objetivo de padronizar as ações e tornar a atuação cada vez mais avançada de forma uniforme e mundial. (AHA, 2015).

O êxito de uma RCP está relacionado a um rápido reconhecimento da PCP, acionamento imediato do serviço de atendimento em urgência e emergência, início das manobras de RCP e a desfibrilação precoce. Toda essa padronização de conduta na assistência ao paciente com PCP, significa o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). (VIEIRA DASILVA et al, 2015).

### 3.3 Suporte Básico de vida em adultos.

O suporte básico de vida pode ser a primeira abordagem ao paciente. São intervenções imediatas após o reconhecimento da PCP (PERGOLA, & ARAUJO, 2009). Elas são feitas sequencialmente de acordo com o mnemônico C- A –B –D, após avaliado a segurança do local para prestar o atendimento. Aonde C significa iniciar as compressões torácicas de alta qualidade. A representa a abertura das vias aéreas. B denomina a ventilação eficaz. D significa desfibrilação, enfatizando o seu uso de forma precoce e em ambiente extra-hospitalar usa-se desfibrilação automática externa (DEA) que pode ser manuseada por qualquer pessoa. (AHA, 2015)

#### 3.3.1 Identificação

Antes de iniciar manobras de RCP, é fundamental certificar a PCP de forma correta. Portanto é necessário verificar se o indivíduo responde ao chamado, visualizando o tórax se o indivíduo realiza o ciclo respiratório e checar pulso central como o carotídeo, 2cm ao lado da traqueia com os dedos indicador e médio, simultaneamente por até 10 segundos. Paciente sem responsividade, ausência respiratória e sem pulso indica parada cardiopulmonar, necessário chamar o atendimento de urgência e emergência mais próximo informando o quadro clínico do paciente e o local em que o mesmo se encontra. Posicionando o paciente dorsalmente em uma superfície rígida pode iniciar as compressões. Importante saber diferenciar a convulsão da respiração em *gaspings*, que é uma respiração ineficaz típica da PCP (AHA, 2015).

#### 3.3.2 Compressões torácicas de alta qualidade

As compressões são efetuadas para que o paciente consiga ter mesmo que mínima, uma circulação para os órgãos vitais. Em princípio o socorrista deve posicionar-se ao lado da vítima com os joelhos em certa distância de forma que gere firmeza e equilíbrio. Se possível abra ou até corte as vestimentas com o intuito de deixar a região torácica descoberta para melhor visualização. Posicione as mãos uma sobre a outra, colocando a região hipotênar de uma das mãos sobre o osso esterno da vítima. Os braços devem ficar estendidos e posicionados a um ângulo de 90 graus acima do paciente. A frequência deve ser de 100 a 120 compressões/minuto com uma profundidade do tórax de 5 centímetros. É de suma importância que o tórax retorne completamente a cada compressão, o socorrista não deverá tirar as mãos e não deve ocorrer interrupções das compressões, devendo trocar quem está efetuando as compressões quando a mesma estiver desqualificada. (AHA, 2015)

Na presença de 2 socorristas, a frequência mudará, será de 30 compressões com 2 ventilações. Intercalando os socorristas entre compressões e ventilações a cada ciclo. Serão 5 ciclos que ao todo ocorreram em períodos de 2 min, e a cada 2 minutos de atendimento verifica-se o retorno da circulação da vítima. (AHA, 2015).

Para adultos em PCPEH, a RCP realizada por socorristas leigos não treinados e treinados apenas em compressão torácica deverão realizar o atendimento apenas compressões torácicas. Já para os socorristas leigos treinados em compressão e ventilação (ventilação de resgate) é importante aplicar tanto a compressão quanto a ventilação para o adulto em PCEH (KLEINMAN et al, 2018).

### 3.3.3 Ventilações

As ventilações são realizadas para que assegure o mínimo de oxigênio na circulação. No suporte básico de vida se tornaram prioridade se na presença da PCP estiverem 2 socorristas. Logo na presença de 2 socorristas, 1 deles deverá realizar a abertura de vias aéreas. Esse procedimento é feito por meio da inclinação da cabeça e elevação do queixo ou elevação do ângulo da mandíbula para pacientes com suspeita de traumatismo crânio encefálico (TCE). Para ventilar um paciente é necessário um dispositivo de barreira como exemplo máscara de bolso ou a bolsa-válvula-mascara (BVM). Para posicionar a BVM de forma correta faz um C com os dedos indicador e polegar de uma das mãos para vedar o ar, os outros 3 dedos são responsáveis por estabilizar a mandíbula e posicionar a outra mão na parte da bolsa. Mantendo pressionada por 1 segundo para verificar a movimentação do tórax, essa oxigenação representa 21%, semelhante ao oxigênio presente no ambiente. (AHA, 2015).

### 3.3.4 Desfibrilação precoce

A desfibrilação significa aplicar uma corrente elétrica no paciente por meio de um desfibrilador, para reverter o ritmo anárquico, essa corrente atravessa o miocárdio forçando uma contração que restabelecerá o ritmo cardíaco sinusal, reestabelecendo a contração e o relaxamento fisiológico do órgão. O equipamento desfibrilador é portátil, possuindo 2 pás que se ligam ao mesmo, as pás deferem o choque na região torácica do paciente exatamente nas regiões infra clavicular direita e precordial esquerda. O procedimento de desfibrilação precisa ser imediato quanto tiver disponível, pois é o tratamento de escolha para paciente em PCP com ritmos chocáveis. No ambiente extra-hospitalar é usado o desfibrilador externo automático (DEA) que pode ser manuseado por qualquer pessoa e no ambiente intra-hospitalar existe os desfibriladores manuais de uso exclusivo dos médicos e a necessidade de uso é interpretada por

meio da leitura do sinal de eletrocardiograma. (GONZALEZ et al, 2013). Os equipamentos conseguem interpretar o ritmo cardíaco, e a depender disso selecionam a energia necessária para o choque (monofásico 360 joules, bifásico 200 joules) (AHA, 2015).

#### 3.3.4.5 Desfibrilador Externo Automático

Os desfibriladores externos automáticos (DEA) também aplicam uma corrente elétrica de alta amplitude no órgão cardíaco para restabelecer o ritmo fisiológico, eles analisam o ritmo que o coração está sem necessidade de interpretação de eletrocardiograma, e definem se o choque será necessário. O DEA pode ser usado por qualquer pessoa independente da formação profissional em ambiente extra-hospitalar e além disso pode ser utilizado em áreas hospitalares onde não existem pessoas capacitadas para realizar o suporte avançado de vida (GONZALEZ et al, 2013).

De acordo com o Lei Distrital 3.585, de 12 de abril de 2005 se torna obrigatório equipar locais públicos com desfibriladores cardíacos. É exigido que estabelecimentos como supermercados, shopping, estações de metrô, estádios de futebol, ginásios, universidades, possuam em suas dependências um aparelho desfibrilador automático externo. Penalizando caso não cumpra a legislação com: advertência, multa, interdição parcial ou total do estabelecimento e até cancelamento do alvará de funcionamento do local. O presidente da câmara legislativa do Distrito Federal em seu parágrafo segundo legisla sobre a necessidade de capacitação mínima de dois dos empregados, feita por instituição habilitada e médico cardiologista. A fiscalização do cumprimento da lei será feita pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal juntamente com a Secretaria de Estado de Fiscalização de Atividades Urbanas do Distrito Federal.

É indicado estabelecer programas comunitários em locais públicos com grande movimentação de pessoas e alta probabilidade de ocorrer PCP, esse programa é composto por identificar os locais mais tendencioso a ocorrência de PCP, informando as pessoas e disponibilizando se possível um profissional da área da saúde; treinamento de socorristas para RCP e uso do DEA; capacidade de referenciar e entrar em contato com o serviço médico para urgências; e implementação de educação continuada (AHA, 2015).

Tem sido relevante o efeito da desfibrilação precoce na sobrevida em PCP, mesmo sendo feitas em ambientes hospitalares gerais ou ambientes fora do âmbito institucional, com grande circulação de pessoas. O ato de realizar a desfibrilação pode ser expandido para outros profissionais e ambientes extra-hospitalares (AHA, 2015). O princípio da desfibrilação precoce



diz que todas as pessoas preparadas para intervir com o SBV, precisam ter acesso a esses equipamentos para atender a uma PCP diminuindo o tempo do início da assistência feito tanto por profissionais da área da saúde ou por pessoas comuns e tornando-o eficaz. Contudo na indisponibilidade desses equipamentos, as compressões torácicas não podem ser atrasadas (OVALLE et al, 2006).

#### 3.4 Suporte Avançado de Vida em adultos.

A chance de continuar vivo após uma parada cardiopulmonar é de 18%, dentro do hospital, o local aonde ocorre o evento, os dias e turnos se tornaram um fator considerado na relação de risco de morte. Esse tipo de suporte da continuidade ao suporte básico de vida, com procedimentos mais invasivos como: acesso venoso, medicações, via aérea avançada (GONZALEZ et al, 2013).

São características importantes do Suporte Avançado de Vida (SAV) uma atenção as manobras de RCP de alta qualidade. Estabelecimento de via aérea avançada para oxigenação a 100%, e quando isso ocorrer as compressões torácicas devem ser feitas com frequência de 100 a 120 compressões/minuto e as ventilações devem ocorrer 1 a cada 6 segundos. Na ausência de uma via aérea avançada, a bolsa-válvula mascara sem acoplamento oxigenara o paciente com 21% de oxigênio, feitas 30 compressões são realizadas 2 ventilações com pausa entre si e observação da elevação do tórax, na presença de dois socorristas que intercalaram os ciclos durante 2 minutos (AHA, 2015).

Preconiza-se garantir acesso venoso par administração de medicamentos como a amiodarona com doses de ataque necessárias somente para os ritmos chocáveis e a epinefrina 1mg de 3 a 5 minutos. É de suma importância monitorar o paciente enquanto realiza a RCP analisando assim, a qualidade da mesma e é fator para indicar se houve o retorno da circulação espontânea, retornando-a, os cuidados pós parada devem ser realizados. Além disso, para pacientes com intubação, o teor de dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO<sub>2</sub>) baixo depois de 20 minutos de RCP, significa chances muito pequenas de ressuscitação (AHA, 2015).

Enfatiza-se no suporte avançado de vida, a necessidade do diagnostico diferencial que identificará o fator desencadeador da PCP. Necessário o exame físico detalhado e levantamento de informações para desenvolver uma estratégia de cuidado que possa reverter a PCP, o que ritmo apresentado pelo paciente determinará em parte quais serão as medidas tomadas pela equipe de atendimento. Os ritmos são diferenciados em chocáveis, taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular; e ritmos não chocáveis como atividade elétrica sem pulso e

assistolia que direcionam a assistência para os 5T E 5H, que são: hidrogênio, hipovolemia, hipóxia, hipo/hipercalcemia, hipotermia, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, toxinas, trombose miocárdica e trombose pulmonar (GONZALEZ et al, 2013).

### 3.5. Cuidados pós parada cardiopulomonar

Mediante o retorno da circulação sanguínea do paciente após a intervenção com RCP, algumas condutas devem são tomadas com o paciente após PCP. Os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, devem observar e eliminar a ocorrência de uma nova parada cardiopulmonar, monitorizar o paciente, manter oxigenação com saturação acima ou igual a 94%, mensurar sinais vitais, realizar eletrocardiograma de 12 derivações, manter glicemia controlada, manter pressão arterial sistólica maior que 90mmhg, continuar o uso de antiarrítmicos nos ritmos não chocáveis, tratar 5T e 5H. Certificar com a regulação médica para definir para qual instituição de saúde levar o paciente (AHA, 2015; MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

### 3.6 Julgamento da não ressuscitação

Decidir interromper os procedimentos de RCP também necessita de alguns fatores. Sinais de morte evidente como rigidez cadavérica, carbonização e decapitação; condições de perigo para a equipe de atendimento, como risco de desabamento, explosão e etc. São critérios aceitos para interrupção da tentativa de ressuscitação (AHA, 2015; MINISTERIO DA SAÚDE, 2014).

### 3.7 Cadeias de Sobrevivência

As cadeias de sobrevivência são instrumentos que indicam qual será a via de cuidado que o socorrista ira seguir e realizar suas intervenções para a assistência em PCP aumentando as chances de sobrevida das vítimas (TIMERMAN et al, 2010). Existem duas vias de cuidado distintas, uma preconizada para PCP fora do ambiente hospitalar e outra para o atendimento a PCP dentro do hospital. Ambas finalizam no hospital. Caso o paciente sobreviva serão realizados os cuidados pós PCP. O atendimento da parada cardiopulmonar extra-hospitalar (PCPEH) dependerá de pessoas legais, na maioria dos casos, para o atendimento. Na parada cardiopulmonar intra-hospitalar (PCPIH) cabe aos profissionais de diversas áreas intervir e implementar a cadeia de sobrevivência (AHA, 2015).

A cadeia de sobrevivência de PCPIH estabelece: 1) realização de medidas como promoção, vigilância e prevenção de fatores de riscos e patologias preexistentes para não

desenvolver uma PCP, 2) reconhecer e entrar em contato com o serviço de emergência, 3) iniciar RCP de alta qualidade imediatamente, 4) rápida desfibrilação, 5) fornecer suporte avançado de vida e iniciar os cuidados pós-PCP.

Já a cadeia de sobrevivência de PCPEH corresponde a: 1) um reconhecimento e ligar para o serviço de emergência, 2) iniciar a RCP de alta qualidade, 3) desfibrilação precoce, 4) encaminhar o paciente para serviço médico básico e avançado de emergência para ser levado ao departamento de emergência do hospital mais próximo, 5) o suporte avançado de vida e cuidados após o a PCP (AHA, 2015).



Fonte: Guideline American Heart Association, 2015

### 3.8 Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico é uma das unidades do hospital que possuem acesso limitado definido como local de realização de procedimento cirúrgicos para tratar ou diagnosticar patologias, através de procedimentos anestésicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêutico. É um local de circulação de pacientes com quadros clínicos diversos, favorecendo o aparecimento de situações de risco. Em relação aos principais riscos associados ao cuidado no centro cirúrgico, o Ministério da Saúde definiu seis protocolos, que devem ser aplicados não apenas no CC mas na assistência como um todo, com temas sobre terapia com medicamentos, higiene correta das mãos, assistência segura durante as cirurgias, identificação do paciente, preservar a pele evitando úlcera por pressão (BEZERRA et al, 2015). Embora esses protocolos não versem sobre

RCP, o assunto deve ser de conhecimento de todos os profissionais da área da saúde, mesmo que para o início do manejo do paciente com PCP, ações significativas para redução de complicações e sequelas (AHA 2015).

A forma como a equipe de enfermagem presta seu cuidado ao paciente, desde o pré-operatório até após a realização da cirurgia, interferem nos resultados do procedimento a que o paciente foi submetido. Já que o ambiente admite pacientes nos mais diversos momentos, podendo está presente para uma cirurgia eletiva ou de urgência. Particularmente, em cirurgias de urgências, tem-se como um dos períodos mais críticos da assistência ao paciente doente, e a equipe de enfermagem são os profissionais diretamente ligados ao cuidado assistencial. Sabe-se que a assistência baseada no conhecimento científico juntamente com a educação permanente proporciona melhorias e planejamento de intervenções que elevem a eficiência do serviço prestado ao paciente cirúrgico como de toda a equipe desse local (SANTOS & RENO, 2013).

### 3.9 Assistência Multiprofissional

As diversas profissões que atuam nos hospitais ou que estão sujeitos a se depararem com situações de emergências externas ao hospital precisam saber intervir em situações como PCP, mesmo ofertando apenas o suporte básico de vida (GONZALEZ et al, 2013). Portanto é de fundamental importância que profissionais da saúde, independente da área de atuação estejam capacitados para o reconhecimento e atendimento inicial e prevenção de sequelas. Além de se atualizarem sobre o assunto a cada 2 anos, preconizado pelas diretrizes do AHA. Uma concepção que deverá começar desde a graduação (NEVES et al, 2010).

A ausência de treinamento e conhecimento contribui para o aumento de sequelas e complicações ao paciente, e são consideradas leigas as pessoas que não são ou estão se graduando em qualquer área da saúde. Estudos indicam que quanto mais cedo o treinamento, melhor será a desenvoltura dos socorristas aumentando a sobrevivência do paciente (TAVARES et al, 2015).

### 3.10 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O serviço de atendimento móvel de urgência tem a função de prestar o socorro a população para casos de emergência e urgência por 24 horas ao dia. Composta por equipes de saúde multiprofissionais como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e motoristas socorristas, atendem pacientes em suas residências até em ambientes de trabalho e vias públicas. São acionados pelo número 192 de forma gratuita. São profissionais capacitados e

especializados no atendimento a pacientes com situação clínica de PCP e tantas outras como condições cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e etc. A responsabilidade de as assistência pré-hospitalar cabe ao SAMU possibilitando maiores chances de sobrevivência. Esse serviço se classifica quanto a assistência prestada, podendo ser uma equipe da central de regulação, equipes com especialidade em suporte avançado de vida ou equipes para suporte básico de vida (NARDOTO et al, 2011).

### 3.11 Carro para atendimento de emergência

O carro de parada emergência é um equipamento, padronizado pelo ministério da saúde, que tem a função de armazenar e tornar acessível todos os instrumentos necessários para atender a uma PCP. É um armário com 4 gavetas, a disponibilização dos materiais dependerá do local e do tipo de paciente assistido, contudo os materiais podem ser dispostos da seguinte maneira: a primeira gaveta com medicamentos de primeira linha em situações de emergência, a segunda gaveta com para acesso venoso e eletrodos para monitorização; na terceira gaveta material para vias aéreas, incluindo estetoscópio e bolsa-válvula-máscara com reservatório de oxigênio; e na quarta gaveta materiais como soro fisiológico, soro ringer simples e lactato. No exterior do carro ficam a prancha de reanimação e o cilindro de oxigênio e na base superior encontra-se o desfibrilador cardíaco. Portanto, são disponíveis fármacos, equipo, bala de oxigênio, cânula de aspiração, jelco, equipamentos de proteção individual, entre outros. O enfermeiro deve ter como objetivo implementar o protocolo do carro de parada no setor em que trabalha e repassar todas as informações a sua equipe de enfermagem. Portanto, a reposição e organização desses materiais é de responsabilidade diária do enfermeiro (SILVA et al, 2013).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal com abordagem quantitativa.

### 4.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido no Centro Cirúrgico (CC) de um Hospital Público localizado no Distrito Federal que atende usuários do Sistema Único de Saúde.

O CC possui 6 salas de operações, das quais apenas 4 estão em pleno funcionamento. As especialidades de cirurgias atendidas são: ginecológicas, geral e ortopédica. Além disso possui uma sala de pré-operatório e uma sala de recuperação pós-anestésica, sala de materiais, gerência de enfermagem, copa e expurgo.

### 4.3 Amostra

A amostra foi constituída de 26 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 4 enfermeiros e 22 técnicos de enfermagem. De um total de 42 profissionais de enfermagem no setor, formado por 5 enfermeiros e 37 técnicos de enfermagem.

- Critérios de inclusão: integrar a equipe de enfermagem do CC do hospital público do Distrito Federal, como funcionário efetivo.

- Critérios de exclusão: estar de férias ou de licença médica e os que se recusaram participar da pesquisa por meio da não assinatura do Term'o de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 4.4 Considerações éticas

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FEPECS pelo parecer de número 943.121. Atendendo a resolução 466/2012

Foi garantido o sigilo a sua identificação e privacidade por meio da substituição de seus nomes por números, que constaram nos instrumentos de coleta de dados. Além disso foi avisado que a qualquer momento poderiam desistir de participar do estudo, não significando nenhum prejuízo pessoal.

### 4.5 Protocolo da coleta de dados

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário estruturado com perguntas dicotômicas e de múltiplas escolha elaborado a partir do guideline de reanimação

cardiopulmonar da *American Heart Association*, de 2015 e a escala de autoconfiança em intervenções de emergências traduzida e validada para língua portuguesa por Martins e colaboradores (2014).

A escala consiste numa lista de doze itens com respostas tipo Likert com cinco possibilidades: “nada confiante”, “pouco confiante”, “confiante”, “muito confiante” e “extremamente confiante”. Os diferentes itens identificam a capacidade do profissional para: (1) reconhecer sinais e sintomas de alterações nas referidas áreas, (2) avaliar com precisão o doente, (3) intervir apropriadamente e (4) avaliar a eficácia das intervenções implementadas, nas áreas respiratória, cardíaca e neurológica.

Os participantes foram orientados a responderem o questionário individualmente e sem consultar outras fontes sob supervisão do aplicador da pesquisa e entregar no mesmo turno. Enfatiza-se que em nenhum momento os participantes foram constrangidos devido a esse protocolo de pesquisa.

Os questionários foram aplicados entre março de 2018 a abril de 2018. Durante o plantão de trabalho dos funcionários no momento em que tinham tempo disponível para participar da pesquisa. Foi aplicado a pesquisa no período matutino e vespertino. No período noturno nenhum dos profissionais pode participar da pesquisa, contudo a equipe desse setor por fazer plantões tanto diurnos como noturnos, a pesquisa não foi prejudicada por esse fator.

#### 4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha no Microsoft Office Excel, criando-se um banco de dados. A análise estatística realizada no software EPI INFO, versão 7. Foram calculadas as frequências relativa e absoluta, média, mediana e desvio padrão.

## 5 RESULTADOS

Para a identificação do conhecimento da equipe de enfermagem do centro cirúrgico, sobre a parada cardiopulmonar em adultos, participaram do estudo 26 profissionais, sendo quatro (15,4%) enfermeiros e 22 (84,6%) técnicos em enfermagem, com tempo médio de atuação de 7 ( $\pm 7,8$ ) anos. Houve predomínio do sexo feminino e formação em instituição de ensino privada do DF, conforme a tabela 1.

**Tabela 1** – Características sócio demográfico e formação da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público. Brasília (DF), 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n(%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	21 (80,8%)
Masculino	5 (19,2%)
<b>Idade<sup>a</sup></b>	40,8 ( $\pm 6$ )
<b>Tempo de atuação no CC<sup>a</sup></b>	7,8 ( $\pm 7,8$ )
<b>Fomação</b>	
Enfermeiro	4 (15,4%)
Técnico em enfermagem	22 (84,6%)
<b>Local de formação</b>	
Instituição pública	3 (11,5%)
Instituição privada	22 (84,6%)
Formação no DF	23 (88,4%)
Formação fora do DF	2(7,4%)
<b>Especialização</b>	
UTI adulto	2 (7,6%)
Centro cirúrgico (CC)	2(7,6%)
Auditoria em saúde	1(3,8%)
Enfermagem do trabalho	1(3,8%)
Docência do ensino superior	1(3,8%)
<b>Treinamento para atuar em CC</b>	
Realizaram treinamento	4(15,4%)
Não realizaram treinamento	22(84,6%)

Nota: <sup>a</sup> média (desvio-padrão).

Na tabela 2, tem-se que a maioria dos profissionais de enfermagem não realizaram curso de atualização em cuidados de emergência. Dos 10 (38,5%) participantes que realizam cursos, 5 (19,2%) fizeram um curso sobre atendimento de urgência semestralmente.

**Tabela 2** – Realização de curso de atualização em cuidados de emergência por profissionais da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um hospital público. Brasília (DF), 2018.



<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Curso de atualização em cuidados de emergência</b>	
Realizam cursos	10 (38,5%)
Não realizam cursos	16(61,5%)
<b>Tipo de curso</b>	
Atendimento de urgência presencial	5 (19,2%)
Curso online	1 (3,9%)
Sem resposta	4 (15,4%)
<b>Frequência de realização de cursos em emergência</b>	
Anual	5 (19,2%)
Semestral	2 (7,7%)
Outra frequência	2 (7,7%)
Sem resposta	1(3,9%)

Na tabela 3, sobre o conhecimento em parada cardiopulmonar e ressuscitação caridopulmonar da equipe de enfermagem atuante no centro cirurgico, 24(92,3%) já presenciaram uma PCP, 15 dos participantes (57,7%) não se sentem capazes de atender uma PCP. Todos os 26 (100%) identificariam a PCP, checando responsividade, respiração e pulso. Para realização das ventilações com via aerea avançada 12 (46,2%) responderam que seria 1 ventilação a cada 6 segundos (10rpm)

A maioria dos participantes 20(76,9%) responderam que a profundidade mínima das compressões deveriam ser de 5cm. 21 (80,8%) dos profissionais a frequencia das compressões seria de 100 a 120 por minuto e 4 (15,4%) responderam que seria de 120 a 150compressões por minuto.

Na questão que abordava o manejo das pás do desfibrilador externo automatico, 18(69,2%) responderam que são colocadas as pás na região infraclavicular direita e pericordial esquerda. Quando questionados em quais ritmos é usado amiodarona para reverter a PCP, 17(65,4%) responderam que é usado amiodarona nos ritmos fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). No que se refere ao conhecimento de quais dos ritmos são chocáveis, 13(50%) participantes responderam que são fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso(TVSP), conforme tabela 3.

**Tabela 3** – Conhecimento sobre parada cardiopulmonar e reanimação cardiopulmonar da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público. Brasília (DF), 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Profissionais que já presenciaram uma PCP</b>	
Sim	24 (92,3%)
Não	2(7,7%)
<b>Sentimento de capacidade em atender uma PCP</b>	
Sim, se sentem capazes	10(38,5%)
Não, não se sentem capazes	15(57,7%)
Sem resposta	1(3,8%)
<b>Identificação de PCP</b>	
Responsividade, respiração e pulso	26 (100%)
Outra resposta	0 (0%)
<b>Tempo de verificação de pulso em PCP</b>	
Verificar em até 5 segundos	4 (15,4%)
Verificar em até 8 segundos	1(3,8%)
Verificar em até 10 segundos	14(53,9%)
Verificar em até 12 segundos	1(3,8%)
Verificar em até 15 segundos	5(19,3%)
Sem resposta	1(3,8%)
<b>Relação de ventilação com via aérea avançada</b>	
1 a cada 6 segundos (10rpm)	12 (46,2%)
1 a cada 5 segundos(20rpm)	9 (34,6%)
1 a cada 3 segundos(12rpm)	5(19,2%)
<b>Profundidade mínima das compressões</b>	
4cm	2(7,7%)
5cm	20(76,9%)
6cm	2(7,7%)
Sem resposta	2(7,7%)
<b>Frequência das compressões torácicas</b>	
100 a 120 por minuto	21(80,8%)
120 a 150 por minuto	4(15,4%)
Sem resposta	1 (3,8%)
<b>Utilização de adrenalina</b>	
Apenas em assistolia	10(38,5%)
Apenas em AESP	4(15,4%)
Apenas em FV	2(7,7%)
Apenas em TVSP	9 (34,6%)
Todas as anteriores	0(0%)
Sem resposta	1(3,8%)
<b>Manejo das pás do DEA</b>	
Entendem que só o médico pode manusear	1 (3,8%)
Região infraclavicular direita e pericordial esquerda	18 (69,2%)
Região infraclavicular esquerda e pericordial	5 (19,3%)

Sem resposta	2 (7,7%)
<b>Utilização de amiodarona nos ritmos</b>	
FV e AESP	2 (7,7%)
FV e TVSP	17(65,4%)
Assistolia e TVSP	3(11,5%)
Sem resposta	4(15,4%)
<b>Ritmos chocáveis</b>	
FV e AESP	6(23,1%)
FV e TVSP	13(50%)
Assistolia e TVSP	6(23,1%)
Sem resposta	1(3,8%)

A autoconfiança no atendimento de emergência, a maioria dos participantes se consideram confiante para identificação de sinais e sintomas cardíacos e respiratórios, 12 (46,2%) e 14 (53,8%), respectivamente. No entanto, são pouco confiantes para sinais e sintomas neurológicos, 12(46,1%), conforme tabela 4.

**Tabela 4** – Nível de autoconfiança em atendimento de emergência da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público associado a reconhecimento de sinais e sintomas. Brasília (DF), 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Autoconfiança no reconhecimento de sinais e sintomas:</b>	
<b>Cardíacos</b>	
Nada confiante	1(3,8%)
Pouco confiante	9(34,6%)
Confiante	12 (46,2%)
Muito confiante	4(15,4%)
<b>Respiratórios</b>	
Pouco confiante	4(15,4%)
Confiante	14(53,8%)
Muito confiante	8(30,8%)
<b>Neurológico</b>	
Nada confiante	2(7,7%)
Pouco confiante	12(46,1%)
Confiante	10(38,4%)
Muito confiante	2(7,7%)

Corroborando com a identificação de sinais e sintomas cardíaco e respiratório, a maioria se sente confiante para avaliar dor torácica e dispnéia. Entretanto, há de ressaltar que a contradição entre a identificação de sinais e sintomas neurológico, pouco confiante, e avaliação do estado mental, a maioria os participantes sinalizaram ser confiante, Tabela 5.

**Tabela 5**– Nível de autoconfiança em atendimento de emergência da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público a avaliação de dor torácica, dispnéia e alteração de estado mental. Brasília (DF), 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Autoconfiança na avaliação</b>	
<b>Dor torácica</b>	
Pouco confiante	7(26,9%)
Confiante	15(57,7%)
Muito confiante	4(15,4%)
<b>Dispneia</b>	
Pouco confiante	1(3,9%)
Confiante	15(57,7%)
Muito confiante	7(26,9%)
Extremamente confiante	3(11,5%)
<b>Estado mental</b>	
Pouco confiante	6(23,1%)
Confiante	14(53,8%)
Muito confiante	4(15,4%)
Extremamente confiante	2(7,7%)

Para autoconfiança na capacidade de intervir em dor torácica 12 (46,1%) se dizem confiantes, diferente da intervenção em dispneia e alteração do estado mental que são pouco confiante, 12(46,1%) e 14 (53,8%), respectivamente, Tabela 6.

**Tabela 6**– Nível de autoconfiança em atendimento de emergência da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público, na sua capacidade de intervir em dor torácica, dispneia e alteração do estado mental. Brasília (DF), 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Autoconfiança na capacidade de intervir:</b>	
<b>Dor torácica</b>	
Nada confiante	2 (7,7%)
Pouco confiante	10(38,5%)
Confiante	12(46,1%)
Muito confiante	2(7,7%)
<b>Dispneia</b>	
Nada confiante	5(19,2%)
Pouco confiante	12(46,1%)
Muito confiante	8(30,8%)
Sem resposta	1(3,9%)
<b>Estado mental</b>	
Pouco confiante	14 (53,8%)
Confiante	10(38,4%)

Muito confiante	1(3,9%)
Extremamente confiante	1(3,9%)

---

Na avaliação da eficácia de intervenção em dor torácica teve-se 14(53,8%) pouco confiante, dispneia 10(38,5%) são confiantes e alteração de estado mental 15(57,7%) se consideram pouco confiante, conforme tabela 7.

**Tabela 7**– Nível de autoconfiança em atendimento de emergência da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público, na avaliação da eficácia da intervenção em relação a dor torácica, dispneia e alteração do estado mental. Brasília (DF), 2018.

<b>Características</b>	<b>n(%)</b>
<b>Autoconfiança na avaliação de eficácia de intervenção:</b>	
<b>Dor torácica</b>	
Nada confiante	1(3,8%)
Pouco confiante	14(53,8%)
Confiante	9(34,6%)
Muito confiante	1(3,9%)
Extremamente confiante	1(3,9%)
<b>Dispneia</b>	
Pouco confiante	7(26,9%)
Confiante	10(38,5%)
Muito confiante	9(34,6%)
<b>Estado mental</b>	
Nada confiante	1(3,9%)
Pouco confiante	15(57,7%)
Confiante	6(23%)
Muito confiante	3(11,5%)
Extremamente confiante	1(3,9%)

Em resumo, nessa pesquisa se verifica que os maiores valores de autoconfiança para reconhecer sinais e sintomas estão relacionados ao sistema respiratórios que se consideram confiantes (53,8%) e muito confiantes (30,8%) sendo que os participantes responderam para pouco confiante (46,1%) e nada confiante (7,7%) para dimensão neurológica no reconhecimento de sinais e sintomas, representando uma confiança diminuída em relação aos outros. Para avaliar a dor torácica a confiança mais elevada também estava na dimensão respiratório para reconhecimento de dispneia com (57,7%) se considerando confiantes muito confiante (26,9%) e extremamente confiantes (11,5%) e a dimensão cardíaca para avaliação de dor torácica apareceu como a que possui mais participantes pouco confiantes (26,9%). Para ser

capaz de intervir o maior nível de confiança ficou na dimensão cardíaca, com resposta de confiante de 12 participantes (46,1%) e o menor nível ficou na dimensão neurológica, com resposta de 14 participante de pouco confiante (53,8%). Para eficácia de intervenção a confiança apareceu maior na dimensão respiratória com 10 (38,5) participante confiantes e 9 (34,6%) muito confiante e menor na neurológica com 15 (57,7%) pouco confiantes e 1 (3,9%) nada confiante.

As dificuldades e limitações para atendimento em PCP e aspectos positivos para desempenho do seu exercício profissional durante a PCP, a equipe de enfermagem do centro cirúrgico entrou em contradição, pois o trabalho em equipe apareceu como fator de dificuldade para esse atendimento e ao mesmo tempo como um aspecto positivo para o desempenho do seu trabalho. Como demonstrado na tabela 8.

**Tabela 8** – Dificuldades, limitações e facilitadores no atendimento da parada cardiopulmonar pela equipe de enfermagem do centro cirúrgico de hospital público. Brasília (DF), 2018.

<b>Dificuldades e limitações</b>	<b>n (%)</b>
• Falta de recursos materiais	7 (28%)
• Falta de experiência no atendimento a PCP	1(4%)
• Falta de capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da PCP	17(68%)
<b>Facilitadores</b>	<b>n (%)</b>
• Trabalho em equipe multiprofissional	10(50%)
• Satisfação na RCP com êxito	2(10%)
• Experiência no atendimento a PCP	1(5%)
• Manter a calma	1(5%)
• Capacitação no atendimento a PCP atualizado	6(30%)

Nota: Teve mais de uma resposta por participantes

Em relação aos recursos materiais para o atendimento RCP, foi observado a existência de dois carrinhos de emergência, um na sala de recuperação pós-anestésica e um no corredor interno do bloco cirúrgico. Na verificação dos equipamentos, apenas o desfibrilador do carro do corredor funciona. Nenhum dos dois carros tem cilindro de oxigênio e nem prancha para reanimação. Medicamentos como diazepam, fenitoína, fentanil, haloperidol, isossorbida, midazolam e morfina estão em falta. Além disso, faltam equipamentos de proteção individual

(EPI's), cânulas orofaríngeas, fio guia, estetoscópio, soro glicose 5% e manitol. Em relação ao lacre, apenas o carro de PCP do corredor fica totalmente travado. Os medicamentos são verificados quanto a validade uma vez por mês e não há registrado horário de abertura do carro de emergência e nem anotado o número do lacre.

Não há rotina para conferência do carro de emergência, é apenas uma enfermeira de toda a equipe se mostrava preocupada com a necessidade de um protocolo para utilização e manutenção do mesmo. Essa enfermeira criou um formulário com a descrição dos medicamentos, quantidade e data de validade, em cada gaveta.

## 6 DISCUSSÃO

Este estudo faz uma análise do conhecimento sobre RCP e PCP de profissionais do CC. Para isso foram elencados questionamentos sobre perfil social, manejo, intervenção e como o profissional se sente diante dessa situação.

Em um estudo feito em 2015 no Brasil, que analisou os aspectos sócio demográficos dos profissionais atuantes na área de enfermagem nacionalmente, incluindo enfermeiros e técnicos, a população feminina representou 85,1% de uma amostra total de mais de 1.800.000 trabalhadores. Logo demonstra consonância com o resultado desse estudo aonde a força de trabalho feminina representa 80,8% (21 participantes) da amostra total. Essa predominância feminina é um fator que já existe a tempos. (MACHADO et al, 2015). Em relação à média de idade dos profissionais o mesmo estudo ainda traz que a categoria de enfermagem possui mais de 1.100.000 trabalhadores com até 40 anos, comparando com esse estudo, o resultado obtido foi uma média 40,8 anos. Logo considera-se a enfermagem predominantemente jovem. O artigo traz que a faixa etária de 36 a 50 anos seria o momento em que o indivíduo apresenta maturidade profissional, pleno desenvolvimento cognitivo e qualificação (MACHADO et al, 2015).

A pesquisa trouxe que o tempo de serviço médio dos profissionais no CC é de 7,8 anos (COELHO et al, 2016) identificou como tempo de serviço maior do profissional da enfermagem seria de 6 a 10 anos, representando 1.546 (54,8%) da amostra, de um total de 2.821 profissionais de enfermagem, sendo esse um período bastante semelhante ao encontrado no trabalho.

Em relação ao tempo de formação o estudo nacional também revelou que da amostra realizada, 23% são enfermeiros e 77% são técnicos e ou auxiliares de enfermagem. Dessa maneira observa-se a diferença de percentual de uma área para outra, corroborando com os resultados apresentados por esse estudo que demonstrou um percentual de 15,4% (4) de enfermeiros e 84,6% (22) de técnicos e ou auxiliares de enfermagem participantes da pesquisa. O número de técnicos é consideravelmente maior que o de enfermeiros (MACHADO et al, 2015).

Sendo os enfermeiros os que mais se atualizam e a busca de conhecimento auxilia na assistência unindo teoria e prática, auxiliando no desenvolvimento profissional. Para dados sobre esse assunto, um estudo realizado em 2017 que caracterizou os cursos de especialização em enfermagem ofertados em Salvador-B colocou como as principais áreas disponíveis para a equipe se especializar as de: enfermagem ocupacional (18%), obstetrícia (12,5%), enfermagem em urgência e emergência (12,5) e em quarto unidade em terapia intensiva (5,5%). Os cuidados em urgência e emergência é um curso apresentado como um dos principais a serem disponíveis,



devido à alta necessidade de capacitação e de recursos humanos para essa temática (FERNANDES, et al 2017).

A realização de treinamento, no centro cirúrgico, é um fator importante nesse ambiente, além de muitas das tarefas serem realizadas em equipe, o que torna isso ainda mais desafiador (MIRANDA, 2017). Além disso, a qualidade do serviço prestado é algo indispensável para atuação nos dias de hoje, a reabilitação do indivíduo que busca atendimento em uma instituição hospitalar é baseada na qualidade da assistência prestada, aonde o treinamento gera um aprimoramento contínuo e eleva o nível de reconhecimento do profissional, diminui os erros, além de apresentar um fortalecimento do trabalho em equipe (SOUZA et al, 2016).

Dentre os pesquisados, 16 participantes (61,5%), a maioria, não realiza cursos em cuidados de emergência. Artigos demonstram que os profissionais de enfermagem estão constantemente sujeitos a presenciar uma PCP, e para atender essa complicação clínica são necessários conhecimentos teóricos e habilidades nessa temática. Diretrizes da *American Heart Association* (AHA) sobre o atendimento em PCP e RCP são atualizadas a cada cinco anos, logo fica nítido o quanto é importante manter esse conhecimento atual para ser aplicado rápido e de forma eficiente (GUILHERME et al 2016).

São recomendados que as atualizações devam ocorrer no período de 6 meses pois a habilidade e o conhecimento nessa área são mantidos, porém o tempo de atualização dos participantes da pesquisa foi em maioria de 12 meses (19%). (GUILHERME et al 2016). Outro estudo trouxe que 28 dos 65 profissionais da área de enfermagem fazem atualizações em urgência e emergência superior a 12 meses, reafirmando a redução do conhecimento a partir de 6 meses, sendo essas uma das formas de conseguir resultados satisfatórios (FELIPE & CARDOSO, 2013).

É de grande importância que o profissional de saúde consiga reconhecer rapidamente os sinais de PCP, pois agir de forma rápida é correta aumenta as chances de reverter o quadro de PCP. Para isso é necessário verificar responsividade, movimentação respiratória e pulso central, simultaneamente. Nessa pesquisa verificou-se que a equipe de enfermagem sabe como identificar uma PCP, estudos demonstram que a identificação tem um alto percentual de acerto, principalmente nos setores de internação, urgência e emergência. Em contrapartida coloca o setor do centro cirúrgico o local onde os profissionais costumam ter maiores dificuldades em relação a identificação de PCP (DE SÁ DIAZ et al 2017; CUNHA et al 2013). O tempo necessário para verificar a presença ou a ausência de pulso deve ser de até 10 segundos (GONZALEZ, 2013). O estudo trouxe que 14 dos pesquisados souberam esse tempo e 5 deles

levariam até 15 segundos para identificar o quadro clínico. O tempo de reconhecimento e início das manobras é bastante significativo para a taxa de sobrevivência (DE SÁ DIAZ et al 2017).

A relação entre ventilação e compressão quando o paciente está com via aérea avançada deixa de ser 30 compressões para 2 ventilações durante 2 minutos e realização de nova checagem; e passa a ser 1 ventilação a cada 6 segundos, isto é, 10 ventilações por minuto sem pausar as compressões (AHA, 2015). Essa forma de intervir não é conhecida por 14(53,8%) dos pesquisados, um expressivo percentual, estudo realizado com socorristas na Bahia também trouxe que 52,5% dos participantes erraram esse questionamento, esses dados são relevantes entendendo que a hipoventilação e a hiperventilação são malefícios no manejo da PCP gerando complicações pós parada (DASILVA SALAZAR et al, 2017). 20 (76,9%) profissionais da amostra compreendem que a profundidade mínima das compressões é de 5 centímetros e 21 (80,8%) acertaram a frequência das compressões torácicas, corroborando com o que é preconizado pelo Guideline atualizado em 2015, que diz que a profundidade deve ser de pelo menos 5 centímetros (2 polegadas) não podendo ultrapassar de 6 centímetros (2,5 polegadas) e frequência deve ser de 100 a 120 compressões por minuto (AHA, 2015). Erros nesse momento do atendimento tornam as compressões de baixa qualidade, não permitindo a entrada e a saída correta do ar nos pulmões. Além de aumentar a ocorrência de lesões no paciente (DE SÁ DIAZ et al 2017).

Nesse estudo, o uso de adrenalina nos ritmos cardíacos, indicando que o medicamento só deve ser usado em um ritmo cardíaco, tendo a maioria respondido o ritmo de assistolia. A adrenalina é recomendada em dose de 1 mg a cada 3 a 5 minutos. É considerada um medicamento efetivo no atendimento a PCP melhorando o retorno da circulação espontânea (CANÉ et al, 2016). Sendo assim deve ser usada tanto nos ritmos chocáveis, fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), quanto nos não chocáveis, assistolia e atividade elétrica sem pulso (AESP). Enfatiza-se que nos ritmos chocáveis a prioridade é o choque. Além disso 13 (50%) não souberam diferenciar quais ritmos são chocáveis ou não chocáveis, visto que esse é um conhecimento mínimo para o manejo da PCP, indicando caminhos diferentes de assistência no algoritmo geral de atendimento a PCP em adultos, comprometendo totalmente as chances de recuperação desse quadro clínico. Estudo com graduandos de enfermagem também apresentou dados da dificuldade de identificação dos ritmos que são encontrados na PCP, não sabendo diferenciar os ritmos chocáveis e não chocáveis (LIMA et al, 2016).

O uso de amiodarona também foi questionado na pesquisa, especificamente em quais ritmos deveria ser usado essa medicação, 17 (65,4) responderam corretamente. O suporte

avanzado do SAMU, e o *Guideline* mais atual diz que o uso de amiodarona é recomendado em FV e TVSP refratário ao choque, usando na primeira dose 300mg e na segunda 150 mg após 3 a 5 minutos da primeira dose (GUIDELINE 2015). Estudo revela que é necessário a capacitação dos profissionais de enfermagem em relação ao uso de medicações na PCP, pois a maioria não sabe quais são as medicações usadas durante o manejo da PCP e quais são usadas no pós PCP. (BARBOSA et al, 2018).

O desfibrilador externo automático deve ser de uso ampliado pelo público, com o treinamento autodirigido ou capacitação no instrumento se possível, medidas que aumentam as chances de sobrevida nas PCP em que o choque é recomendado, sendo acessível em locais de grande movimentação e com alta probabilidade de ocorrência de PCP. O uso desse equipamento pode ser desde socorristas leigos até profissionais da área, não exclusivamente de médicos. O acesso rápido a um desfibrilador e a desfibrilação precoce é um dos componentes principais do atendimento (GUIDELINE 2015). Em relação ao posicionamento das pás, 18 (69,2%) acertaram ao dizer que são posicionadas na região infraclavicular direita e pericordial esquerda. Estudo realizado em UTI também avaliou a equipe de enfermagem quanto a colocação correta das pás e 83,9% acertaram. Apesar da maioria dos entrevistados acertarem nesse estudo, nota-se muitos não tem conhecimento sobre esses conhecimentos básicos, o que demonstra a necessidade de atualização sobre o tema. Já que posicionar errado é inadequado para efetividade da corrente elétrica utilizada (CARE 2017; GUYTON 2006).

A escala denominada Selfconfidence teve como principal função avaliar o sentimento de autoconfiança diante de uma situação de emergência, tal como uma PCP. Em resumo, o sistema respiratório apareceu como o que os participantes possuem mais autoconfiança para reconhecer sinais e sintomas, avaliar a dispneia (muito confiante e extremamente confiante), e para avaliar a eficácia da intervenção (confiante e muito confiante). E a dimensão que possui menor nível de confiança foi a neurológica nos aspectos de reconhecimento de sinais e sintomas (pouco confiante e nada confiante), capacidade de intervenção (pouco confiante) e avaliação da eficácia de intervenção (pouco confiante e nada confiante).

O fator autoconfiança pode afetar a qualidade das intervenções e produzir resultados sob a sobrevida do paciente. Sentir-se confiante está associado a frequência com que o indivíduo se depara com certas situações e percebe suas dificuldades naquele momento, o que torna indispensável para o enfermeiro e sua equipe, já que maiores níveis desse sentimento pode duplicar ou triplicar a efetividade da assistência. Além disso, quando ocorre a prática recorrente e a formação por simulação para casos críticos como PCP a autoconfiança aumenta e a

intervenção é bem-sucedida logo ao unir a prática clínica e simulação se obtém melhores resultados (MARTINS et al, 2014).

O trabalho em equipe apareceu como ponto positivo e negativo na maioria das respostas abertas. Um artigo realizado em 2018 recomenda que a enfermagem, incluindo gestores e a equipe assistencial, deve debater e refletir sobre a organização do trabalho. A implementação de educação continuada para tornar o atendimento mais objetivo, coordenado e preparado para a equipe de enfermagem elevar seu desempenho ao atuar nessas situações é fundamental, munindo o local com recursos materiais e humanos adequados (BARBOSA et al, 2018).

## 7 CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem é predominante do sexo feminino, com mais de cinco de atuação no centro cirúrgico, com maior número de técnico em enfermagem. Não tiveram treinamento para atuar na unidade em estudo e não se sentem capazes de atender a parada cardiopulmonar. Todos sabem sinais de parada cardiopulmonar, porém as manobras de reanimação, compressão torácica, ventilação e colocação da pás do desfibrilador, tiveram respostas corretas em torno de 50% e maior erro foi em relação as drogas, adrenalina e amiodarona. O estudo realizado para verificar o conhecimento da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico evidenciou a necessidade de realização de treinamento e capacitação de forma frequente, e em um prazo menor devido.

Além disso, fica clara a necessidade da organização da equipe e de equipamentos como o carro de PCP para realizar a assistência rápida e efetiva com o objetivo primordial de aumentar a sobrevivência dos indivíduos que apresentem esse quadro. Implementação de protocolo de atendimento além de realização regular do checklist do carro de PCP são ações necessárias nesse setor.

Outro fator importante encontrado na pesquisa é a necessidade de elevação do nível de confiança no atendimento ao paciente vítima de PCP. A confiança aparece com a regularidade de treinamentos e educação permanente. Uma equipe bem treinada conseqüentemente apresentará um melhor desempenho.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaque das Diretrizes da America Heart Association 2010 para RCP e ACE [versão em Português]. Disponível em: [http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_31733.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_31733.pdf). Acesso em: 25 de de novembro de 2017.

American Heart Association -AHA. Guidelines CPR e ECC. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE; 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHAGuidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.

BARBOSA, Ionara Sibeles Leão et al. O conhecimento do profissional de enfermagem frente à parada cardiopulmonar segundo as novas diretrizes e suas atualizações. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 117-126, 2018.

BEZERRA, Willyara Rodrigues et al. Ocorrência de incidentes em um centro cirúrgico: estudo documental. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, Jacqueline Aparecida Rios et al. Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. **Rev SOBECC**, v. 20, n. 2, p. 81-95, 2015.

CANÉ, Ignacio Morales; VALVERDE-LEÓN, María Del Rocío; RODRÍGUEZ-BORREGO, María Aurora. A adrenalina durante parada cardíaca: revisão sistemática em meta-análise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-12, 2016.

CARE, CARDIOCEREBRAL RESUSCITATION IN AN INTENSIVE; REANIMACIÓN, PARO CARDÍACO Y. CONHECIMENTO TEÓRICO DA ENFERMAGEM SOBRE PARADA CARDIOPULMONAR E REANIMAÇÃO CARDIOCEREBRAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. 2017.

COELHO, Maria Alice et al. Absenteísmo da equipe de enfermagem das unidades clínicas de um hospital universitário da região centro-oeste do Brasil 1/Absenteeism in the nursing staff of clinical units of a university hospital in the center region of Brazil/Absentismo del equipo de enfermería de las unidades clínicas de un hospital universitario de la región centro-oeste brasileña. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 11, n. 1, 2016.

Conselho Federal da Enfermagem - COFEN. Resolução Cofen n. 240/2000 de 30 de Agosto de 2000. [Internet] Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000>

CUNHA, Cristiane Martins; DOS SANTOS TONETO, Michelle Aparecida; PEREIRA, Eliana Borges Silva. Conhecimento teórico dos enfermeiros de hospital público sobre reanimação cardiopulmonar. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 5, 2013.

DA SILVA, Hilderjane C. et al. Carros de emergência: disponibilidade dos itens essenciais em um hospital de urgência norterio-grandense. **Enfermería Global**, n. 31, p. 187, 2013.

DA SILVA, Lisboa et al. Ressuscitação cardiopulmonar de adultos com parada cardíaca intra-hospitalar utilizando o estilo Utstein. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 28, n. 4, 2016.

DASILVA SALAZAR, Érica Rayanne et al. Diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar: conhecimento de socorristas. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, 2017.

DE SÁ DIAZ, Flávia Batista Barbosa et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre o novo protocolo de ressuscitação cardiopulmonar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017

DIAS, Lucas Teixeira et al. Ruptura gástrica por reanimação cardiopulmonar: relato de caso. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 207-211, June 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103507X2006000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2006000200017&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000200017>.

FELIPE, MARIELE DE CARVALHO; CARDOSO, ADILSON LOPES. Conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento a pacientes em parada cardiopulmonar. **REVISTA UNINGÁ**, v. 37, n. 1, 2018.

FERNANDES, Josicélia Dumêt et al. Perfil dos cursos de especialização em enfermagem no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017

GONZALEZ, Maria Margarita et al . I guideline for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care - Brazilian Society of Cardiology: executive summary. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 100, n. 2, p. 105-113, Feb. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X2013000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2013000200001&lng=en&nrm=iso)>.accesson 10 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>

GUILHERME, Maria Isabel Silva et al. O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiopulmonar (PCR). **Acesso em**, v. 17, 2016.

GUYTON, Arthur C. **Tratado de Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

JA Granzotto, S Schneid, A Vecchi et al. Basic life support training in a university hospital. *Revista da AMRIGS*, 52, 2008, 24- 28

JACAÚNA, Rayssa Oliveira et al. Organização do Carro de Emergência: Garantia de Assistência Segura. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017

KLEINMAN, Monica E. et al. 2017 American Heart Association Focused Update on Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, v. 137, n. 1, p. e7-e13, 2018.

LIMA, Amanda de Souza; ARAGÃO, Julisse Marcela Nepomuceno; MAGRO, Marcia Cristina da Silva. Ritmos cardíacos e desfecho de parada cardiopulmonar em unidade de emergência. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 1579-1585, 2016



MACHADO, Maria Helena et al. ASPECTOS GERAIS DA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM: O PERFIL DA FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS TÉCNICOS E AUXILIARES. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 15-34, 2016.

MACHADO, Maria Helena et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. ESP, p. 9-14, 2016.

MARTINS, José Carlos Amado et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da Self-confidence Scale em estudantes de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 554-561, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1877-1886, Aug. 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000800016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000800016&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>.

MIRANDA, Suna Moniz Marçal. O nível de estresse do profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico em um hospital privado do Distrito Federal. 2018.

NARDOTO, Emanuella Maria Lopes; DINIZ, Jackeline Maria Tavares; DA CUNHA, Carlos Eduardo Gouvêa. Perfil da vítima atendida pelo serviço pré-hospitalar aéreo de Pernambuco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 237-242, 2011

NEVES, Laura Maria Tomazi et al. Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 1, p. 69-74, 2010.

NOBRE, Fernando. **Tratado de Cardiologia** . São Paulo: Manole, 2005

OVALLE, Carlos Cezar Ivo Sant'Ana et al. A importância do treinamento previo no uso do desfibrilador externo automatico por fisioterapeutas e enfemeiros. 2006.

PERGOLA, Aline Maino; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 335-342, 2009.

REGENGA, Marisa. *Fisioterapia em Cardiologia*. 1ª Ed. São Paulo: Roca 2000.

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012

SANTOS, Anderson Oliveira; RODRIGUES, Lilia Souza. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre o atendimento do paciente em parada cardiopulmonar. **Revista Rêvista Científica de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 25-29, 2011.

SANTOS, Marlene Cristina; RENNÓ, Cibele Siqueira Nascimento. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. **RAS**, v. 15, n. 58, p. 27-36, 2013.

Serrano Junior CV, Fenelon G, Soeiro AM, Nicolau JC, Piegas LS, Montenegro ST, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2013; 101(3Supl.3):1-93

SILVA, A. M. C. da. *et al.* Avaliação do conhecimento sobre diagnóstico e tratamento da parada cardiorespiratória entre estudantes de fisioterapia da universidade de Taubaté. *Rev. Bras. Fisioter.* 2010; 14 (Supl 1): 316.

SOUZA, Ivone Gonçalves et al. Os Benefícios Do Processo De Acreditação Hospitalar Para O Trabalho Da Equipe De Enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 1, n. 2, p. 7, 2016.

TAVARES, Luis Fernando Barbosa et al. Conhecimento de estudantes de graduação em ciências da saúde em testes objetivos sobre Suporte Básico de Vida. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 297-306, 2015.

TIMERMAN, Sergio et al. Rumo ao consenso internacional de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo**, v. 8, n. 3, p. 228-237, 2010

VEIGA, Viviane Cordeiro et al. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiopulmonar. **Rev Bras Clin Med**, v. 11, n. 3, p. 258-62, 2013.

VIEIRA DASILVA, Daiane et al. Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre suporte básico de vida. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 2, 2015.

**ANEXO 1****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Conhecimento dos enfermeiros sobre parada cardiopulmonar no adulto. O objetivo desta pesquisa é identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a parada cardíaca em pacientes adultos no ambiente hospitalar. As informações necessárias serão obtidas através de resposta ao questionário e uma escala. 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 quando desejar sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Os resultados da pesquisa, com dados quantitativos e analisados de forma geral, serão utilizados para a elaboração do trabalho de conclusão de curso na Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente em revistas científicas e congressos. 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-los (as). Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Profª Dr(a) Paula Regina de Souza Hermann por meio do telefone (61) 982875267 ou na Universidade de Brasília telefone (61) 3107-8418, em 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 obtidas 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 \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 1



Universidade de Brasília – UNB  
Faculdade de Ceilândia – FCE

### QUESTIONÁRIO

Para preenchimento do pesquisador:  
Profissional nº: \_\_\_\_\_

#### Características sociodemográficas

1.Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2.Idade: \_\_\_\_\_

3.Formação: ( ) Auxiliar ( ) Técnico ( ) Enfermeiro (a)

4.Local de formação: \_\_\_\_\_

5.Titulação: ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado

5.1. Área de titulação(ões): \_\_\_\_\_

6.Tempo de trabalho no CC do HRC? \_\_\_\_\_

7.Recebeu treinamento para atuar neste ambiente? ( ) sim ( ) não

8.Realiza cursos de atualização com relação a cuidados de emergência? ( ) sim ( ) não

8.1 Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

8.2 Com que frequência? ( ) Mensal ( ) Semestral ( ) Anual  
( ) Outro, \_\_\_\_\_

#### Conhecimento sobre parada cardiopulmonar no adulto

1. Você já presenciou uma PCP?

( ) Sim ( ) Não

2. Para identificar uma PC é necessário checar:

( ) Responsividade e respiração ( ) Responsividade, pulso e temperatura

( ) Responsividade, respiração e pulso

3. No reconhecimento de uma PCP deve-se verificar o pulso por até:

( ) 5 segundos ( ) 8 segundos ( ) 10 segundos ( ) 12 segundos ( ) 15 segundos

4. Qual a relação compressão-ventilação no atendimento de pacientes adultos em PCP, sem via aérea avançada?

( ) 1 a cada 6 segundos (10 respirações/min)

( ) 1 a cada 5 segundos (20 respirações/min)

( ) 1 a cada 3 segundos ( 12 ventilações/min)

5. Qual a profundidade mínima para as compressões torácicas?

- 4 cm  5 cm  6 cm  7 cm

6. Você se sente preparado para atender pacientes em PCP?

- Sim  Não

7. Qual a frequência das compressões torácicas em um adulto em PCP:

- 100 a 120 por minuto  
 120 a 150 por minuto  
 130 a 160 por minuto

8. A adrenalina é administrada nos pacientes com PCP em:

- assistolia  fibrilação ventricular  taquicardia ventricular sem pulso  
 atividade elétrica sem pulso  em todos os anteriores

9. As pás do desfibrilador externo automático (DEA) como devem ser colocadas:

- Só o médico pode manusear  
 Região infraclavicular direita e pericordial esquerda  
 Região infraclavicular esquerda e pericordial esquerda

10. A amiodarona é recomendada nos casos que não responde a desfibrilação:

- Fibrilação ventricular e atividade elétrica sem pulso  
 Fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso  
 Assistolia e taquicardia ventricular sem pulso

11. Quais ritmos de parada cardíaca necessitam de desfibrilação?

- Fibrilação ventricular e atividade elétrica sem pulso  
 Fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso  
 Assistolia e taquicardia ventricular sem pulso

12. Qual a frequência de ventilações no atendimento de pacientes em PCP, com via aérea avançada?

- 1 a cada 6 segundos (10 respirações/min)  
 1 a cada 5 segundos (20 respirações/min)  
 1 a cada 3 segundos ( 12 ventilações/min)

13. Quais as dificuldades e limitações para atendimento a parada cardiopulmonar?

---

---

---

14. Quais os aspectos positivos para desempenho do seu exercício profissional durante o atendimento a parada cardiopulmonar?

---

---

---

## ESCALA DE AUTO CONFIANÇA

**Tabela- *Self- confidence Scale* versão portuguesa (SCSvp)**

	nada confiante	pouco confiante	confiante	muito confiante	extremamente confiante
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento cardíaco?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento respiratório?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de reconhecer sinais e sintomas de um evento neurológico?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar com precisão um indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de intervir apropriadamente num indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dor torácica?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com dispneia?	1	2	3	4	5
Quão confiante está de ser capaz de avaliar a eficácia das suas intervenções num indivíduo com alteração do estado mental?	1	2	3	4	5

Adaptado de: MARTINS, J. C. A. et al. Autoconfiança para intervenção em emergências: adaptação e validação cultural da *Selfconfidence Scale* em estudantes de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2014;22(4):554-61

