



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANDRÉ RODRIGUES DE ANDRADE

**A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO CONTEXTO DO
ENFERMEIRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Ceilândia/DF

2014

ANDRÉ RODRIGUES DE ANDRADE

**A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO CONTEXTO DO
ENFERMEIRO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Ms Diane Maria Scherer Kuhn Lago

Ceilândia/DF

2014

ANDRADE, André Rodrigues de
A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de Atenção Primária/ André Rodrigues de Andrade. Brasília: [s.n], 2014.
70p.: il.

Monografia (Graduação). Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2014.

Orientação: Diane Maria Scherer Kuhn Lago

1. Ressuscitação Cardiopulmonar 2. Enfermagem 3. Atenção Primária
I. Andrade, André Rodrigues de II. Título: A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de Atenção Primária.

Andrade, André Rodrigues de, A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de Atenção Primária.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Prof^a Ms. Diane Maria Scherer Kuhn Lago
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Prof.^a Ms. Janaína Meirelles Sousa
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

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

Este trabalho é dedicado a todos os profissionais enfermeiros, quem mesmo frente à precarização e desvalorização dos serviços não se rendem e, de cabeça erguida, avançam como verdadeiros protagonistas do cuidado.

AGRADECIMENTO

A Deus, a quem rendo meu louvor de gratidão por ter me sustentado, abençoado e inspirado até aqui.

Aos meus amados pais, Hélio e Nilsa, por não terem medido esforços para que eu pudesse experimentar a cada dia o significado da educação.

Aos meus amados irmãos, Juliana e Halisson, por dividirem comigo a experiência familiar ao longo desses anos.

Aos meus amados amigos Alan, Amanda, Carla, Guilherme, Lara e Natália. Essa jornada não seria prazerosa sem as particularidades de cada um de vocês. Por termos sido fundados na rocha nos tornamos “De Rocha” e assim permaneceremos.

À Brenda, meu amor, por compreender minhas dificuldades e estado comigo mesmo em momentos em que dividia minha atenção com este trabalho. Você não tem sido apenas minha namorada, mas uma verdadeira companheira.

À Professora Diane Maria Scherer Kuhn Lago, minha orientadora. Pude experimentar a orientação não apenas em sentido acadêmico, mas para a vida. Sua serenidade e paciência se destacam e a fazem exemplo para muitos de nós.

A todos os enfermeiros e todas as enfermeiras que participaram desse estudo e que em meio à agitação de suas práticas profissionais me reservaram tempo e confiança.

Aos professores da Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia, que se colocam diariamente a serviço do dom de lecionar. Agradeço em especial a todos aqueles que enxergam a importância do ensino dos cuidados críticos, das urgências e emergências e lutam para que a academia contemple esses conteúdos.

Ao Capitão QOBM/Int. Cláudio Caetano Barros por ter compreendido as minhas necessidades e ausências ao longo desses cinco anos e em consequência ter propiciado meios para que eu alcançasse esse objetivo.

Por fim, agradeço aos valorosos e nobres instrutores da Seção de Ensino, Doutrina e Pesquisa do Grupamento de Atendimento de Emergência Pré-Hospitalar do CBMDF. Sonhamos e lutamos juntos pelo Atendimento Pré-Hospitalar de qualidade e a minha graduação em enfermagem é consequência disso. O APH nos move, o APH nos une.

“Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito”.
(Martin Luther King)

ANDRADE, A.R. A ressuscitação cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de Atenção Primária. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2014, 70 p.

RESUMO

Introdução:A Parada Cardiorrespiratória (PCR) exige que os prestadores de assistência estejam devidamente capacitados para responder rápida e eficazmente a esse agravo em qualquer nível da assistência. **Objetivo:** Identificar o conhecimento de enfermeiros de Atenção Primária sobre Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), bem como a infraestrutura disponível e os sentimentos envolvidos. **Método:** Trata-se de um estudo com triangulação de dados quantitativos e qualitativos, transversal, com aplicação de questionário aos enfermeiros ativos em Centros de Saúde no Distrito Federal no período entre novembro de 2013 e junho de 2014. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento, composto de questionário e entrevista e adaptado de Bellan, e um segundo instrumento construído conforme o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com adaptação a partir da Diretriz da Associação Americana do Coração para Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares 2010. **Resultados/Discussão:**A amostra foi composta por 19 enfermeiros. Sobre o conhecimento específico em RCP o estudo demonstrou desempenho insuficiente entre os participantes. A infraestrutura dos Centros de Saúde avaliados se mostrou inadequada. Em relação aos sentimentos foi observado que a falta de capacitação e a infraestrutura inadequada levam os enfermeiros a vivenciarem sentimentos negativos. **Considerações finais:** É premente a necessidade de capacitação em RCP e adequação da infraestrutura de atendimento nas unidades avaliadas.

DESCRITORES: Ressuscitação Cardiopulmonar; Enfermagem; Atenção Primária.

ANDRADE, A.R. The cardiopulmonary resuscitation in the context of Primary Health Care Nurses. Final Paper, Undergraduate Nursing Degree – University of Brasilia (Universidade de. Brasilia – UnB), Ceilândia Campus, Brasília, 2014, 70 p.

ABSTRACT

Introduction:The cardiopulmonary arrest (CPA) requires that care providers are adequately trained to respond quickly and effectively to this grievance at any level of assistance. **Objective:** To identify the knowledge of nurses on Primary Health Care Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), as well as the infrastructure available and the feelings involved. **Method:** This is a study of triangulation of quantitative and qualitative data cross with a questionnaire to active nurses in health centers in the Federal District in the period between November 2013 and June 2014. For data collection were used two instruments. The first instrument consisting of a questionnaire and interview and Bellan adapted, and built a second instrument as recommended by the Brazilian Society of Cardiology, with adaptation from the guideline from the American Heart Association for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular 2010. **Results / Discussion:**The sample consisted of 19 nurses. Specific knowledge about CPR study demonstrated poor performance among participants. The infrastructure of health centers are evaluated proved inadequate. Regarding feelings was observed that lack of training and inadequate infrastructure lead nurses to experiencing negative feelings. **Final considerations:** There is a pressing need for training in CPR and adequacy of infrastructure service in the evaluated units.

DESCRIPTORS: Cardiopulmonary Resuscitation; Nursing; Primary Health Care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Inserção de Ceilândia no mapa do Distrito Federal.....	22
Figura 2 – Percentual obtido pelos Centros de Saúde na verificação dos itens de atendimento da PCR.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. DF, 2014	27
Tabela 2 – Comportamento dos resultados sobre o conhecimento teórico dos participantes por questão. DF, 2014	28
Tabela 3 - Comportamento das médias por questão. DF, 2014	30
Tabela 4 - Percentual obtido pelos Centros de Saúde na verificação dos itens de atendimento da PCR. DF, 2014	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Procedimentos de Suporte Básico de Vida em Ressuscitação Cardiopulmonar.....	15
Quadro 2 – Distribuição das notas por enfermeiro e por questão	29
Quadro 3 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Alfa.....	32
Quadro 4 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Bravo..	33
Quadro 5 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Charlie.	34
Quadro 6 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Delta...	34
Quadro 7 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Eco.....	35
Quadro 8 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Fox.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABC – Vias aéreas, Respiração e Circulação
- ACLS – *Advanced Cardiovascular Life Support*
- AESP – Atividade Elétrica sem Pulso
- AP – Atenção Primária
- BLS – *Basic Life Support*
- BVM – Bolsa/Válvula/Máscara
- CAB – Circulação, Vias Aéreas e Respiração
- CS – Centro de Saúde
- DC – Doença Cardiovascular
- DF – Distrito Federal
- FV – Fibrilação Ventricular
- NIC - *Nursing Interventions Classification*
- PCR – Parada Cardiorrespiratória
- SAV – Suporte Avançado de Vida
- SBV – Suporte Básico de Vida
- SF – Solução Fisiológica
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TV – Taquicardia Ventricular sem Pulso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Ressuscitação Cardiopulmonar	13
1.2 A capacitação do profissional enfermeiro para RCP	16
1.3 A RCP na Atenção Primária	18
1.4 Sentimentos frente à PCR/RCP	19
2 OBJETIVOS	21
3METODOLOGIA	22
3.1 Local.....	22
3.2 População	23
3.3 Tipo do estudo.....	23
3.4Instrumento de coleta de dados	24
3.5 Análise dos dados	24
3.6Aspectos éticos	25
4 RESULTADOS	26
4.1 Características sociodemográficas.....	26
4.2 Conhecimento teórico acerca da Ressuscitação Cardiopulmonar	27
4.3 A estrutura das unidades de saúde.....	30
4.4 Sentimentos de enfermeiros frente à PCR	35
4.4.1 Preparação para o atendimento da PCR.....	36
4.4.1.1 Preparado para atender uma PCR	36
4.4.1.2 Não preparado para atender uma PCR	36
4.4.2 Percepções sobre a estrutura do Centro de Saúde	36
4.4.3 Sentimentos frente ao atendimento da PCR	37
4.4.3.1 A infraestrutura como base	37
4.4.3.2 Experiência e capacitação como apoio	37
5 DISCUSSÃO	39
5.1 Sobre o conhecimento acerca da Ressuscitação Cardiopulmonar	39
5.2 Sobre a estrutura das Unidades de Saúde	43
5.3 Sentimentos e percepções frente à Parada Cardiopulmonar	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
APÊNDICES	57
ANEXOS	67

1 - INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCs) tem contribuído para elevada mortalidade em todo o mundo (OMS, 2014). Entre 70 a 80% dos casos de morte súbita nos Estados Unidos são de origem cardíaca. Apesar da redução das taxas de mortalidade por DCs nos últimos anos no Brasil, elas continuam sendo, em todas as unidades da federação, as responsáveis pela maior taxa de mortalidade proporcional no país (BRASIL, 2011). A parada cardiorrespiratória (PCR) é causa de elevada morbidade e mortalidade, estando associada às mais diversas patologias, em especial às Doenças Cardíacas

Estima-se a ocorrência de 200.000 PCRs no Brasil anualmente, sendo que metade delas fora do ambiente hospitalar (GONZALEZ, et al., 2013). Esse panorama epidemiológico traz repercussões diretas na atuação das equipes de saúde no atendimento de PCRs, pois estas devem estar cada vez mais preparadas para pronto atender esses eventos extremos (FIELD, et al., 2010)

A PCR é a cessação da atividade cardíaca marcada pela ausência de sinais de circulação. Nela são encontrados quatro padrões de ritmo: fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TV), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia (VAILANCOURT, et al., 2008). Contudo, as maiores taxas de sobrevivência são encontradas quando o ritmo inicial é a fibrilação ventricular (MEANEY, et al., 2013). No ambiente pré-hospitalar o ritmo mais frequentemente observado na PCR é a fibrilação ventricular (LINK, et al., 2010).

Devido à gravidade da PCR, é primordial a oferta precoce de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) por equipe treinada. Nesse sentido é primordial não perder de vista que essa urgência é tempo dependente. (FIELD, et al., 2010; CANESIN, et al., 2005). O acionamento rápido do serviço de emergência, a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), a desfibrilação rápida; o Suporte Avançado de Vida (SAV) rápido e os Cuidados Pós PCR formam os elos da chamada cadeia de sobrevivência (AHA, 2010).

Frente à complexidade da PCR, como membro da equipe multidisciplinar e protagonista na prestação de cuidados, é primordial que o enfermeiro possua capacitação em RCP, mesmo que seu cenário de atuação não seja o hospital (ALMEIDA, et al., 2011). Para tanto, faz-se necessária a implementação de programas com capacitações periódicas, haja vista as mudanças

1.1 - RessuscitaçãoCardiopulmonar

Os primeiros relatos de ressuscitação remontam aos tempos bíblicos, mas somente na segunda metade do século XX é que esse procedimento começa a incorporar premissas científicas. Porém, têm-se relatos da utilização da respiração boca-a-boca já no século XVI. Em 1960, observou-se a efetividade da compressão torácica como fornecedora de níveis adequados de circulação para a manutenção da vida. A RCP moderna, com a associação das compressões com a ventilação foi recomendada pela primeira vez em 1961 (GUIMARÃES, et al., 2009).

Como uma situação de agravo extremo a PCR exige uma resposta imediata e eficiente por parte dos profissionais de saúde (SAYRE, et al., 2010). O êxito da Ressuscitação Cardiopulmonar é consequenciada observância dos elos da chamada corrente da sobrevivência: o acionamento rápido do serviço de emergência, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), a desfibrilação rápida e o Suporte Avançado de Vida (SAV) e Cuidados Pós-PCR, todos feitos de forma precoce (HENARES, et al., 2013).

Os três primeiros elos representam os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV), possíveis de serem realizados tanto por profissionais de saúde como por leigos. Aqui estão incluídos procedimentos como a avaliação da responsividade, manobras de abertura de vias-aéreas, ventilação, compressões torácicas e a desfibrilação, todos feitos de forma não invasiva(TIMERMAN, et al, 2009). Já o Suporte Avançado de Vida (SAV), envolve ações invasivas, tais como a obtenção de viaaérea avançada (intubação) e administração de fármacos vasoativos, cada uma conforme a competência legal inerente a cada profissão(GONZALEZ, TIMERMAN & BORN, 2009).

As diretrizes de RCP geralmente são revistas a cada cinco anos após reunião de diversos especialistas de todo o mundo (LANE, 2007). Entre os anos 2000 e 2010, a forma de intervenção na PCR se orientava a partir da sequência vias aéreas, respiração e circulação (ABC). Porém, após a última revisão, atualmente em vigência, essa ordem é invertida, passando-se a adotar a ordem circulação, vias aéreas e respiração (C-A-B) (TRAVERS, et al, 2010).

Em resumo, no contexto do Suporte Básico de Vida e tomando como referencial o CAB, ao constatar a inconsciência do paciente, o profissional de saúde

deve avaliar a respiração e, estando ausente, ele deve checar pulso central por um período máximo de dez segundos. Mediante sinais de ausência de circulação a RCP deve ser imediatamente iniciada, a começar pelas compressões torácicas. A RCP, para o paciente adulto, é constituída por dois minutos, ou cinco ciclos ininterruptos de alternância entre trinta compressões torácicas e duas ventilações e somente ao final realizar novamente a checagem de pulso (BERG, et al., 2010).

Além da realização desses procedimentos e para resguardar a alta qualidade, os socorristas são orientados a observar o mínimo de 100 compressões por minuto; rebaixar o tórax em no mínimo cinco centímetros em adultos; permitir o retorno do tórax após cada compressão; minimizar as interrupções das compressões torácicas e evitar o excesso de ventilação (FIELD, et al., 2010).

As taxas de sobrevida na RCP são melhores quando o ritmo inicial observado é a Fibrilação Ventricular. Este é o ritmo mais presente em PCRs fora do hospital.(ATWOOD, et al., 2005). Nesses casos, apesar da RCP prolongar o tempo de fibrilação e atrasar o início da assistolia, é imperativo que o paciente receba desfibrilação precoce, a rigor de cinco a dez minutos após a PCR (LINK, et al., 2010). Culley, et al (2004), relataram resultados significativos (50% de sobrevida após alta hospitalar) em comunidades que implantaram programas de desfibrilação para PCRs fora do hospital.

Outro elo da corrente da sobrevivência com resposta positiva em situações de PCR é o Suporte Avançado de Vida. Morais (2012) apontou que pacientes com PCR atendidos que receberam SAV apresentaram melhores taxas de sobrevida dos que os que receberam apenas SBV. Contudo, ações de SAV feitas de maneira isolada pouco surtirão efeito. Gomes, et al (2005) relatam a partir de estudos, sobrevida variando de 36 à 70% em pacientes acometido por PCR quando o SBV e o SAV foram iniciados precocemente.

O último elo diz respeito aos cuidados Pós-PCR, ou seja, a assistência ao se obter o retorno espontâneo da circulação. Nesse caso, a equipe multidisciplinar deve enfatizar a tentativa de estabilização das funções neurológica, hemodinâmica e metabólica a fim de melhorar as taxas de sobrevida (DALLAN, et al., 2013).

O Quadro 1 apresenta orientações relativas à conduta em uma situação envolvendo Parada Cardiorrespiratória.

Quadro 1 – Procedimentos de Suporte Básico de Vida na Ressuscitação Cardiopulmonar.

Componente	Recomendações para adultos
Reconhecimento	Não responsivo
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto e, apenas com <i>gasping</i>)
	Sem pulso palpado por 10 segundos
Sequência da RCP	C-A-B
Frequência de compressão	No mínimo 100/min
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões
	Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos.
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas
	Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos
Vias aéreas	Inclinação da cabeça/elevação do queixo (profissionais de saúde que suspeitem de trauma: anteriorização da mandíbula)
Relação compressão-ventilação (até a colocação da via aérea avançada)	30:2 1 ou 2 socorristas
Ventilações: quando socorrista não treinado ou não proficiente	Apenas compressões
Ventilações com via aérea avançada (profissionais de saúde)	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações/min)
	Assíncronas com compressões torácicas
	Cerca de 1 segundo por ventilação
	Elevação visível do tórax
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.

Fonte: Destaques das Diretrizes da Associação Americana do Coração para Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares (2010)

1.2 - A capacitação do profissional enfermeiro para RCP

É primordial que enfermeiros estejam devidamente preparados e capacitados para prestar o atendimento adequado em situações de PCR (ALMEIDA, et al, 2011), uma vez que frequentemente são os primeiros a testemunhar PCRs (GOMBOTZ, et al.;2006).Para Dalri, et al (2008) cabe ao enfermeiro a responsabilidade por cuidados intensivos durante e após a RCP. Para Husebø, et al. (2012) tanto enfermeiros como estudantes de enfermagem devem estar aptos para prontamente responder um PCR, dentro ou fora do hospital. Um estudo australiano avaliou as necessidades educacionais de enfermeiros sendo a PCR considerada de grande relevância, por 91,4% dos participantes (PASCOE, et al, 2007).

Corroborando essa perspectiva, a Lei 7.498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem atribui e assegura ao enfermeiro os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Somado a isso, cabe-lhe o gerenciamento de recursos, material e humano, além da articulação entre a equipe de resposta (SANTOS e LIMA, 2011).

Segundo Heng, Fong &Anantharaman(2011)enfermeiros devem ser treinados pelo menos em Suporte Básico de Vida para a adoção de procedimentos de ressuscitaçãoaté a chegada da equipe avançada. Verplancke, et al (2008) ao mesmo tempo em que afirma que o Suporte Básico de Vida deve ser uma competência de enfermeiros, aponta em seu estudo o conhecimento deficiente desses profissionais acerca dessa temática.

Habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas precisam ser mobilizadas em enfermeiros para o bom atendimento da PCR, já que o exercício dessas competências dão ao profissional maior capacitação de mobilização da equipe em prol da RCP (BERTOGLIO, et al., 2008). Para MCCARTHY, et al. (2013) o enfermeiro que lida com emergências deve possuir um misto de conhecimentos e habilidades, além da capacidade de se adaptar ao imprevisível.

Miyadahira (2001, p.368-69) e Boaventura (2010, p.30-31) descrevem nove capacidades perceptivo-motoras, que são aquelas que envolvem não apenas saber o que fazer, mas também como fazer:

1. Coordenação multimembro - capacidade de coordenar o movimentodos membros superiores e inferiores simultaneamente

2. Precisão de controle - a capacidade de executar ajustes musculares altamente controlados e precisos em que grupos maiores de músculos estão envolvidos
3. Orientação da resposta - capacidade de selecionar rapidamente quando uma resposta deve ser dada, como na situação de tempo de reação na qual uma escolha deve ser feita.
4. Tempo de reação - capacidade de responder rapidamente a um estímulo quando ele aparece.
5. Velocidade do movimento do braço - capacidade de fazer um movimento geral e rápido do braço.
6. Controle de direção - capacidade de mudar a velocidade e a direção de respostas no tempo adequado.
7. Destreza manual - capacidade de fazer movimentos hábeis de braço e mão, bem direcionados.
8. Estabilidade braço-mão - capacidade de fazer movimentos precisos de posicionamento de braço e mão, nos quais a força e a velocidade têm um envolvimento mínimo.
9. Velocidade punho-dedos - capacidade de mover o punho e os dedos com rapidez

As autoras descrevem ainda oito capacidades de proficiência física, que dizem respeito à condição física do profissional socorrista (MIYADAHIRA, 2001, p.368-69; BOAVENTURA, 2010, p.30-31):

1. Força estática - máximo de força que pode ser exercido contra objetos externos.
2. Força dinâmica - resistência muscular ao exercer força, repetidas vezes.
3. Força do tronco - força dos músculos do tronco
4. Flexibilidade de estiramento - capacidade de flexionar ou estender os músculos do tronco e das costas.
5. Flexibilidade dinâmica - capacidade de fazer flexões do tronco, repetidas e rápidas, como em uma série.
6. Coordenação geral do corpo - capacidade de coordenar a ação de várias partes do corpo, enquanto ele está em movimento.
7. Equilíbrio geral do corpo - capacidade de manter o equilíbrio.
8. Resistência cardiovascular - capacidade de sustentar um esforço máximo que requer esforço cardiovascular.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem estabelecem como perfil profissional um enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, o que não isenta as instituições formadoras de oferecerem em seus currículos conteúdos que abordem a urgência e a emergência, incluindo a PCR. O mesmo documento incumbiu-lhe reconhecer e intervir nos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e ainda ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde (BRASIL, 2001).

Entretanto, muitas instituições optaram por não oferecer em seus currículos conteúdos voltados para cuidados em situações críticas, por considerarem essa

temática específica para programas de pós-graduação (LINO & CALIL, 2008). Para suprir a carência na formação em RCP, muitos enfermeiros buscam o preenchimento dessa lacuna por meio de cursos de imersão, tais como o BLS (*Basic Life Support*) e o ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*).

1.3 – A RCP na Atenção Primária

A maioria dos estudos sobre a PCR e o conhecimento de enfermeiros acerca da RCP tem seu foco voltado para o ambiente hospitalar, principalmente em clínicas que demandam cuidados críticos, tais como prontos-socorros, clínicas cirúrgicas e unidades de terapia intensiva (LUZIA e LUCENA, 2009; ROCHA, 2012; CHAN, et al, 2013).

No Brasil, estima-se que cerca de 100.000 PCRs ocorrem em ambiente extra-hospitalar (GONZALEZ, et al.,2013). Um estudo realizado na região de Ontário, Canadá, apontou que cerca de 3% das PCRs ocorridas fora do hospital acontecia em unidades de saúde. Desses, apenas 27% recebeu RCP por parte dos profissionais expectadores e 90% não recebeu desfibrilação (BROOKS, LAM & MORRISON, 2010).

Essa realidade torna imperativo o reconhecimento de que a PCR merece a dispensação de assistência de qualidade seja qual for o nível de atenção, inclusive na Atenção Primária (AP). Tida como a porta de entrada dos serviços de saúde, o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, a AP, dimensão onde se insere a Unidade Básica de Saúde, engloba uma série de ações em saúde que incorporam o sentido da integralidade da assistência (BRASIL, 2006).

Sobre a integralidade no Sistema Único de Saúde, Mattos (2004) cita como expressão de uma das dimensões desse princípio, a capacidade de responder às necessidades em saúde do indivíduo que resultaram na procura do serviço. Todavia, para Puccini (2012) o cumprimento da integralidade passa pelo rompimento com discurso sobre as limitações da Atenção Primária.

Para Barbosa, et al (2011) as Unidades de Saúde são a referência da população na busca de solução para os mais diversos quadros clínicos e dentre eles estão casos que exigem atenção imediata. Nesse cenário, a autora aponta a necessidade do profissional atuante na Atenção Primária ser dotado também de aptidão para o atendimento de situações que envolvam urgência e emergência.

Bonfim, et al (2012), em estudo que abordou a classificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária, apontaram, segundo a Taxonomia NIC (*Nursing Interventions Classification*), que entre as 169 atividades identificadas havia aquelas classificadas como cuidados de emergência. Outro estudo realizado com profissionais atuantes na Atenção Primária e utilizando um instrumento com linguagem padronizada também segundo a Taxonomia NIC, identificou que 0,9% das atividades de enfermeiros eram destinadas a prestar cuidados de emergência (BONFIM, et al.;2013).

Nesse sentido, com vistas a aprimorar as ações voltadas a situações com iminente risco de morte, a Política Nacional de Atendimento às Urgências, por meio do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência estabelece a integração de todos os níveis de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito às urgências e emergências, incluindo-se a PCR. Inserida nesse contexto, a Unidade Básica de Saúde é compreendida como unidade de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, sendo estabelecido que essas unidades devem propiciar, além da capacitação de seus profissionais de saúde, um espaço abastecido com equipamentos e medicações próprias para esse tipo de atendimento (BRASIL, 2002).

1.4 - Sentimentos frente à PCR/RCP

Os profissionais enfermeiros tem seu cotidiano profissional marcado pela experimentação dos mais diversos sentimentos, sejam eles positivos ou negativos. A depender do local de trabalho onde o enfermeiro está inserido, esses sentimentos podem variar. Para esse referencial optaremos pelos estudos que tratam de sentimentos em relação ao processo de morte e ambientes como unidades de terapia intensiva e prontos-socorros por considerarmos ser o mais próximo de situações que envolvam a PCR.

A morte com frequência é o resultado da PCR (STIELL, et al., 2011). Para Kuhn, Lazzari & Jung (2011), mesmo que o lidar com a morte seja habitual na rotina profissional do enfermeiro, essa situação é marcada pela dificuldade de gerenciamento de sentimentos. Nesse sentido Mota, et al. (2011, p.134) descrevem que

A morte é geradora de sentimentos como dor, tristeza, sofrimento, medo, impotência e insucesso, podendo ser resultado de uma formação

acadêmica voltada para o tratamento e cura das doenças, levando os profissionais a pensarem ser possível curar sempre, o que causa frustração e culpa.

Sá (2009) relata que a precarização dos serviços, com indisponibilidade de materiais e equipamentos necessários somados à deficiente capacitação interferem negativamente na qualidade da assistência e por consequência ocasiona impactos psicofísicos nos profissionais. A baixa infraestrutura para o oferecimento da assistência pode por vezes gerar sentimentos negativos em torno da resolutividade do agravo encontrado (PEDROSA, CORRÊA & MANDÚ et al., 2011).

Diversos sentimentos permeiam a atuação do profissional frente à PCR. Nessas condições, profissionais, mesmo bastante experimentados vivenciam reações físicas, tais como: taquicardia, sudorese, tremores, náuseas e diarreia (CRISTINA, 2008). Sobre isso Condorimay (2003, p.95) destaca que

Os sentimentos são manifestados por meio de emoções como o sofrimento, a dor, a angústia, o estresse, a satisfação profissional, a gratificação pelo cuidado, que muitas vezes podem ser superados pela calma, a paciência, a empatia (...),

Dessa maneira, este estudo pretende compreender o evento PCR/RCP a partir das vivências do enfermeiro atuante na Atenção Primária tendo como referencial seus conhecimentos, a infraestrutura de atendimento e os sentimentos envolvidos.

2 - OBJETIVOS

- Identificar o nível de conhecimento de enfermeiros que atuam na Atenção Primária acerca da Ressuscitação Cardiopulmonar em adultos.
- Avaliar a infraestrutura de Centros de Saúde para o atendimento da parada cardiorrespiratória.
- Identificar sentimentos e percepções de enfermeiros que atuam na Atenção Primária acerca da Ressuscitação Cardiopulmonar.

3 - MÉTODO

3.1 - Local

O estudo foi realizado em Unidades de Saúde (US) da Diretoria Regional de Saúde da Região Administrativa IX (Ceilândia/DF). Atualmente a população de Ceilândia é estimada em 449.592 habitantes, sendo coberta por 11 Unidades de Saúde (PDAD, 2013). Todas as unidades oferecem atendimento em clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e odontologia.

Figura 1 – Inserção de Ceilândia no mapa do Distrito Federal



Fonte: PDAD, 2013.

O critério de inclusão foi a autorização formal por parte da gerência do centro. Para isso, cada gerente, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa,

assinou um termo de concordância. Os gerentes de todos os centros de saúde concordaram inicialmente em participar.

Os critérios de exclusão foram inativação do CS no momento da pesquisa e ausência de do gerente de enfermagem para acompanhar a visita de coleta de dados¹.

3.2 - População

A população de estudo foi constituída por enfermeiros que atuam em nível assistencial em Centros de Saúde de Ceilândia – DF. Esses profissionais foram abordados e informados sobre a constituição da pesquisa. Foi esclarecido que suas participações seriam por meio do preenchimento do questionário e entrevista gravada ou apenas um dos dois.

- Critérios de inclusão: constar no quadro de funcionários do Centro de Saúde como enfermeiro e aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 01)
- Critério de exclusão: estar em afastamento da Unidade no período da coleta de dados.

3.3 - Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quali-quantitativa. Dessa maneira, esse estudo pretendeu não apenas identificar as quantidades, os números, mas também de alguma forma compreender o mundo dos sujeitos pesquisados, fazendo contato com os significados, crenças, e concepções atribuídos por eles ao fenômeno estudado. Günther (2006, p.207) ressalta que

Enquanto participante do processo de construção de conhecimento, idealmente, o pesquisador não deveria escolher entre um método ou outro, mas utilizar as várias abordagens, qualitativas e quantitativas que se adequam à sua questão de pesquisa. Do ponto de vista prático existem razões de ordens diversas que podem induzir um pesquisador a escolher uma abordagem, ou outra.

-
- ¹Inativação da Unidade de Saúde: no momento da pesquisa uma das unidades passava por reforma e por isso foi excluída da pesquisa.
 - Autorização para coleta de dados – Mesmo com a autorização prévia por parte da gerência da Unidade de Saúde, em todos os centros a coleta de dados só pode ser realizada com autorização e acompanhamento da (o) gerente de enfermagem. Dessa forma, foi critério de exclusão três tentativas de coleta sem sucesso devido à ausência da (o) gerente de enfermagem na Unidade.

3.4 - Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O Instrumento I (Apêndice 02) é composto por 3 (três) partes e tem como objetivo avaliar o conhecimento dos enfermeiros acerca da RCP. A Parte 1 é composta por informações para caracterização dos sujeitos além de informações sobre suas participações em cursos e atualizações (BLS, ACLS e outros). A Parte 2 trata dos conteúdos específicos sobre PCR/RCP adaptado do instrumento de Bellan (2006), apenas com perguntas objetivas. São dezesseis questões, cada uma com alternativas que abordam conteúdos conforme a Diretriz da Associação Americana do Coração para Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares de 2010 (AHA, 2010). A Parte 3 contém o roteiro de perguntas da entrevista gravada sobre as percepções e sentimentos vivenciados.

O Instrumento II (Apêndice03) trata-se de formulário com uma lista de checagem para a identificação de espaço reservado para atendimento de PCRs, equipamentos e medicações. O formulário foi estruturado a partir das categorias de itens previstas na Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SBC, 2003) e adaptado conforme a Diretriz da Associação Americana do Coração para Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares de 2010 (AHA, 2010). A avaliação também levou em conta as formas de apresentação das mediações na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A base utilizada para o carro de emergência é o definido para unidades de internação adulto, já que a publicação não contempla unidades não hospitalares. A exigência de espaço reservado para o atendimento da PCR é definida pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais e Urgência e Emergência (BRASIL, 2002), que também define equipamentos e medicações para situações de emergência na Atenção Primária.

3.5 - Análise dos dados

Cada pergunta do Instrumento I possui alternativas de respostas (itens) que podem variar de um a sete. Foram consideradas corretas aquelas em que todos os itens corretos foram assinalados, parcialmente corretas quando um ou mais itens corretos não foram assinalados e incorretas quando um item errado foi assinalado. Para cada questão existe a opção “não sei”.

Cada questão tem o valor de um ponto, de maneira que a soma total do questionário é de 16 pontos. Para se chegar ao valor de cada item correto nas questões, o valor “um” foi dividido pelo número de itens. Após a somatória da pontuação em todas as questões, a nota final foi calculada com base em uma regra de três para a obtenção de uma nota compreendida entre 0 e 10.

A infraestrutura foi avaliada conforme o percentual de itens encontrados, não sendo atribuídas notas, mas percentual de concordância. Apesar do formulário conter todos o itens de um carro de emergência, o foco principal da avaliação foram os recursos destinados ao atendimento direto da PCR: materiais de proteção, desfibrilador externo automático, BVM adulto, cânulas orofaríngeas, tudo endotraqueal, laringoscópio com lâmina curva, fixador de cânula orotraqueal, conjunto de O2/fluxômetro, extensão para O2, jelco, solução fisiológica (SF), equipo macrogotas, seringas, agulhas, gazes, esparadrapo, adrenalina/epinefrina, amiodarona e lidocaína.

Para efeitos de avaliação de recursos para PCR, ressalta-se que:

- A atropina, apesar de constar em várias unidades avaliadas, não é mais recomendada para uso de rotina na RCP (AHA, 2010).
- Algumas medicações e insumos possuem apresentações específicas na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: epinefrina 1 mg; SF 0,9% 500 ml.

Em relação à dimensão qualitativa deste estudo, optou-se por trabalhar as informações segundo a ótica da análise de conteúdo. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas. Após a transcrição, houve a leitura exaustiva das falas. Procurou-se nesse momento analisar tanto a mensagem explícita, o significado geral, como também aquelas contidas nas entrelinhas, a mensagem secundária. Feito isso passou-se a categorização e subcategorização das falas.

3.6 - Aspectos éticos

A conduta dos responsáveis pela pesquisa foi pautada pela estrita observância da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, com o início vinculado à submissão, apreciação e autorização por parte do Comitê de Ética em

Pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SES/DF sob o parecer de n. 349.470/2013.

Os sujeitos foram devidamente informados quanto aos objetivos e métodos utilizados. Receberam também todas as informações necessárias para que de forma livre optassem pela participação e manifestassem esse desejo por meio do preenchimento do TCLE (APÊNDICE 01).

Aos participantes foi assegurada a salvaguarda de todas as informações concedidas, sendo-lhes garantido que todos os dados obtidos serão utilizados tão somente para fins acadêmicos, facultando a eles a apresentação do resultado obtido.

4 - RESULTADOS

4.1 - Caracterização sociodemográfica

O estudo contou com a participação de 19 enfermeiros. A tabela 1 apresenta a distribuição das características sociodemográficas dos participantes em relação ao sexo, idade, instituição formadora, tempo de formação, pós-graduação, cursos e atualizações e frequência de contato com a PCR.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. DF, 2014.

Variáveis	Categoria	Resultado	
		(n)	(%)
Sexo	Masculino	3	15,8
	Feminino	16	8,2
Idade	25-34 anos	3	15,8
	35-44 anos	6	31,6
	45-54 anos	8	42,1
	N.I	2	10,5
Tempo de formação	1-10 anos	8	42,1
	11-20 anos	8	42,1
	21-30 anos	3	15,8
Pós-graduação	Especialização	16	84,2
	Mestrado	1	5,3
	N.I	3	15,8
Cursos/Atualizações	BLS	7	36,8
	ACLS	3	15,8
	Outros	12	63,2
Contato com PCR	Nunca	2	10,5
	Rara	13	68,4
	Frequente	3	15,8

Na amostra pesquisada houve predominância do sexo feminino (84,2%). Entre as faixas etárias destacou-se a entre 44 e 55 anos. Quanto ao tempo de formação 84,2 % tem entre 1 e 20 anos. Dos que informaram a Instituição de Ensino Superior (IES) responsável pela sua formação, observa-se uma distribuição equânime entre instituições privadas e públicas, 41,9% e 36,7%, respectivamente.

Com relação à Pós-graduação, a maioria, 84,2% refere especialização (lato sensu). E quanto ao conhecimento específico, 52,6% dos participantes referiram ter participado dos cursos de BLS (*Basic Life Support*) ou ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*) e 63,2% já fizeram outras formas de atualização sobre o assunto, tais como: cursos, palestras, aulas e leituras de livros ou periódicos.

4.2 - Conhecimento Teórico acerca da RCP

. A tabela 2 apresenta o total de acertos obtido em cada umas das questões. O detalhamento do desempenho de cada participante é apresentado no Quadro 2.

Tabela 2 – Comportamento dos resultados sobre o conhecimento teórico dos participantes por questão. DF, 2014.

QUESTÃO	C		PC		INC		NS		NR	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
1	4	21,1	15	78,9	0	0	0	0	0	0
2	4	21,1	15	78,9	0	0	0	0	0	0
3	3	15,8	15	78,9	0	0	1	5,3	0	0
4	4	21,1	12	63,2	0	0	3	15,8	0	0
5	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0
6	4	21,1	15	78,9	0	0	0	0	0	0
7	1	5,3	18	94,7	0	0	0	0	0	0
8	2	10,5	17	89,5	0	0	0	0	0	0
9	4	21,1	15	78,9	0	0	0	0	0	0
10	15	78,9	0	0	0	0	3	15,8	1	5,3
11	15	78,9	0	0	1	5,3	3	15,8	0	0
12	8	42,1	0	0	4	21,1	7	36,8	0	0
13	5	26,3	14	73,7	0	0	0	0	0	0
14	1	5,3	17	89,5	0	0	1	5,3	0	0
15	7	36,8	12	63,2	0	0	0	0	0	0
16	3	15,8	16	84,2	0	0	0	0	0	0

Fonte: Dados da pesquisa

C = correta; PC = Parcialmente Correta; Inc = Incorreta; NS = Não sabia; NR - Não respondeu

Em relação às questões 1 e 2, que tratam respectivamente da detecção da PCR e da conduta imediata após o diagnóstico da PCR, as respostas foram semelhantes. 21,05% apresentaram respostas corretas e 78,9% respostas parcialmente corretas (PC). A média de acertos para essas duas questões foi 0,56. Na questão 3, sobre os padrões de ritmo encontrados na PCR, 15,7% apresentaram respostas corretas e 78,9% respostas parcialmente corretas. Um participante apresentou resposta não sei (NS). A média encontrada para esse questão foi 0,5. Para a questão 4, quais ritmos cardíacos a desfibrilação externa é indicada, 21,05% e 63,15% foram os percentuais encontrados para resposta C e PC, respectivamente. Nessa questão a média de acertos foi 0,53. O comportamento das notas dos participantes, por questão, está descrito na Tabela 3.

Quadro 2 – Distribuição das notas por enfermeiros e por questão

Enfermeiro	QUESTÕES																TOTAL	T. AJUST*
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
A	0,33	0,28	0,25	0,50	0,20	0,16	0,75	0,25	0,33	1,00	0,00	0,00	0,40	0,32	0,36	0,75	5,88	3,68
B	0,66	0,70	0,25	0,50	0,20	0,16	0,50	0,25	0,33	1,00	0,00	0,00	0,20	0,32	0,48	0,75	6,30	3,94
C	0,33	0,42	0,50	1,00	0,60	0,64	0,25	0,50	0,66	1,00	1,00	0,00	0,80	0,32	0,48	0,75	9,25	5,78
D	1,00	0,70	0,50	0,50	0,20	0,16	0,75	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80	0,64	0,48	1,00	11,48	7,18
E	1,00	0,70	0,75	1,00	0,80	1,00	0,50	0,50	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	0,32	1,00	0,75	12,65	7,91
F	1,00	0,70	0,75	1,00	0,80	0,80	0,50	0,50	0,33	1,00	1,00	1,00	0,80	0,32	0,60	0,75	11,85	7,41
G	0,33	0,28	0,25	0,00	0,20	0,16	0,50	0,25	0,33	0,00	0,00	0,00	0,20	0,32	0,24	0,75	3,81	2,38
H	0,66	1,00	1,00	0,50	0,80	1,00	0,75	1,00	0,66	1,00	1,00	0,00	1,00	0,48	1,00	0,75	12,60	7,88
I	0,33	0,28	0,75	0,50	0,20	0,32	0,50	0,75	0,33	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,48	0,75	10,19	6,37
J	0,33	0,28	0,28	0,50	0,20	0,16	0,50	0,50	0,33	1,00	1,00	0,00	0,40	0,32	0,72	0,75	7,27	4,54
K	0,33	0,14	0,00	0,00	0,40	0,64	0,50	0,25	0,66	0,00	0,00	0,00	0,40	0,00	0,72	0,75	4,79	2,99
L	0,33	0,42	0,25	0,00	0,20	0,16	0,50	0,25	0,66	0,00	0,00	0,00	0,20	0,32	0,36	0,75	4,40	2,75
M	1,00	1,00	1,00	1,00	0,80	1,00	0,50	1,00	0,66	1,00	1,00	1,00	0,60	0,64	1,00	1,00	14,20	8,88
N	0,66	1,00	0,75	0,50	0,60	0,80	0,75	0,50	0,66	1,00	0,00	1,00	1,00	0,80	1,00	0,75	11,77	7,36
O	0,33	0,14	0,25	0,50	0,40	0,32	0,50	0,50	0,66	1,00	0,00	0,00	0,40	0,48	0,60	0,75	6,83	4,27
P	0,66	0,84	0,50	0,50	0,60	0,64	1,00	0,25	0,66	1,00	1,00	1,00	0,60	0,32	0,36	0,75	10,68	6,68
Q	0,33	0,14	0,25	0,50	0,20	0,32	0,50	0,50	1,00	0,00	1,00	1,00	0,20	0,16	1,00	0,75	7,85	4,91
R	0,66	0,70	0,25	0,50	0,60	0,80	0,50	0,75	1,00	1,00	1,00	0,00	0,40	0,48	1,00	0,75	10,39	6,49
S	0,33	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	0,50	0,75	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,80	1,00	1,00	11,88	7,43

*T.Ajust – Total ajustado com base em notas de zero à dez.

Tabela 3 – Comportamento das médias por questão. DF, 2014.

Questão	Média	DP	Mediana	Mínima	Máxima
1	0,56	0,28	0,33	0,33	1
2	0,56	0,45	0,7	0,14	1
3	0,5	0,64	0,5	0,25	1
4	0,53	0,83	0,5	0,5	1
5	0,47	1,05	0,4	0,2	1
6	0,54	1,27	0,64	0,16	1
7	0,57	1,45	0,5	0,25	1
8	0,53	1,69	0,5	0,25	1
9	0,61	1,89	0,66	0,33	1
10	0,79	2,1	1	0	1
11	0,58	2,38	1	0	1
12	0,42	2,64	0	0	1
13	0,6	2,79	0,6	0,2	1
14	0,44	3,04	0,32	0,16	1
15	0,68	3,21	0,6	0,24	1
16	0,79	3,4	0,75	0,75	1

Fonte: Dados da pesquisa

No que consiste o Suporte Básico de Vida (SBV), questão 5, apenas um participante obteve resposta correta, ao passo que 97,4% obtiveram resposta parcialmente correta. Quanto ao que consiste o Suporte Avançado de Vida (Questão 6), 21,05% das respostas foram corretas e 78,9% parcialmente corretas. A média para essas questões (5 e 6) foram 0,47 e 0,54, respectivamente.

Sobre as maneiras possíveis para ventilar o paciente durante a RCP, tanto com o paciente intubado, como não intubado (Questão 7), novamente apenas um participante obteve resposta C e 94,7% PC. A média foi de 0,57. Quanto aos procedimentos que devem ser observados para a realização das compressões torácicas externas (Questão 8), 10,5% apresentaram resposta C e 89,4 PC. Nessa questão a média obtida pelos participantes foi 0.53.

A questão 8 trata sobre a postura corporal para realizar as compressões torácicas externas. Aqui o percentual de respostas corretas e parcialmente corretas foi de 21,05 e 78,9%, com média de 0,61 ponto. A questão 10 (qual a posição de colocação dos eletrodos na desfibrilação) apresentou 78,59% de respostas corretas. três participantes apresentaram não sei como resposta e um não respondeu. 0,79foi a média para essa questão.

Em relação às questões 11 e 12, que abordam a carga elétrica inicial e máxima na desfibrilação, 78,9% e 42,1 % apresentaram respostas C. Para a questão 11, um participante apresentou resposta incorreta e três assinalaram a alternativa não sei. Quanto à questão 12, 21,05 % apresentaram resposta incorreta e 36,8 assinalou a opção não sei. A média para as duas questões foi 0,58 e 0,42.

Na questão 13, sobre as vias de administração de fármacos na PCR, 26,3% obtiveram respostas C e 73,6 % PC. A média encontrada foi 0.6. Quanto aos fármacos mais utilizados durante a ressuscitação (Questão 14) o percentual de respostas corretas foi 26,3%. O de parcialmente corretas foi 73,6% e a média 0,44.

A questão 15, sobre conteúdo de registros de enfermagem no atendimento da PCR, 36,8% apresentaram respostas C e 63,1% PC. Quanto ao conteúdo do carrinho de emergência, questão 16, 15,7% obtiveram resposta C e 84,2% PC. A média de pontos para essas duas questões foi 0,68 e 0,79, respectivamente.

4.3 - A estrutura das Unidades de Saúde

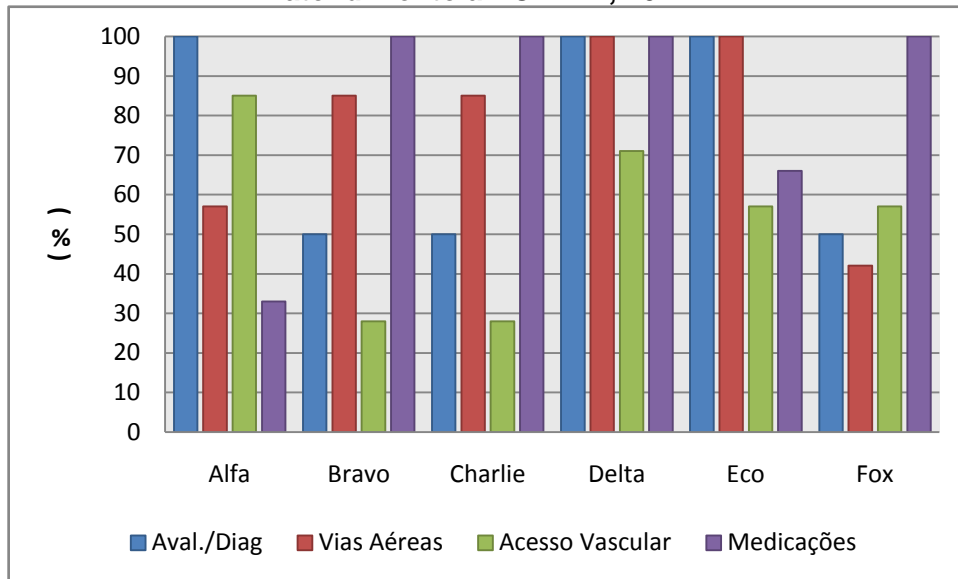
Dos 11 Centros de Saúde de Ceilândia, seis foram incluídos na amostra, observados os critérios de inclusão e exclusão. A Tabela 4 apresenta o desempenho percentual dos Centros de Saúde em relação aos itens destinados ao atendimento da parada cardiorrespiratória.

Tabela 4 – Percentual obtido pelos Centros de Saúde na verificação dos itens de atendimento à PCR. DF, 2014.

Centro de Saúde	Itens identificados/necessários									
	Aval./Diag		Vias-Aéreas		Acesso Vascular		Medicações		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Alfa	2/2	100	4/7	57,14	6/7	85,71	1	33,33	13/19	68,42
Bravo	1/2	50	6/7	85,71	2/7	28,57	3	100	12/19	63,16
Charlie	1/2	50	5/7	71,43	1/7	14,29	1	33,33	8/19	42,11
Delta	2/2	100	7/7	100	5/7	71,43	3	100	17/19	89,47
Eco	2/2	100	7/7	100	4/7	57,14	2	66,66	15/19	78,95
Fox	1/2	50	3/7	42,86	4/7	57,14	3	100	11/19	57,89

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2 – Percentual obtido pelos Centros de Saúde na verificação dos itens de atendimento à PCR. DF, 2014.



Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 3 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de SaúdeAlfa.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)	X		2	100
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		4	57,14
	Cânulas Orofaringeas		X		
	Tubo endotraqueal (6 à 9)		X		
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)	X			
	Fixador de cânula orotraqueal		X		
	Conjunto de O2/Fluxômetro	X			
	Extensão para O2	X			
Acesso vascular	Jeco nº 14,16,18,20	X		6	85,71
	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)	X			
	Equipo macrogotas	X			
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml	X			
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes	X			
	Micropore/esparadrapo	X			
Medicações	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X		1	33,33
	Amiodarona		X		
	Lidocaína		X		
Total geral				13	68,42

O Centro de Saúde (CS) Alfa possui espaço reservado destinado ao atendimento de possível PCR, contudo não foi identificado um carrinho de emergência. Nessa unidade, o local reservado para o atendimento de PCR é a sala de medicações, mesmo local onde estão acomodados os materiais, equipamentos e medicamentos destinados a situações de emergência. Quanto aos materiais de atendimento à PCR, o CS apresentou apenas 68,42% dos itens verificados.

Quadro 4 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Bravo.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)		X	1	50
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		6	85,71
	Cânulas Orofaríngeas	X			
	Tubo endotraqueal (6 à 9)	X			
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)	X			
	Fixador de cânula orotraqueal		X		
	Conjunto de O2/Fluxômetro	X			
Acesso vascular	Extensão para O2		X	2	28,57
	Jeco nº 14,16,18,20	X			
	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)		X		
	Equipo macrogotas		X		
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml	X			
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes		X		
Medicações	Micropore/esparadrapo	X		3	100,00
	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X			
	Amiodarona	X			
	Lidocaína	X			
Total geral				12	63,16

No CS Bravo, tanto o espaço reservado para atendimento da PCR quanto o carrinho de emergência foram identificados. Essa unidade reserva como espaço de atendimento a sala de medicações, onde também fica localizado o carrinho de emergência. Em relação aos itens para atendimento da PCR constantes na lista de checagem, o CS apresentou 63,16%.

Quadro 5 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Charlie.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)		X	1	50,00
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		5	71,43
	Cânulas Orofaríngeas	X			
	Tubo endotraqueal (6 à 9)		X		
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)	X			
	Fixador de cânula orotraqueal		X		
	Conjunto de O2/Fluxômetro	X			
	Extensão para O2	X			
Acesso vascular	Jeco nº 14,16,18,20	X		1	14,29
	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)		X		
	Equipo macrogotas		X		
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml		X		
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes		X		
	Micropore/esparadrapo		X		
Medicações	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X		1	33,33
	Amiodarona		X		
	Lidocaína		X		
Total geral				8	42,11

O CS Charlie apontou a sala de medicações como espaço reservado para o atendimento da PCR, mesmo lugar onde se encontra o carrinho de emergência da unidade. Nesse carrinho, 42,11% dos itens verificados foram encontrados.

Quadro 6 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Delta.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)	X		2	100
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		7	100
	Cânulas Orofaríngeas	X			
	Tubo endotraqueal (6 à 9)	X			
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)	X			
	Fixador de cânula orotraqueal	X			
	Conjunto de O2/Fluxômetro	X			
	Extensão para O2	X			
Acesso vascular	Jeco nº 14,16,18,20	X		5	71,43

	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)	X			
	Equipo macrogotas	X			
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml	X			
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes		X		
	Micropore/esparadrupo	X			
Medicações	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X		3	100,00
	Amiodarona	X			
	Lidocaína	X			
Total geral				17	89,47

O espaço reservado para atendimento da PCR e o carrinho de emergência foram identificados no CS Delta. Nessa unidade, possíveis PCRs são atendidas na sala de medicações. No momento da verificação, o carrinho de emergência encontrava-se no corredor interno da unidade. 89,47% dos itens da lista de checagem foram identificados no carrinho.

Quadro 7 – Itens de atendimento à PCR identificados na Centro de Saúde Eco.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)	X		2	100
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		7	100
	Cânulas Orofaringeas	X			
	Tubo endotraqueal (6 à 9)	X			
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)	X			
	Fixador de cânula orotraqueal	X			
	Conjunto de O2/Fluxômetro	X			
	Extensão para O2	X			
Acesso vascular	Jeco nº 14,16,18,20	X		4	57,14
	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)		X		
	Equipo macrogotas	X			
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml	X			
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes	X			
	Micropore/esparadrupo		X		
Medicações	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X		2	66,66
	Amiodarona		X		
	Lidocaína	X			
Total geral				15	78,95

Apesar de possuir espaço reservado para atendimento da PCR, noCS Eco o carrinho de parada não foi identificado. Os materiais e equipamentos destinados aos atendimentos de emergência ficam acondicionados na sala de medicações, com 78,95% dos itens da lista de checagem identificados.

Quadro 8 – Itens de atendimento à PCR identificados no Centro de Saúde Fox.

Categoria	Item	Identificado		Total	
		Sim	Não	N	(%)
Avaliação/Diagnóstico	Proteção(Máscaras, Luvas, Óculos)		X	1	50
	DEA	X			
Controle de Vias-Aéreas	BVM adulto	X		3	42,86
	Cânulas Orofaríngeas		X		
	Tubo endotraqueal (6 à 9)	X			
	Laringoscópio lâmina curva(nº 3 e 4)		X		
	Fixador de cânula orotraqueal		X		
	Conjunto de O2/Fluxômetro		X		
	Extensão para O2	X			
Acesso vascular	Jeco nº 14,16,18,20	X		4	57,14
	SF 1000 ml (2 frascos de 500 ml)	X			
	Equipo macrogotas	X			
	Seringa de 3,5,10 e 20 ml		X		
	Agulha 36 x12 ou 36 x 10)		X		
	Gazes	X			
	Micropore/esparadrapo		X		
Medicações	Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)	X		3	100,00
	Amiodarona	X			
	Lidocaína	X			
Total geral				11	57,89

Tanto o espaço reservado para atendimento da PCR (sala de medicações) quando o carrinho de emergência foram identificados noCS Fox. O carrinho encontrava-se no corredor interno da unidade. Nele foram identificados 57,89% dos itens da lista de checagem.

4.4 – Sentimentos de enfermeiros frente à PCR

Dos 19 enfermeiros participantes, 9 aceitaram gravar a entrevista para a coleta de informações sobre seus sentimentos e percepções frente à PCR. Após análise de todo o conteúdo, as falas foram agrupadas em 3 categorias e 5 subcategorias. As categorias são as seguintes: 1)Preparação para o atendimento da

PCR; 2) Percepções sobre a estrutura da Unidade de Saúde para o atendimento da PCR; 3) Sentimentos frente ao atendimento da PCR.

4.4.1- Preparação para o atendimento da PCR

Duas subcategorias foram identificadas na categoria Preparação para o atendimento da PCR: preparado para atender uma PCR e não preparado para atender uma PCR.

4.4.1.1 – Preparado para atender uma PCR

Sim. Eu tenho prática, tenho conhecimento embasado na teoria. Já trabalhei em centro cirúrgico, UTI, em clínica cirúrgica e eu já, com toda essa prática junto com o embasamento teórico eu tenho condições de atender uma parada respiratória e até uma parada cardíaca. (ENF E1)

Sim. Porque eu trabalho com isso (né). Não diariamente, mas eu tenho uma certa experiência. É lógico que cada parada tem sua particularidade, mas eu me sinto preparada. Eu trabalho numa UTI [...]. (ENF F2)

4.4.1.2 – Não preparado para atender uma PCR

Sozinha não. [...]. Eu não tenho nenhum treinamento básico, só aquilo que a gente aprende na faculdade. E como eu trabalho com diabéticos e no centro de saúde raramente tem a gente não tem essa preparação específica pra parada cardiorrespiratória como geralmente tem as pessoas que trabalham em pronto-socorro. (ENF D2)

De forma alguma. Eu não me sinto habilitado tecnicamente, eu não tenho esse traquejo, eu não aprendi isso. Eu fiz graduação na [...] (né). É uma filosofia da [...] oferecer uma formação bem generalista. Não há cadeiras de Atendimento Pré-Hospitalar, cadeiras de urgência na graduação na [...]. Não se faz estágios em UTI. Não se faz estágios em prontos-socorros. (ENF A)

4.4.2 - Percepções sobre a Estrutura do Centro de Saúde

Nesta categoria emergiram opiniões acerca da qualidade da infraestrutura disponível para o atendimento da PCR. Como visto, o acesso a recursos físicos de qualidade tem sido um problema, comum às unidades de saúde da Atenção Primária (NORA & JUNGES, 2013; PUCCINI & CORNETTA, 2008). Observou-se, segundo os relatos dos enfermeiros desta pesquisa, que apesar de algumas unidades de saúde empreenderem esforços a fim de se adequarem às condições de recursos, a maioria é considerada aquém das necessidades.

Olha. Existe uma exigência de que nós tenhamos um carrinho de parada, mas eu sempre vejo que nós não estamos preparados dentro do que se espera. Nós não temos um carrinho organizado. Há momentos em que

tentamos coloca-lo o mais próximo do ideal, mas a gente não tem, não estamos preparados para que no momento que surgir possamos oferecer com segurança essa assistência. (ENF A)

Olha, nunca escala de 1 à 10 eu acho que a gente tem 7 na estrutura. Porque pra fazer um atendimento, porque muitas vezes a gente se apega aos instrumentos [...]. (ENF B)

Então. A gente não tinha o carrinho de parada montado. A gente tinha uma caixa com alguns medicamentos necessários. Tinha um Ambu®, a gente não tinha um desfibrilador, tinha alguns medicamentos soltos. Quando o carrinho foi montado de maneira organizada, com a lista de todas as medicações que consta, todas as questões necessárias a gente ficou tranquila, por um lado. Equipamento ok. Só que a equipe ainda não foi capacitada. Então assim. O equipamento tá jóia, mas a equipe ainda não. (ENF D1)

Aqui é um Centro que não tem estrutura já pra começar. A sala de medicação meio que vira a sala de parada. Não tem uma mesa adequada, não tem um espaço adequado, é pequeno. Hoje em dia já tem o carrinho que já fica lá dentro. Já tem o carrinho, que já foi um avanço. Porque antes era uma maleta. Hoje já tá mais estruturado, mais organizado [...]. (ENF F2)

4.4.3 - Sentimentos frente ao atendimento da PCR

Na terceira categoria, emergiram sentimentos decorrentes das vivências daqueles que já experimentaram situações de PCR e também frente à possibilidade de atendimento desses agravos nos Centros de Saúde onde trabalham. Nessa categoria foram identificadas subcategorias:

4.4.3.1 – A infraestrutura como base

No contexto da Atenção Primária, diante da deficiente capacitação e inadequada infraestrutura, os sentimentos são evidenciados, como visto nas falas abaixo:

Ah sim. A gente se sente preocupada de dar conta de fazer um bom atendimento. A gente se sente inseguro a gente se sente preocupado de realmente dar conta de atender essa parada cardiorrespiratória já aconteceu no Centro de Saúde, mas sem deixar de sentir essa insegurança esse medo. (ENF F1)

Ah sim. É aquela questão, a gente não foge da raia, a gente vai e tenta fazer mas que a gente tem medo de fazer um procedimento e perder a vida de alguém a gente tem. (ENF D1)

4.4.3.2 – Experiência e capacitação específica como apoio

Reitera-se que a questão da capacitação é fomentadora de diversos sentimentos vivenciados frente a PCR/RCP, sejam eles negativos ou positivos.

Dessa forma percebe-se que sentimentos do tipo frustração/impotência relacionam-se com o reconhecimento de que não há a devida preparação para o evento.

Frustrado. Frustrado. Porque como eu já falei eu acho que todos os profissionais tem que ter o mínimo de preparo, tem que procurar fazer o melhor sem complicar, sem atrapalhar, seguindo uma sequência de atendimento. (ENF B)

Todo mundo ficou frustrado. Todo mundo percebeu que a equipe era despreparada. (ENF D1)

Uma sensação de impotência, um sentimento de possível culpa, caso eu conclua que houve o resultado morte por falta de habilidade técnica. (ENF A)

Em sentido contrário, os enfermeiros que se consideram capacitados e/ou experientes referem não se sentirem frustrados, mesmo diante do resultado morte. Nesses casos, nota-se um sentimento de *fizemos o que pudemos*.

Então a gente não tinha muito sentimento de frustração em relação à parada cardiorrespiratória [...] a gente tinha um bom entrosamento, cada um sabia qual o seu papel, cada um sabia qual sua função e as coisas transcorriam bem. Muitas vezes com êxito, muitas vezes com insucesso. (ENF C)

Me senti segura. Inclusive eu acalmei a médica. Eu falei calma que nós vamos conseguir recuperar com sucesso. E fomos fazendo todas as medicações e os passos da ressuscitação. E a equipe era muito capacitada então a gente não teve problema porque estávamos todos preparados. (ENF D2)

5 – DISCUSSÃO

5.1 – Sobre o conhecimento acerca da RCP

É razoável que o profissional de saúde saiba prontamente reconhecer os sinais de uma PCR. Dessa maneira, a identificação precoce da inconsciência e o reconhecimento das ausências de respiração e pulso tornarão mais ágeis o desencadeamento da corrente da sobrevivência (FIELD, et al.,2010). Todavia, neste estudo, os participantes apresentaram baixo desempenho no reconhecimento da PCR.

É importante ressaltar que a ausência de consciência foi a alternativa menos assinalada, resultado semelhante ao encontrado por Bellan, Araújo & Araújo (2006). Contudo, parte dos participantes que não assinalaram ausência de consciência, assinalaram ausência de pulso e ausência de respiração, o que poderia explicar o comportamento das respostas, concluindo que não há consciência em indivíduos que não respiram ou que não tenham sinais de circulação central. Outro grupo assinalou apenas ausência de pulso, o que a partir do raciocínio anterior poderia explicar a não marcação da inconsciência e ausência de respiração, já que por certo o paciente que não tem pulso central está arresposivo e sem respirar.

Quanto à conduta a ser adotada após o diagnóstico da PCR, a pesquisa identificou baixo índice de respostas corretas. Nesse quesito chama a atenção que 47% dos participantes não assinalaram pedir carrinho de emergência com desfibrilador e 26% não consideraram como conduta realizar manobras de compressão torácica externa. Em um estudo realizado com profissionais de saúde da Atenção Primária, Barbosa, et al. (2011) apontou que as maiores dificuldades em RCP encontradas pelos profissionais estavam justamente a procedimentos de SBV.

As maiores taxas de sobrevida na PCR são encontradas quando o ritmo inicial é a Fibrilação Ventricular (MEANEY, et al.,2010), o que faz ser essencial o uso de um desfibrilador logo nos primeiros minutos da PCR (TAI, et al.,2014). Além disso, as compressões torácicas de qualidade são hoje fortemente associadas ao sucesso da ressuscitação (IDRIS, et al.,2012). Cabe aqui retomar a relação positiva entre o êxito da ressuscitação e os elos da cadeia de sobrevivência, dentre eles, a RCP (com compressões) e a desfibrilação precoce (STIELL, et al., 2012).

Os enfermeiros participantes apresentaram baixo índice de acertos em relação aos padrões de ritmos encontrados na PCR. O estudo de Bertoglio, et al.

(2008) demonstrou que o local de trabalho interfere na capacidade de identificação de padrões de ritmo por propiciar menor contato com monitorização de pacientes e situações de emergência. De fato, os sujeitos deste estudo não tem em seu cotidiano de trabalho o contato com tecnologias que permitem a monitorização. Os desfibriladores disponíveis são do tipo semi-automáticos (DEA), que não permitem a leitura do ritmo cardíaco por parte do profissional.

As questões 4, 10, 11 e 12 são relativas à desfibrilação. Sobre os ritmos chocáveis 63% considera apenas um ritmo como chocável e desses 83% não considera a Taquicardia Ventricular sem Pulso como um ritmo no qual se pode utilizar um desfibrilador. Contudo, mesmo que os DEAs disponíveis tenham sua carga de energia previamente programada, os participantes apresentam bom desempenho nas questões relativas às cargas mínimas e máximas utilizadas durante a desfibrilação.

A terapia elétrica é uma conduta fundamental na RCP. Sua utilização em conjunto com as compressões torácicas tem o potencial de melhorar as taxas de sobrevividas em vítimas de PCR (MEIER, et al.; 2012; LINK, et al.;2010). Um estudo realizado com enfermeiros de assistência hospitalar revelou que apenas 17% reconhecia a FV e a TV como ritmos chocáveis (SILVA e MACHADO 2013).Araújo, et al. (2008) identificaram deficiência de enfermeiros quanto à primeira conduta ao se identificar FV e TV como ritmos iniciais da PCR.

A conduta frente à PCR ainda em seus primeiros minutos é crucial para aumento da sobrevivida. Nesse cenário o SBV desponta como um dos principais contribuintes do sucesso da RCP. Dentre os procedimentos tidos como de SBV, estão: checar a responsividade e a respiração, chamar por ajuda, abrir vias-aéreas e realizar ventilações/compressões (GONZALEZ, et al.;2013).

Contudo, neste estudo, apenas um enfermeiro soube reconhecer todos os procedimentos de SBV, conteúdo da questão 5. Esse resultado se assemelha aos identificados por Almeida, et al. (2011) , com a descrição de alto índice de respostas incorretas para conteúdos de SBV.

As questões 8 e 9 abordam conteúdos inerentes às compressões torácicas, tais como posicionamento do corpo do socorrista, posicionamento dos braços e mãos, frequência mínima das compressões e retorno torácico após cada

compressão. Nas duas questões, o desempenho dos participantes foi baixo, 10.5 e 21% respectivamente.

Estudos tem enfatizado a relevância das compressões torácicas para o aumento das taxas de sobrevivência em vítimas com PCR (MEANEY, et al., 2013; BLEWER, et al., 2012; CHRISTENSON, et al., 2009). Um estudo japonês que analisou 1.376 PCRs testemunhadas identificou melhores taxas de sobrevivência em pacientes que receberam somente compressões torácicas em comparação com os que receberam RCP convencional, com compressões e ventilações (IWAMI, et al., 2012).

Em relação ao Suporte Avançado de Vida (SAV), questão 6, 21% obtiveram respostas corretas. Morais (2012), em estudo realizado com 1.165 pacientes em que houve a RCP, identificou que as chances de retorno espontâneo da circulação naqueles que receberam SBV foi sete vezes menor do que os que receberam SAV. Outro estudo, dessa vez desenvolvido com paramédicos australianos treinados em SAV, demonstrou que a presença desse profissional no atendimento à PCR fora do hospital melhorou a sobrevivência dos pacientes (WOODALL, et al., 2007). Contudo, o Suporte Avançado de Vida pouco logrará êxito sem SBV de qualidade (TIMERMAN, et al.;2009)

Apenas um participante apresentou resposta correta para as maneiras possíveis para se ventilar o paciente durante a RCP. Nota-se que para situações em que o paciente não está intubado, 47% dos participantes não indicaram a respiração bocaaboca como um método de ventilação. De fato a utilização dessa técnica é motivo de controvérsias devido aos riscos de doenças infecto contagiosas.

Muito embora o risco seja real, os relatos documentados de contaminações decorrentes de RCP são incomuns (AREND, 2000). Mesmo que polêmica, essa técnica continua a ser ensinada e utilizada (MIOTTO, et al., 2010). 42,3% dos leigos participantes de uma pesquisa sobre SBV afirmaram que fariam a respiração bocaaboca sem proteção. Dos 57,7% que afirmaram não realizar a técnica sem proteção, 32.9% não fariam devido à possibilidade de transmissão de doenças (PERGOLA e ARAÚJO, 2009).

A via intravenosa (IV) é a via de primeira escolha para a administração de fármacos durante a PCR. Em caso de insucesso, a via de escolha deve ser a intraóssea, já que é capaz de proporcionar concentrações plasmáticas semelhantes

à IV (GONZALEZ, et al., 2013; LANE & GUIMARÃES, 2008). Sobre essas vias, 26,3% apresentaram respostas corretas neste estudo. Todos os participantes assinalaram a via endovenosa periférica, porém apenas 31,5% assinalou a via intraóssea como uma alternativa de acesso vascular, o menor percentual entre as alternativas. Lima, et al. (2009) relataram baixo percentual de acertos (38,7%) nesse mesmo conteúdo entre os profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) pesquisados. Outro estudo realizado apenas com enfermeiros apontou respostas corretas em apenas 16,4% dos participantes (ALMEIDA, et al., 2011).

Apenas um enfermeiro apresentou resposta correta sobre os fármacos utilizados na RCP. A Diretriz da Associação Americana do Coração para Ressuscitação Cardiopulmonar e Emergências Cardiovasculares 2010 estabelece três fármacos como drogas de escolha na RCP. São eles a adrenalina (epinefrina), a vasopressina como substituto do primeiro e a amiodarona.

A questão 15, sobre o conteúdo dos registros de enfermagem no atendimento da PCR, apresentou o maior índice de respostas corretas entre as questões com mais de duas alternativas, mesmo assim um baixo índice (36,8 %) de acertos. Grisante, et al. (2013) avaliaram anotações de enfermagem sobre atendimentos à PCRs e consideraram tais anotações de baixa qualidade com base no protocolo Utstein.

O relatório padrão Utstein (*In-hospital Utstein Style*) tem sido utilizado por muitos serviços a fim de padronizar essas anotações (FERNANDES, et al., 2010; AVANSI & MENECHIN, 2008; CAVALCANTE & LOPES, 2006). Mesmo que projetado para o ambiente hospitalar, esse instrumento pode ser adaptado para situações fora do hospital (MORAIS, et al., 2009). As anotações e registros acerca da assistência à PCR são capazes de subsidiar estudos sobre o tema. O estudo das variáveis concernentes à vítima, à PCR e à própria ressuscitação propicia a possibilidade de análise comparativa entre diferentes atendimentos (LOPES, et al., 2012; PETERS & BOYDE, 2007).

Na PCR o risco de morte é iminente. Dessa forma, conhecer a localização e a forma de utilização dos materiais e equipamentos destinados à RCP interferem na qualidade do atendimento oferecido (YURI & TRONCHIN, 2010). Na questão relativa ao conteúdo do carrinho de emergência 15,8% apresentaram respostas corretas

5.2 – Sobre a estrutura dos Centros de Saúde

Dos 11 Centros de Saúde da cidade de Ceilândia – DF foram avaliados aqueles em que os pesquisadores receberam autorização por parte da gerência no momento da visita para pesquisa. Dessa maneira, 6 Centros de Saúde fizeram parte deste estudo.

Uma assistência qualificada necessariamente é amparada, dentre outros componentes, por condições adequadas de infraestrutura (PEDROSA, CORRÊA & MANDÚ et al., 2011). Para o atendimento da PCR, alguns materiais, equipamentos e insumos são definidos como de prioridade *Nível I*, que devem estar disponíveis imediatamente (SBC, 2013).

Os melhores desempenhos encontrados neste estudo aconteceram nos itens destinados ao controle de vias-aéreas. Considerando a importância desses recursos sob a luz da cadeia de sobrevivência, o resultado mostra percentuais insatisfatórios de adequação.

À Atenção Primária cabe não apenas o atendimento de urgências e emergências, mas também a coordenação da atenção à saúde nessa modalidade de assistência (BRASIL, 2013). Para qualificação do pronto atendimento na Atenção Primária e seu reconhecimento como componente dessa rede de atenção é preciso romper com a crença de que *lugar de urgência e emergência é no pronto socorro* e empreender esforços no sentido de dar a esse nível de atenção a infraestrutura e recursos necessários para seu pleno funcionamento (PUCCINI & CORNETTA, 2008).

Konder (2013) aponta as deficiências da infraestrutura da Atenção Primária como um entrave na articulação da assistência às urgências. Uma revisão sistemática realizada por Nora & Junges (2013) identificaram que a infraestrutura (instalações, medicações, equipamentos) inadequada tem sido um problema recorrente na Atenção Primária e interferem na qualidade da assistência. Ainda sobre os impactos dessa carência o estudo de TRAD & ROCHA (2011, p.1979) observaram que

(...) as deficiências relatadas no plano da infraestrutura repercutem negativamente em diferentes aspectos do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, comprometendo significativamente a qualidade dos serviços prestados.

Em quatro unidades os materiais destinados ao atendimento da PCR estavam em carros de emergência. Esses carros não seguiam um padrão de construção e divisão de materiais por categoria de utilização. Nas demais, o acondicionamento variava entre maletas e armários. Lima, et al. (2010), em estudo realizado em setores de dois hospitais constatou que os carrinhos de emergência não obedeciam à normatização brasileira.

A normatização brasileira não preconiza a padronização ou presença de carrinho de emergência em unidades de Atenção Primária (SBC, 2013). No entanto, a Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde estabelece os recursos físicos das unidades desse nível de atenção destinados ao atendimento e estabilização de urgências (BRASIL, 2002).

A sala de medicações foi o lugar indicado como espaço de pronto atendimento da PCR em todas as unidades que referiram esse recurso. Contudo é relevante destacar a importância de que esse espaço seja reservado aos atendimentos de urgência e emergência, já que pelo risco exigem atenção imediata. Sobre isso o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002, p.12) estabelece que

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.

5.3 - Sentimentos de enfermeiros frente à PCR

Enfermeiros precisam estar preparados para atender com qualidade situações que envolvam PCR (HUSEBØ et al., 2012; HENG, FONG & ANANTHARAMAN, 2011). Para Almeida, et al. (2011) em situações com risco iminente à vida e PCR o enfermeiro é responsável pelo cuidado. Não obstante, estudos tem demonstrado que esses profissionais carecem de conhecimentos acerca dessa temática (LIMA, et al., 2011; BELLAN, ARAÚJO & ARAÚJO, 2010; VERPLANCKE, et al., 2008).

Nesse sentido, observa-se nas falas que para os enfermeiros o estar ou não preparados para o atendimento da PCR deve-se na maioria das vezes ao ensino desse conteúdo na Graduação ou às experiências profissionais em setores destinados a cuidados críticos.

Mesmo que as doenças cardiovasculares e a violência ocupem lugar de destaque nas estatísticas de morbimortalidade brasileiras (BRASIL 2013), a temática urgência e emergência não tem sido contemplada nos currículos como conteúdo básico da formação do enfermeiro, sendo colocada no rol das especializações. (LINO & CALIL, 2008). Essa carência de fato impacta negativamente na capacitação do enfermeiro e conseqüentemente na integralidade da assistência oferecida.

Porém, mesmo que houvesse essa oferta curricular, não seria suficiente se o profissional não aderisse à educação permanente, haja vista a periódica mudança de protocolos. Desse modo, para oferecer uma assistência qualificada é necessário que o profissional mantenha-se atualizado (BRIÃO, et al., 2009). Todavia, a despeito de protocolos, é preciso considerar que a prática e experiência profissional em RCP influem positivamente no comportamento do profissional frente à PCR (GRAÇA & VALADARES, 2008).

O acesso a materiais e equipamentos está entre os fatores que influenciam o sucesso da ressuscitação (ZANINI, et al., 2006). Para FONTANA (2011) a falta de infraestrutura adequada permite o surgimento de agravos de ordem emocional tal como o estresse. Souza, et al. (2013) em estudo de análise de equipe de atenção primária em Portugal aponta que naquele país as melhores condições de infraestrutura contribuem para as boas práticas profissionais ao passo que no Brasil a inadequação dos recursos materiais comprometem a qualidade da assistência. Quanto à importância dos recursos no sucesso da ressuscitação. Pedersoli (2009, p.19) afirma que:

Para o sucesso do atendimento à PCR, a assistência adequada dependerá tanto da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, de materiais e equipamentos, como da determinação das funções de cada pessoa envolvida no processo.

A prática laboral, a depender de suas características, é capaz de gerar no trabalhador tanto sentimentos de prazer como de sofrimento (MARTINS & ROBAZZI, 2009). A Atenção Primária continua sendo vista como um nível de assistência cujo foco é a promoção e prevenção da saúde. Todavia, em situações clínicas agudas ou de iminente risco de morte, é possível que a população recorra à essas unidades de saúde devido à proximidade de suas residências (BARBOSA, et al., 2009).

Dessa maneira, observa-se que além de suas atividades cotidianas, os enfermeiros da Atenção Primária também estarão sujeitos a desgastes emocionais decorrentes de urgências e emergências. Em relação à atuação profissional em urgências e emergências Cristina (2008, p.99) destaca que:

Os profissionais que lidam nesta atividade profissional, vivem em constante desgaste físico e mental, pois se defrontam com os limites e possibilidades para lidar com a dor, sofrimento, morte e ao mesmo tempo a prontidão, raciocínio rápido, a tomada de decisão assertiva e bom condicionamento físico.

A PCR é uma emergência na qual o socorrista lida com limites muito estreitos entre a vida e a morte (GONZALEZ, et al., 2013). Na opinião de Motaet al (2011) apesar da morte ser uma possibilidade de desfecho em diversos agravos, os profissionais apresentam dificuldades em seu enfrentamento, sofrendo inclusive com sentimentos decorrentes dela. Dessa forma, a PCR desponta como uma situação com potencial de levar o enfermeiro a vivenciar diversos tipos de sentimento, tais como medo, impotência e frustração (SÁ, 2009).

A forma como cada profissional vivencia a urgência/emergência, inclusive a PCR, é individualizada e depende, dentre outros fatores, do quanto o indivíduo está capacitado e essencialmente da sua experiência de atendimento a essas situações. Segundo Graça & Valadares (2008), o fato da PCR ser um evento novo influirá na forma como o enfermeiro a enfrentará. No entanto, frente à imprevisibilidade da urgência/emergência, mesmo profissionais experientes poderão ser impactados emocionalmente atuando em determinados eventos (ROMANZINI & BOCK, 2010). Nesse sentido, na opinião de Cristina (2008), a experiência profissional e o histórico de atendimentos não isenta o profissional de vivenciar repercussões psicofísicas ao assistir à PCR.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu compreender o evento Parada Cardiorrespiratória e a Ressuscitação Cardiopulmonar no contexto do enfermeiro de Atenção Primária. Como evento complexo que é, a PCR/RCP demanda não apenas conhecimento por parte dos profissionais, mas também condições adequadas de infraestrutura, incluindo-se instalações físicas, insumos, medicações e equipamentos especializados. Somado a isso esse evento é capaz de propiciar a vivência de sentimentos imprevisíveis, o que o torna ainda mais complexo.

A alta morbimortalidade em torno da PCR exige por parte dos componentes de atenção à saúde esforços no sentido de propiciar pessoal capacitado e estrutura de atendimento condizente com o nível de demanda. É premente que os profissionais envolvidos, gestores e assistencialistas, entendam que a PCR não espera. A literatura destaca que a cada minuto passado sem que seja oferecido o socorro adequado, as chances de sobrevivência diminuem em 10% (CULLEY, et al., 2010; LUZIA & LUCENA, 2009).

Mesmo assim, este estudo evidenciou condições inadequadas de atendimento da PCR nas unidades de Atenção Primária verificadas. Embora o instrumento aplicado visasse apenas aferir o conhecimento teórico dos enfermeiros, constatou-se que esses profissionais carecem de conhecimento sobre RCP. Contribuindo para essa situação, verificou-se uma precarização concernente à infraestrutura de atendimento.

É relevante dizer que esse panorama, falta de capacitação e recursos físicos escassos, imprime no enfermeiro uma vivência da PCR ainda mais desgastante, experimentando sentimentos na maior parte das vezes negativos, como impotência e frustração. Mesmo aqueles que se sentem preparados, acabam vivenciando frustração por não verem em seu cotidiano uma infraestrutura adequada. Isso porque mesmo sabendo o que fazer diante da PCR, não podem devido a indisponibilidade de recursos.

Assim, mesmo que pouco frequente o atendimento da PCR na Atenção Primária, conclui-se que:

- ✓ A Atenção Primária deve assumir sua responsabilidade na coordenação e atendimento às urgências e emergências.

- ✓ Os enfermeiros da Atenção Primária devem assumir seu protagonismo na pronta assistência às urgências e emergências, incluindo a PCR;
- ✓ É premente a necessidade de capacitação teórica e prática dos enfermeiros que atuam nesse nível de atenção;
- ✓ As Secretarias de Saúde devem propiciar ao profissional a participação em programas de educação permanente em Ressuscitação Cardiopulmonar a fim de que se mantenham atualizados em relação às diretrizes internacionais;
- ✓ A gestão dos serviços de saúde de Atenção Primária no DF deve de maneira urgente adequar suas infraestruturas às demandas do atendimento da PCR, adequando-se conforme o preconizado pelo Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002);
- ✓ Considerando o evidenciado no perfil epidemiológico brasileiro, com alta morbimortalidade decorrente do aumento da violência/acidentes de trânsito e doenças cardiovasculares, somado à estimativa de 200.000 PCRs/ano no país, é preciso que as Instituições de Ensino Superior contemplem em seus currículos, conteúdos voltados para o atendimento às urgências e emergências, mesmo que em nível básico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.O, et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.19, n. 2, 2011.

ARAÚJO KA. et al. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal na cidade de São Paulo. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v.26, n.2, p.183-90, 2008.

AREND, CF. Transmission of Infectious Diseases through Mouth-to-Mouth Ventilation: Evidence-Based or Emotion-Based Medicine?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.71. n.1, 2000.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DO CORAÇÃO. Destaque das Diretrizes da Associação Americana do Coração para RCP e ACE, 2010.

ATWOOD, C. et al. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. **Resuscitation**, v.67, p.75-80, 2005.

AVANSI, PA; MENEHIN P. Tradução e adaptação para a língua portuguesa do In-Hospital Utstein Style. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.42, n.3, p.504-511, 2008.

BARBOSA, M.A.F, et al. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. **Revista de Atenção Primária**, v.14, n.2, p. 233-238, 2011.

BELLAN, Margarete Consorti. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 257 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

BELLAN, MC; ARAÚJO, IIM; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.6, p.1019-1027, 2010.

BERG, RA. et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.685-705, 2010.

BERTOGLIO, VM. et al. Tempo Decorrido do Treinamento em Parada Cardiorrespiratória e o Impacto no Conhecimento Teórico de Enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.3, p. 454-460, 2008.

BLEWER, AR. et al. Continuous chest compression cardiopulmonary resuscitation training promotes rescuer self-confidence and increased secondary training: a

hospital-based randomized controlled trial. **Critical Care Medicine**, v.40, n.3, p.787-792, 2012.

BOAVENTURA, Ana Paula. **Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem das Manobras de Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP) Utilizando o Desfibrilador Externo Automático (DEA)**: alunos de graduação da área de saúde. 2010. 143 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BONFIM, D. Comparação entre as intervenções de enfermagem realizadas e os registros em sistema informatizado para atenção básica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.4, p.401-408, 2013.

BONFIM, D. et al. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1462-1470, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Aprova diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n.466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria nº 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

BRIÃO, RC. et al. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.1, 2009.

BROOKS, CS; LAM, KK; MORRISON, LJ. Out-of-hospital cardiac arrests occurring in southern Ontario health care clinics. **Canadian Family Physician**, v.56, p.213-218, 2010.

CANESIN, MF. et al. Tempo é Vida – Um dever de conscientização da morte súbita. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v.84, n.6, p.441-442, 2005.

CAVANCANTE, TMC; LOPES, RS. O atendimento à parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein. **ActaPaulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p.7-15, 2006.

CHRISTENSON, J. et al. Chest Compression Fraction Determines Survival in Patients with Out-of-hospital Ventricular Fibrillation. **Circulation**, Dallas, v.120, n.13, p.1241-1247, 2009.

CONDORIMAY TACSI, YR. **Vivências da enfermeira na assistência à criança em situação de emergência – Parada cardiorrespiratória**. 2003. 126 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2003.

CRISTINA, JA. et al. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. **Ciência&Enfermeria**, v.14, n.2, p.97-105, 2008.

CULLEY, LL. et al. Public Access Defibrillation in Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Community-Based Study. **Circulation**, Dallas, v. 10, p. 1859-1863, 2004.

DALLAN, LAP. et al. Suporte Avançado de Vida – Novas Diretrizes AHA/ILCOR 2010. In: **Síndromes Coronarianas Agudas e Emergências Cardiovasculares**. São Paulo, 2013. p. 361-369.

DALRI, MCB. et al. Novas Diretrizes da Ressuscitação Cardiopulmonar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, 2008.

DISTRITO FEDERAL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2013, Brasília, 2013.

FERNANDES, AP. et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo *Utstein*. **ActaPaulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p.757-763, 2010.

FIELD, JM. et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 118, n. 18, p. 676-684, 2010.

FONTANA, Rosane Teresinha. **Situação de trabalho da enfermagem em uma instituição de Atenção Básica à Saúde: saberes e práticas**. 2011. 207 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

GOMBOTZ H. et al. In-hospital cardiac resuscitation outside the ICU by nursing staff equipped with automated external defibrillators - the first 500 cases. **Resuscitation**, v.70, n.3, p.416-22, 2006.

GOMES, AMCG. et al. Fatores Prognósticos de Sobrevida Pós-Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral em Hospital Geral. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.85, n.4, p. 262-271, 2005.

GONZALEZ, M; TIMERMAN, A; BORN, D. Suporte Avançado de Vida no Adulto. In: **Tratado de Cardiologia – SOCESP**, 2009. p. 1712-1722.

GONZALEZ, MM. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 100, n. 2, p. 105-113, fev. 2013.

GRAÇA, TD; VALADARES, GV. O (re)agir da enfermagem diante da parada cardiopulmonar: um desafio no cotidiano. **Revista de Enfermagem da Escola Ana Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.411-416, 2008.

GRISANTE, DL. et al. Avaliação dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar baseada no modelo Utstein. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n. 6, p.1177-1184, 2013.

GUIMARÃES, HP. et al. A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 7, p. 238-244, 2009.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *Versus* Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.201-210. 2006.

HENARES, BB. et al. Suporte Básico de Vida – Novas Diretrizes AHA/ILCOR 2010. In: **Síndromes Coronarianas Agudas e Emergências Cardiovasculares**. São Paulo, 2013. p. 349-359.

HENG, KWJ. et al. The role of nurses in the resuscitation of in-hospital cardiac arrests. **Singapore Medical Journal**, v.52, n.8, p.611-615, 2011.

HUSEBØ, SIE. et al. A comparative study of defibrillation and cardiopulmonary resuscitation performance during simulated cardiac arrest in nursing student teams. **Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine**, v. 20, n.23, 2012.

IDRIS, AH. et al. The Relationship Between Chest Compression Rates and Outcomes from Cardiac Arrest. **Circulation**, Dallas, v.125, n.124, p.3004-3012, 2012.

IWAMI, T. et al. Chest Compression-Only Cardiopulmonary Resuscitation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest With Public-Access Defibrillation: A Nationwide Cohort Study. **Circulation**, Dallas, v.126, p.2844-2851, 2012.

KONDER, Mariana Teixeira. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro.** 2013. 108f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KUHN, T; LAZZARI, DD; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, p.1075-1081, 2011.

LANE, J.C. Novas Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005 - 2006). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.89, n.2, p.17-18, 2007.

LANE, JC; GUIMARÃES, HP. Acesso Venoso pela Via Intra-Óssea em Urgências Médicas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.20, n.1, p.63-67, 2008.

LIMA, SG. et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.93, n.6, p.630-636, 2009.

LINK, MS. et al. Part 6: Electrical Therapies: Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion, and Pacing • 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.706-719, 2010.

LINO, MM; CALIL, AM. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.777-783, 2008.

LOPES, JL. et al. Sistematização do registro eletrônico de atendimento da parada cardiorrespiratória. **Journal Health Informatics**. v.4., n.1, p.17-22, 2012.

LUZIA, MF; LUCENA, AF; Parada Cardiorrespiratória do Paciente Adulto no Âmbito Intra-Hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.328-337, 2009.

MARTINS, JT; ROBAZZI, MLCC. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v.17, n.1, 2009.

MATTOS, RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MCCARTHY, G. et al. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. **International Emergency Nursing**, v.21, p. 51-27, 2013.

MEANEY, PA. et al. Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital: A Consensus Statement From the American Heart Association. **Circulation**, Dallas, v. 128, p. 417-435, jun. 2013.

MEIER, P. et al. Chest compressions before defibrillation for outof- hospital cardiac arrest: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. **BMC Medicine**, v.8, n.52, 2010.

MIOTTO, HC. et al. Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar Utilizando Treinamento Teórico *versus* Treinamento Teórico-Prático. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.95, n.3, p.328-331, 2010.

MIYADAHIRA, AMK. Capacidades Motoras Envolvidas na Habilidade Psicomotora da Técnica de Ressuscitação Cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n.4, p.366-373, 2001.

MORAIS, DA. et al. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.7, p.211-218, 2009.

MORAIS, Daniela Aparecida. **Ressuscitação Cardiopulmonar Pré-Hospitalar: fatores determinantes da sobrevivência**. 2012. 113 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

MOTA, MS. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.32, n.1, p.129-135, 2011.

NORA, CRD; JUNGES, JR. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.6, p.1186-1200, 2013.

PASCOE, T. The Educational Needs of Nurses Working in Australian General Practices. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v.24, n.3, p.33-37, 2007.

PEDERSOLI, Carlos Eduardo. **O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: uma revisão integrativa da literatura**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PEDROSA, ICF; CORRÊA, ACP; MANDÚ, ENP. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v.10, n.1, p.58-65, 2011.

PERGOLA, EM; ARAÚJO, IEM. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.335-342, 2009.

PETERS, R; BOYDE M. Improving Survival After In-Hospital Cardiac Arrest: The Australian Experience. **American Journal of Critical Care**. v.16, p.240-247, 2007.

PUCCHINI, PT. et al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.2941-2952, 2012.

PUCCHINI, PT; CORNETTA, VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.2032-2042, 2008.

ROCHA, FAS. et al. Atuação da Equipe de Enfermagem frente à Parada Cardiorrespiratória Intrahospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n.1, p.144-150, 2012.

ROMANZINI EM, BOCK LF. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.2, 2010.

SÁ, Cláudia Maria da Silva. **Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar**: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, JLG; LIMA, MADS. Gerenciamento do Cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.4, p.695-702, 2011.

SAYRE, MR. et al. Part 2: Evidence Evaluation and Management of Potential or Perceived Conflicts of Interest: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v. 122, p. 657-667, 2010.

SILVA, AB; MACHADO, RC. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.4, p.1014-1021, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de Apoio ao Suporte Avançado de Vida em Cardiologia – Código Azul – Registro de Ressuscitação - Normatização do Carro de Emergência. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2003.

SOUZA MB. et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.33, n.3. p.190–195, 2013.

STIELL, IG. et al. Early versus Later Rhythm Analysis in Patients with Out-of-Hospital Cardiac Arrest. **New England Journal of Medicine**, v.365, n.9, p.787-797, 2011.

STIELL, IG. et al. What is the Role of Chest Compression Depth during Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation?. **Critical Care Medicine**, v.40, n.4, p.1192-1198, 2012.

TAI, CK. et al. Nurse-initiated defibrillation: are nurses confident enough?. **Emergency Medicine Journal**, v.29, p.27-27, 2012.

TIMERMAN, S. et al. Suporte Básico de Vida. In: **Tratado de Cardiologia – SOCESP**, 2009. p. 1697-1711.

TRAD, LAB; ROCHA, AAR. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011.

TRIVERS, AH.et al. Part 4: CPR Overview: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**, Dallas, v.122, p.676-684, 2010.

VAILLANCOURT, C. et al. A survey of attitudes and factors associated with successful cardiopulmonary resuscitation (CPR) knowledge transfer in an older population most likely to witness cardiac arrest: design and methodology. **BMC Emergency Medicine**, v. 8, n. 13, 2008.

VERPLANCKE, T. et al. Determinants of the quality of basic life support by hospital nurses. **Resuscitation**, v.77, p.75-80, 2008.

WOODALL, J. et al. Impact of advanced cardiac life support-skilled paramedics on survival from out-of-hospital cardiac arrest in a statewide emergency medical service. **Emergency Medicine Journal**, v.24, p.124-138, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2014. Genebra, 2014.
YURI, NE; TRONCHIN, DMZ. Qualidade assistencial na Divisão de Enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, 331-338, 2010.

ZANINI, J. et al. Parada e Ressuscitação Cardiopulmonar: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n. 2, p.143-147, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa: **Identificação do Nível de Conhecimento de Enfermeiros acerca de Procedimentos de Ressuscitação Cardiopulmonar e da Estrutura Física de Atendimento em Centros de Saúde**. O objetivo desta pesquisa é identificar a capacitação de Enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde para o atendimento de uma parada cardíaca, bem como a estrutura de suas respectivas unidades para receber essa emergência.

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).

A sua participação será através de uma entrevista e preenchimento de um questionário, que será respondido na Unidade Básica de Saúde onde trabalha. Não existe obrigatoriamente um tempo pré-determinado para responder a entrevista e o questionário. Informamos que o senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Informamos ainda que a entrevista será gravada em áudio e depois transcrita para que as informações sejam aproveitadas na íntegra para análise. O resultado da pesquisa será divulgado em reunião previamente agendada com os participantes, podendo o mesmo ser publicado posteriormente, com a garantia de sigilo. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora principal.

Os riscos decorrentes da sua participação na pesquisa se referem aos psicossociais, pois serão discutidos temas que envolvem os sentimentos individuais e podem gerar ansiedade e sofrimento psicológico, como dúvidas e receios dos sujeitos participantes quanto ao preparo em atender, na sua unidade básica de saúde, os pacientes em PCR. Como benefícios, o(a) senhor(a) será convidado a participar de programas de capacitação em ressuscitação cardiopulmonar - RCP para os

profissionais da rede básica de saúde da Regional que oferecerá aos participantes da pesquisa um curso breve sobre RCP.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Diane Maria Scherer Kuhn Lago, pelos telefones: 61-8138 0348 ou 61- 3107 8419 e e-mail: diane@unb.br ou ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF no endereço SMHN – Q.03 – Conjunto A Bloco 1 – Edifício FEPECS – Brasília-DF Telefone: (061) 3325-4955 e email: cepesdf@saude.df.gov.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável e outra com o(a) senhor(a).

Nome completo do participante: _____

Documento CPF ou RG: _____

Telefone de contato: _____

Assinatura: _____

Nome completo da pesquisadora principal: Diane Maria Scherer Kuhn Lago

CPF: 575.859.200-59

Telefone: (61) 8138 0348 e (61) 9262 4848

Assinatura: _____

APÊNDICE 02

TERMO DE CONCORDÂNCIA DO CENTRO DE SAÚDE

A Sra. **XXX**, gerente do Centro de Saúde **XXX** da Regional de Saúde de Ceilândia está de acordo com a realização, neste setor, da pesquisa: ‘O *CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SUPORTES BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA*’, de responsabilidade da pesquisadora Professora Diane Maria Scherer Kuhn Lago, para *identificar o nível de conhecimento de enfermeiros de centros de saúde acerca de ressuscitação cardiopulmonar nas modalidades de suporte básico e avançado de vida e suas percepções e sentimentos frente a uma parada cardiorrespiratória, bem como, identificar a presença de espaço reservado neste centro de saúde, com equipamentos e medicações apropriadas para o atendimento destes indivíduos*, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve a aplicação de questionários e entrevistas com enfermeiros do centro de saúde, além de levantamento sobre o espaço, equipamentos e materiais disponíveis para um eventual atendimento de urgência em ressuscitação cardiopulmonar no Centro de Saúde. Terá duração de doze meses, com previsão de início para o mês de junho de 2013.

Brasília, _____ / _____ / _____

Ana Paula Vigano: _____

Chefia responsável pelo centro de saúde nº02.

Assinatura/carimbo

Diane Maria Scherer Kuhn Lago: _____

Pesquisadora responsável

Assinatura/carimbo

APÊNDICE 03



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Identificação do nível de conhecimento e sentimentos de enfermeiros acerca do evento parada cardíaca, procedimentos de Ressuscitação Cardiopulmonar e estrutura física de atendimento em Centros de Saúde de Ceilândia

Questionário de Pesquisa

Pesquisadores: Prof^ª. Ma. Diane Maria Scherer Kuhn Lago e Acadêmico de Enfermagem André Rodrigues de Andrade

Instituição: Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

PARTE 1 - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Dados de identificação:

1. **Sexo:** () feminino () masculino Idade: _____ anos.

2. **Formação profissional:**

Instituição: _____ Tempo de formado: _____
Tempo de atuação profissional: _____

3. **Pós - Graduação:**

() Especialização () Mestrado () Doutorado () Outros: especificar

4. **Unidade de trabalho:** _____ **Turno de trabalho:** _____

5. **Tempo de trabalho na unidade:** _____ **Tempo na instituição:** _____

6. **Já trabalhou ou trabalha em outras unidades dentro desta instituição?**

() Sim, trabalho () Sim, trabalhei () Não

Se sim, qual: _____

7. **Já participou de curso de BLS?**

() sim () não Se sim, há quanto tempo? _____

8. **Já participou de curso de ACLS?**

() sim () não Se sim, há quanto tempo? _____

9. Já fez alguma atualização sobre o assunto?

() sim () não Se sim, há quanto tempo? _____

Por meio de: () leitura em livros () leitura de periódicos () palestras
() cursos () aulas () outros: _____

10. Qual a frequência de contato com a situação de PCR?

() Nunca () Rara () Frequente

Para responder as questões abaixo, você pode assinalar mais que uma alternativa sempre que julgar necessário:

PARTE 2 - CONHECIMENTO SOBRE PCR/RCP

Para responder as questões abaixo, você pode assinalar mais que uma alternativa sempre que julgar necessário:

1. Como você detecta uma parada cardiorrespiratória (PCR)? Valor de cada item *

- | | |
|--|--------|
| a) não sei | 1=0,33 |
| b) ausência de consciência | 2=0,66 |
| c) ausência de movimentos respiratórios | 3=1,00 |
| d) ausência de pulsos carotídeos e ou femorais | |

2. Qual a sua conduta imediata após o diagnóstico de uma PCR? Valor de cada item

- | | |
|---|--------|
| a) não sei | 1=0,14 |
| b) chamar por ajuda | 2=0,28 |
| c) pedir carrinho de emergência com o desfibrilador | 3=0,42 |
| d) colocar a vítima em decúbito dorsal | 4=0,56 |
| e) remover objetos da cavidade oral | 5=0,70 |
| f) retificar vias aéreas | 6=0,84 |
| g) iniciar ventilação artificial | 7=1,00 |
| h) realizar manobras de compressão torácica externa | |

3. Quais os padrões de ritmos encontrados na PCR? Valor de cada item

- | | |
|--------------------------------------|--------|
| a) não sei | 1=0,25 |
| b) taquicardia ventricular sem pulso | 2=0,50 |
| c) fibrilação ventricular | 3=0,75 |
| d) atividade elétrica sem pulso | 4=1,00 |
| e) assistolia | |

4. Para quais ritmos cardíacos é indicada a desfibrilação externa? Valor de cada item:

- | | |
|--------------------------------------|--------|
| a) não sei | 1=0,5 |
| b) fibrilação ventricular | 2=1,00 |
| c) taquicardia ventricular sem pulso | |

5. No que consiste o suporte básico de vida (SBV)? Valor de cada item
- a) não sei 1=0,20
 - b) reconhecimento rápido 2=0,40
 - c) retificação das vias aéreas 3=0,60
 - d) ventilação artificial 4=0,80
 - e) compressão torácica externa 5=1,00
 - f) desfibrilação

6. No que consiste o suporte avançado de vida (SAV)? Valor de cada item
- a) não sei 1=0,16
 - b) manutenção do suporte básico de vida 2=0,32
 - c) desfibrilação precoce 3=0,48
 - d) equipamentos especiais para oxigenação e ventilação 4=0,64
 - e) monitorização cardíaca 5=0,80
 - f) obtenção e manutenção de acesso venoso 6=1,00
 - g) terapêutica farmacológica

7. Quais as maneiras possíveis que você pode utilizar para ventilar o paciente durante as manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP), num ambiente extra-hospitalar?

1=0,25

No paciente intubado:

2=0,50

- a) não sei
- b) ressuscitador manual enriquecido com O₂ (Ambú)[®]
- c) apenas aumenta a FiO₂ para 1,0 (100%) se estiver no respirador artificial

No paciente não intubado:

3=0,75

- e) não sei 4=1,00
- f) respiração boca-a-boca
- g) ressuscitador manual (Ambú)[®] + máscara, enriquecido com O₂

8. Quais procedimentos devem ser observados para a realização das compressões torácicas externas (CTE)? Valor de cada item:

- a) não sei 1= 0,25
- b) posicionar as mãos no centro do tórax do paciente 2= 0,50
- c) realizar no mínimo 100 compressões por minuto 3= 0,75
- d) realizar a troca do profissional que realiza a compressão a cada 2 minutos 4= 1,00
- e) permitir que após cada compressão haja o retorno do tórax à sua posição inicial

9. Como deve ser a postura corporal para realizar a CTE? Valor de cada item

- a) não sei 1=0,33
- b) tronco acima do corpo do paciente 2=0,66
- c) braços formando ângulo de 90 graus com o tórax do paciente 3=1,00
- d) manter cotovelos estendidos

10. Na desfibrilação, qual a posição que você utiliza para a colocação dos eletrodos (pás)?

- a) não sei
- b) região superior do esterno e ápice cardíaco

11. Quanto se deve colocar de carga elétrica inicial para a desfibrilação?

- a) não sei
- b) 200 Joules
- c) 300 Joules
- d) 360 Joules

12. Qual a carga máxima que deve ser utilizada durante a desfibrilação?

- a) não sei
- b) 200 Joules
- c) 300 Joules
- d) 360Joules

13. Quais as vias que podem ser utilizadas para a administração de fármacos durantea PCR? Valor de cada item

- a) não sei 1=0,20
- b) via endovenosa periférica 2=0,40
- c) via endovenosa central 3=0,60
- d) via intratraqueal 4=0,80
- e)viaintra-óssea 5=1,00
- f) via intracardíaca

14. Quais os fármacos mais utilizados durante a RCP? Valor de cada item

- a) não sei 1=0,16
- b) adrenalina 2=0,32
- c) vasopressina 3=0,48
- d) atropina 4=0,64
- e) lidocaína 5=0,80
- f) cálcio 6=1,00
- g) amiodarona

15. O que você considera importante/indispensável para fazer parte do conteúdo dos registros de enfermagem no atendimento da PCR em ambiente hospitalar? Valor de cada item

- a) não sei 1=0,12
- b) tipo de PCR 2=0,24
- c) hora da PCR 3=0,36
- d) hora do início da RCP 4=0,48
- e) fármacos utilizados 5=0,60
- f) número de choques 6=0,72
- g) via de administração de fármacos 7=0,84
- h) tempo de RCP 8=1,00
- i) equipe de atendimento

16. Qual a composição do carrinho de emergência? Valor de cada item

- a) não sei 1=0,25
- b) material para oxigenação 2=0,50
- c) material para circulação artificial 3=0,75
- d) material para acesso venoso 4=1,00
- e) material para terapêutica farmacológica

PARTE 3 – Percepções e sentimentos vivenciados

Entrevista gravada

- 1 – A senhora (senhor) se sente preparada (o) para atender uma vítima de parada cardiorrespiratória? Por que pensa isso?
- 2 – A senhora (senhor) já atendeu algum evento de parada cardiorrespiratória? Se sim, como se desenvolveu o atendimento?
- 3 - Como a senhora (senhor) se sentiu quando atendeu a PCR?
- 4 – O que a senhora (senhor) pensa a respeito da estrutura do Centro de Saúde para atender uma PCR?
- 5 – Como a senhora (senhor) pensa que se sentiria ao se deparar com uma PCR no Centro de Saúde sem que haja profissionais capacitados para o atendimento?
- 6 - A senhora (senhor) se sente emocionalmente preparada para atender uma PCR no Centro de Saúde?

APÊNDICE 04



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Identificação do nível de conhecimento de Enfermeiros acerca de procedimentos de Ressuscitação Cardiopulmonar, estrutura física de atendimento em Centros de Saúde de Ceilândia.

Formulário de Pesquisa

Pesquisadores: Professora Diane Maria Scherer Kuhn Lago e Acadêmico de Enfermagem André Rodrigues de Andrade

Instituição: Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Identificação

Centro de Saúde: _____

Data: ___/___/___

Endereço: _____

O Centro de Saúde possui espaço reservado (previamente definido) para o atendimento de indivíduos com parada Cardiorrespiratória?

Espaço identificado

Espaço não identificado

O Centro de Saúde possui carro de emergência para Suporte Avançado de Vida?

Sim Não

Localização do carro de emergência: _____

Lista de Checagem

Avaliação e diagnóstico
<input type="checkbox"/> Material de proteção (luvas, máscaras e óculos) <input type="checkbox"/> Desfibrilador externo automático <input type="checkbox"/> Prancha rígida
Controle de Vias-Aéreas

- Reanimador respiratório manual tipo BVM (Ambú) adulto
- Conjunto de cânulas orofaríngeas (Guedel) adulto
- Cânula de aspiração para adulto
- Tubo endotraqueal (6,0 à 9,0)
- Laringoscópio com lâmina curva(nº 3 e 4)
- Fixador de cânula orotraqueal
- Conjunto de Oxigênio com Fluxômetro
- Extensão para oxigênio
- Máscara de oxigênio com reservatório
- Cânula facial tipo óculos
- Umidificador
- Nebulizador
- Aspirador portátil ou fixo

Acesso vascular e controle circulatório

- Jelco nº 14, 16, 18, 20
- Torneirinhas
- SF 1000ml (2 frascos de 500 ml)
- Ringer Lactato 1000 ml (-2 frascos de 500 ml)
- SG 5% 500 ml
- Equipo macrogotas
- Bureta
- Seringa de 3, 5, 10 e 20 ml
- Agulha 36x12 ou 36x10
- Gazes
- Micropore ou esparadrapo

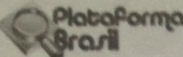
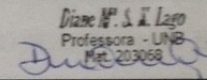
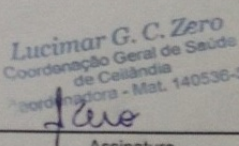
Medicações

- Ácido acetilsalicílico 300 mg (3 comprimidos de 100 mg)
- Adrenalina 1 mg (Epinefrina 1 mg)
- Água destilada 10 ml
- Água destilada 500 ml
- Amiodarona
- Atropina 1 mg (4 ampolas de 0,25 mg)
- Beta-Bloqueador
- Lidocaína
- Gluconato de Cálcio
- Sulfato de magnésio
- Bicarbonato de Sódio
- Glicose 50%
- Furosemida
- Broncodilatador

ANEXOS

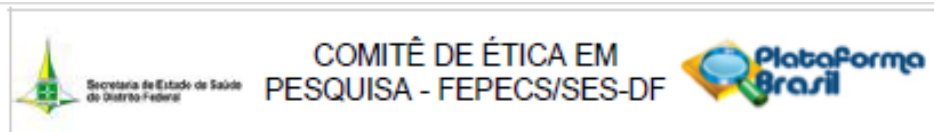
ANEXO A

FOLHA DE ROSTO COM AUTORIZAÇÃO DA COORDENADORA GERAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA - DF

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SUPORTES BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 60	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO			
6. CPF: 575.859.200-59	7. Endereço (Rua, n.º): SHIS QI 28 CONJUNTO 7 SETOR DE HABITACOES INDIVIDUAIS SUL 04 LAGO SUL DISTRITO FEDERAL 71670270		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (61) 3536-3721	10. Outro Telefone:	11. Email: DIANE@UNB.BR
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>29</u> / <u>04</u> / <u>2013</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE		14. CNPJ:	15. Unidade/Orgão: Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia
16. Telefone: (61) 3471-9000	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Lucimar Gonçalves C. Zero</u>		CPF: <u>999.290.666-91</u>	
Cargo/Função: <u>Coord. Geral</u>			
Data: <u>30</u> / <u>04</u> / <u>13</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO B

PARECE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM SUPORTES BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA

Pesquisador: DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15912113.5.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Cellândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 349.470

Data da Relatoria: 07/07/2013

Apresentação do Projeto:

O acesso precoce a procedimentos de reanimação é um fator primordial na recuperação do indivíduo vítima de uma parada cardiorrespiratória (PCR) necessitando da integração de todos os níveis de assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a tais casos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar o nível de conhecimento dos enfermeiros de Centros de Saúde acerca de Reanimação Cardiorrespiratória nas modalidades Suporte Básico e Avançado de Vida e suas percepções e sentimentos frente a um parada cardíaca.

Objetivos Secundários:

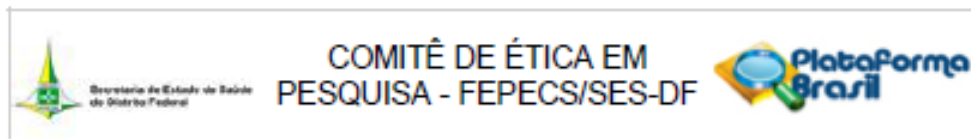
Identificar a presença de espaço reservado nos Centros de Saúde, com equipamentos e medicações apropriadas para o atendimento de indivíduos em parada cardiorrespiratória; Analisar o perfil dos enfermeiros que atuam nas unidades básicas de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Dúvidas e receios dos sujeitos participantes quanto ao preparo em atender, na sua unidade básica de saúde os pacientes em PCR.

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



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 349.470

Benefícios:

Subsidiar a implementação de programas de capacitação em reanimação cardiopulmonar -RCP para os profissionais da rede básica de saúde da Regional;

Oferecer aos participantes da pesquisa um curso breve sobre RCP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo descritivo com abordagem qualiquantitativa com 60 enfermeiros das UBS da regional de saúde da Ceilândia. Os dados serão obtidos por meio da aplicação de dois instrumentos baseado na Diretriz Internacional para RCP/2010 e 2013.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: apresentada.

Termos de Concordância: apresentados.

TCLE: apresentado.

Curriculos dos pesquisadores: apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Projeto em conformidade com Resolução CNS nº 466/2012.

Situação do Parecer:

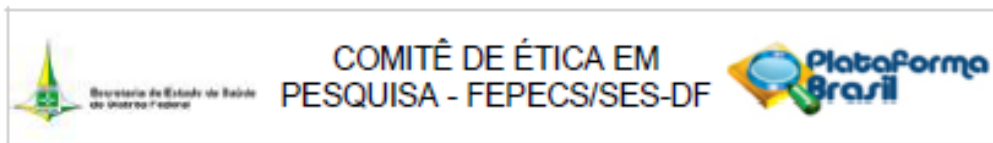
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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: 349.470

BRASILIA, 05 de Agosto de 2013

Assinador por:
Iuliz fernando galvão salinas
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (51)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com