

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

KNOWLEDGE OF NURSING STAFF ABOUT CARDIOPULMONARY RESUSCITATION PROTOCOL IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A PUBLIC HOSPITAL

Layana Pachêco Araújo¹

Ataiza Lima Silva²

Natália Pereira Marinelli³

Maria Belén Salazar Posso⁴

Lívia Maria Nunes Almeida⁵

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento teórico e prático da equipe de enfermagem atuante na emergência sobre ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Trata-se de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa e caráter descritivo. Participaram do estudo 12 profissionais no período de setembro a outubro de 2010, que foram nomeados nos resultados pelos codinomes: Artéria, Sangue, Aorta, Veia, Hemácia, Plaqueta, Átrio e Ventrículo, sendo que 4 não declararam opiniões divergentes. Por meio dos resultados constatou-se que os profissionais conseguiram identificar o paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), mas é necessário aprimorar os conhecimentos na área para reversão do quadro clínico no atendimento imediato. Quanto à capacitação no atendimento ao paciente em PCR, 5 dos entrevistados não a possuem pela falta de oferta da instituição. Quando questionados sobre o desempenho individual na efetivação das manobras de ressuscitação, 3 profissionais relataram não se sentirem capazes, alegando necessidade de aperfeiçoamento e treinamento relacionados ao atual protocolo em RCP.

Palavras-chave: parada cardiorrespiratória; ressuscitação cardiopulmonar; emergência; enfermeiro.

ABSTRACT: The study evaluated the theoretical and practical knowledge of nursing staff working in emergency on cardiopulmonary resuscitation (CPR). This field research uses a qualitative approach and descriptive character. In the period from September to October 2010, 12 professionals participated in this study, which were appointed in the results by codenames: Artery, Blood, Aorta, Vena, RBC, Platelet, atrium, and ventricle, and 4 reported no dissenting opinions. The professionals were able to identify the patient in cardiopulmonary arrest (cardiac arrest, CA). However, it is necessary to improve knowledge in the area to reverse immediate clinical care. As for training on CA patient care, 5 of those surveyed have no lack of supply of the institution. When asked about the effectiveness of individual performance in resuscitation, 3 professionals reported not feeling capable, citing the need for improvement and training related to the current CPR protocol.

Keywords: cardiopulmonary arrest, cardiopulmonary resuscitation, emergency nurse.

¹ Mestranda em Bioengenharia - Universidade do Vale do Paraíba - Univap e Enfermeira da ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias - MA. E-mail: pacheckinha@hotmail.com.

² Graduada em Enfermagem - Universidade Estadual do Maranhão - UEMA. E-mail: ataizalima@hotmail.com.

³ Mestranda em Bioengenharia - Univap, Docente da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão - Facema e da UEMA, Coordenadora do PET - Saúde da Família e Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família - ESF da Prefeitura Municipal de Saúde de Caxias - MA. E-mail: enfnatmarinelli@hotmail.com.

⁴ Doutora em Enfermagem - Universidade de São Paulo - USP e Professora Integral da Univap. E-mail: mbelen@terra.com.br.

⁵ Mestranda em Bioengenharia - Univap e Docente da Universidade Estadual do Piauí - UESPI. E-mail: liviaalmeida24@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) é realizado em várias etapas, desde o reconhecimento dos sinais de parada até a realização das manobras mais avançadas, o que requer da equipe concentração nos críticos 30 minutos pré e pós-ressuscitação. A rapidez das intervenções adotadas em casos de PCR e o êxito na reanimação cardiopulmonar (RCP) dependem da agilidade e eficácia com que se ativa a chamada cadeia de sobrevivência, constituída pelo reconhecimento dessa situação, e pelo desencadeamento do sistema de emergência disponível na aplicação do suporte básico de vida (SBV), desfibrilação precoce e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) (LINO, 2006).

A PCR, até pouco tempo atrás, era sinônimo de morte, pois não mais que 2% sobreviviam. Hoje, esse índice de sobrevivência chega a alcançar cerca de 70% se o socorro for precoce e eficaz, para tanto é indispensável a capacitação da equipe de enfermagem, a qual nem sempre se apresenta preparada frente a essa situação (LINO, 2006).

O trabalho da equipe pode contribuir nos índices de sucesso na RCP e no prognóstico positivo para o paciente, quando este prioriza a divisão de tarefas, dinamismo, domínio de habilidades e boa comunicação entre o grupo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

A eficácia da RCP depende da atuação da equipe de saúde frente a uma PCR. Equipes médicas de emergência ou equipes de resposta rápida vêm sendo implementadas em muitos hospitais, visando a melhorar a evolução do paciente, por intermédio da identificação e tratamento da

deterioração clínica. A PCR é comumente precedida de alterações fisiológicas que podem ser reconhecidas pela monitoração dos sinais vitais pelos profissionais que ali atuam (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

Diante do grande número de pacientes vítimas de PCR, fez-se necessária a realização desta pesquisa, para que se possa realizar de forma adequada e efetiva a abordagem inicial e as manobras de RCP. Principalmente conhecer se a equipe de enfermagem reconhece quando o paciente está em PCR, se os profissionais que atuam especificamente na emergência conseguem realizar as manobras de ressuscitação, se possuem capacitação para atuarem e quais as principais dificuldades enfrentadas por esses profissionais no atendimento ao paciente em PCR.

1.1 Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar: definição e dados epidemiológicos

A PCR, pela peculiaridade de sua gravidade, sempre desafiou os conhecimentos teórico-práticos da Medicina. “A interrupção súbita das funções cardiopulmonares caracteriza uma “emergência médica extrema” que pode resultar em *“lesão cerebral irreversível e a morte”*, isto, se não forem realizadas com eficiência e correção as medidas para reverter a morte clínica (CRISTINA *et al.*, 2008).

A RCP objetiva, então, restabelecer o fluxo sanguíneo oxigenado, principalmente ao cérebro e coração e, claro, para todo o organismo, até que ocorra o restabelecimento das funções cardíaca e respiratória espontâneas, na tentativa de

preservar a vida revertendo a morte clínica (APARECIDA, 2006). Assim, a:

[... PCR é cessação da circulação e da respiração reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e respiratórios, em um paciente inconsciente] (CRISTINA *et al.*, 2008).

A cadeia de sobrevivência é composta de quatro elos e, para o sucesso na RCP, todos eles são importantes. Inclui: acesso rápido, que visa o reconhecimento e a comunicação imediata da ocorrência, para obter ajuda; a RCP rápida, ou seja, abertura de vias aéreas, ventilação e circulação sanguínea que devem ocorrer tão breve quanto possível; a desfibrilação rápida com a identificação e tratamento da Fibrilação Ventricular (FV), e por fim, a aplicação das técnicas do SAVC que visa o controle das vias aéreas e medicamentos apropriados ao ritmo cardíaco (MIYADAHIRA *et al.*, 2008, p. 533).

A RCP deve ser utilizada para melhorar o prognóstico da PCR e não para voltar à vida. Após a realização das compressões torácicas, quando não há o retorno da circulação efetiva do paciente, devem-se realizar outras medidas, tais como, desfibrilação, administração de drogas apropriadas de acordo com a prescrição médica e monitorização continuamente (ADAIR, 2003).

O desencadeamento do sistema de emergência constitui passo decisivo no

atendimento. Como não é possível a definição detalhada da condição clínica do paciente em curto espaço de tempo, deve ser realizado, inicialmente, o chamado por ajuda buscando o desencadeamento do sistema de emergência disponível para melhor estrutura de recursos no atendimento eficaz realizado ao cliente (TIMERMAN *et al.*, 2010).

A PCR é uma intercorrência, às vezes, inesperada, constituindo grave ameaça à vida das pessoas, principalmente àquelas que sofrem Parada Cardíaca Súbita (PCS) fora do hospital, sendo que muitos desses pacientes apresentam FV. O manejo dessas vítimas em qualquer nível de atendimento, necessita de RCP e desfibrilação. E o bom atendimento depende, ainda, da disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos de reanimação e treinamento da equipe (DALRI *et al.*, 2008).

No âmbito extra-hospitalar, “a FV costuma ser o mecanismo mais comum de PCR (85%) e, também, a terceira causa intra-hospitalar (5 a 10%), e, geralmente, vem associada, à cardiopatia isquêmica” (HIGA *et al.*, 2008, p. 328).

O choque desfibrilatório é a única medida confiável capaz de reverter uma FV ou Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso, ritmos que o desfibrilador pode reverter (ritmos chocáveis) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

1.2 Assistência de enfermagem ao paciente em PCR

As manobras utilizadas no Suporte Básico de Vida (SBV) visam a estabelecer as condições mínimas necessárias para a manutenção ou recuperação da oxigenação e perfusão cerebral, que é a viabilidade

neurológica para o prognóstico da vítima. Portanto, na conduta inicial diante de um paciente em PCR, deve-se adotar manobras que restabeleçam a oxigenação e perfusão dos órgãos centrais e, conseqüentemente, um impacto terapêutico eficaz sobre o paciente (PORCIDES, 2006).

É função prioritária do enfermeiro prestar assistência ao paciente grave, porém sua função frente a uma RCP é bem mais extensa, devendo dar suporte à equipe, providenciando recursos materiais e treinamento continuado, visando a adequadas condições de atendimento em qualquer âmbito hospitalar (LINO, 2006).

Em situações de risco iminente de vida, a tomada de decisão deve ser rápida. Sendo fundamental para os profissionais o conhecimento e treinamento na área da reanimação. A utilização de fluxogramas parece auxiliar no processo de tomada de decisão. Fluxogramas têm sido difundidos e utilizados para o aprendizado em cursos de treinamento, como o SAVC (FEITOSA-FILHO *et al.*, 2006).

Quanto mais rápida a desfibrilação, melhores os resultados na sobrevivência do paciente, e as chances de ter o retorno da função neurológica e respiratória sem maiores conseqüências para a vítima, possibilitando, assim, as melhores condições possíveis para sua recuperação (HIGA *et al.*, 2008).

A partir do momento em que é detectada perda da consciência, ausência de respiração e de pulso em grandes artérias (carótida ou femoral), deve ser realizado, imediatamente, o pedido por ajuda e iniciar RCP imediatamente. Com esse procedimento, é possível evitar a deterioração do estado da vítima (SMELTZER; BARE, 2005).

A constatação imediata da PCR, assim como o reconhecimento da gravidade da situação, é fundamental, permitindo iniciar, prontamente, as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas e de equipamento adequado. Evita-se, dessa forma, uma maior deterioração do SNC e de outros órgãos nobres (MANUAL DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2005).

O diagnóstico de PCR compreende o reconhecimento do evento, bem como a identificação do mecanismo ou ritmo de parada, sua etiologia e as intervenções para reversão do paciente vítima de PCR (REIS, 2005).

É necessário buscar a causa da PCR, avaliando a possibilidade de três ritmos: FV/TV sem pulso, Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) ou Assistolia. A identificação do ritmo e o histórico clínico do paciente permitem uma conduta sem perda de tempo, visto que se fazem necessárias ações rápidas (FILGUEIRAS FILHO *et al.*, 2006).

A Assistolia trata-se da modalidade de PCR com pior prognóstico, pois, em geral, é conseqüente a deterioração progressiva de um quadro clínico grave, ou é a evolução natural de um ritmo com melhor prognóstico, mas em que as medidas terapêuticas necessárias não foram tomadas em tempo hábil (NOBRE; SERRANO, 2005).

O enfermeiro tem um papel fundamental nos esforços para reanimar o paciente, sendo que, frequentemente, é quem avalia em primeiro lugar a vítima, inicia as manobras de ressuscitação, chamando, em seguida, sua equipe. O atendimento imediato ao paciente é vital para melhorar o prognóstico, sendo que a equipe deve receber treinamento para estar

apta a desempenhar tal função (BERGAMASCO, 2006).

O enfermeiro deve providenciar treinamento à sua equipe, a fim de capacitá-la a realizar procedimentos altamente técnicos em situações emergenciais, uma vez que é exigido tal preparo para o atendimento eficaz (SMELTZER; BARE, 2005).

A equipe de enfermagem é, em muitos casos, responsável por iniciar os primeiros cuidados prestados ao paciente, e, principalmente o enfermeiro deve estar capacitado para poder, assim, treinar sua equipe, a fim de efetivar ações na assistência a esses pacientes (BERGAMASCO, 2006).

Os profissionais de enfermagem são, em geral, os primeiros a presenciarem uma PCR no hospital. São eles quem mais frequentemente acionam a equipe de atendimento. Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir de forma mais efetiva nas manobras de RCP (LIMA *et al.*, 2009).

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Avaliar o nível de conhecimento teórico e prático da equipe de enfermagem, no setor de emergência de um hospital público, sobre o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar.

3. METODOLOGIA

O estudo foi uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa e caráter descritivo. Foi realizada na emergência de

um Hospital Público, no município de Caxias, Maranhão. O local foi escolhido por ser o único hospital de emergência da cidade, e atender uma expressiva demanda, já que é referência de atenção terciária às populações das cidades circunvizinhas, além de possuir o maior número de profissionais da equipe de enfermagem: 27 enfermeiros, 120 técnicos e 39 auxiliares.

Atualmente, a equipe de enfermagem atuante na emergência é composta por 22 técnicos e 7 enfermeiros. São realizados por dia, aproximadamente, 300 procedimentos na emergência.

Os sujeitos da pesquisa foram: a equipe de enfermagem atuante na emergência do hospital referido, que tinha pelo menos um ano de serviço no setor e que aceitou participar do estudo, totalizando 12 profissionais, sendo 4 enfermeiros e 8 técnicos. Estes foram esclarecidos quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando a aceitação de colaborar com a pesquisa.

A amostra pesquisada foi utilizada de forma intencional e efetivou-se pela saturação dos dados, ou seja, cessou-se quando as falas tornaram-se repetitivas. Com a finalidade de preservar o sigilo das informações e o anonimato dos participantes do estudo, seus nomes verdadeiros foram substituídos, de forma aleatória, por pseudônimos, sendo utilizados termos do sistema circulatório.

Os dados foram coletados por intermédio de entrevista, utilizando um roteiro semiestruturada, apoiado nas questões norteadoras. As entrevistas foram gravadas por dispositivo de MP4, de modo que os dados fossem aproveitados de forma

íntegra e fiel, obedecendo, rigorosamente, aquilo que foi dito pelos entrevistados.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro 2010, em turnos alternados, de acordo com a escala da equipe de enfermagem atuante na emergência do hospital. Os sujeitos participantes da pesquisa foram abordados pela pesquisadora, no seu horário de trabalho, quando não estavam executando procedimentos.

Após a realização da coleta de dados, fez-se a análise do material colhido de cunho qualitativo, onde foram submetidos à análise e interpretação proposta por Minayo. Dessa forma, possibilitou a leitura completa de cada observação e entrevista e, a seguir, uma descrição objetiva dos discursos para posterior construção dos resultados para interpretação. As falas de cada profissional foram transcritas e categorizadas, sendo discutidas à base do referencial teórico.

Respeitando as recomendações dos princípios estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, a colaboração dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem ocorreu de forma voluntária e esses profissionais não foram comprometidos, pois o estudo foi apenas para fins de pesquisa. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da NOVAFAPI, para autorização da pesquisa, com CAAE Nº. 0287.0.043.000-10. Somente depois da apreciação por esse comitê iniciou-se a pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi realizada na emergência de um hospital público de Caxias Maranhão, com a equipe de enfermagem que atua especificamente

nesse setor. Foram entrevistados 12 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 4 deles eram enfermeiros, sendo que 1 era do gênero masculino e 3 do gênero feminino, e 8 técnicos de enfermagem, sendo só 1 do gênero masculino. Em relação ao tempo de serviço na emergência, dos enfermeiros entrevistados, todos tinham entre 2 e 7 anos de serviço. Já, os técnicos de enfermagem, entre 1 e 8 anos. Quanto à capacitação profissional, todos os enfermeiros entrevistados, em algum momento, já realizaram curso em Suporte Básico de Vida. O mesmo não aconteceu com os técnicos, somente 3 referiram já terem participado de treinamento.

Ao realizar-se a pesquisa, buscou-se evidenciar a atuação dos profissionais de enfermagem, frente a uma PCR em ambiente hospitalar. Para tanto, diante dos dados coletados, permitiram a organização de cinco categorias de análise, construídas a partir do conteúdo das entrevistas. Por convergência de ideias, tem-se:

A - Identificando o paciente em PCR

As seguintes falas evidenciam o grau de informação do enfermeiro a cerca do que foi citado:

Quando há uma interrupção súbita da respiração e circulação, quando o paciente fica inconsciente, com ausência de pulso nas grandes artérias (Veia).

O paciente sinaliza uma situação de PCR, quando este não demonstra ter a presença de expansão torácica associado à ausência dos batimentos cardíacos, sem respiração e sem

batimentos cardíacos, podendo este ter uma presença pouco notada de pulso, quando o coração deste estiver fibrilando (Sangue).

Ausência de respiração, cianose das extremidades, ausência de pulso, ausência de batimentos cardíacos (Coração).

Primeiro ver se ele tá consciente é mais quando ele tá inconsciente o pulso também é importante se está presente (...) quando agente monitoriza o paciente né? (...) às vezes primeiro é a pressão né? (...) a pressão baixa, no caso aí cessa a pressão por último é a frequência (Aorta).

Garcia, Serighelli e Quadros (2008) afirmam que os principais sintomas apresentados por um paciente em PCR são a inconsciência, ausência dos movimentos respiratórios e dos batimentos cardíacos, levando a uma hipóxia importante e atingindo o organismo em sua totalidade.

Smeltzer e Bare (2005), estudando a parada cardíaca, relatam que ocorre quando o coração para de produzir pulso e circulação sanguínea efetiva. Ela pode ser causada por um evento elétrico cardíaco, como quando a frequência cardíaca (FC) é muito rápida, principalmente no caso de TV e FV, ou muito lenta, como, bradicardia ou bloqueio átrio ventricular (BAV), ou quando não existe FC por completo (assistolia).

Diante dos depoimentos, foi possível observar o quanto a equipe de enfermagem necessita estar preparada para lidar com uma situação de emergência extrema, sendo fundamental saber identificar o

paciente em PCR, pois, a partir desse momento se iniciará uma série de acontecimentos que exigirá da equipe preparo e conhecimento teórico-prático para realizar o atendimento.

B - Atendimento ao paciente em PCR

Nessa categoria, foram destacados, especificamente, os relatos dos profissionais de enfermagem frente ao diagnóstico de PCR. Sendo observados abaixo.

Sigo o protocolo atual da RCP: ver, ouvir e sentir (Artéria).

Para reverter o quadro deve-se realizar a avaliação primária do quadro (...) tendo o diagnóstico prévio de PCR, realizar imediatamente duas ventilações de resgate e depois inicia-se seis ciclos de compressões torácicas e ventilações (30 compressões para 2 ventilações) reavaliando o paciente a cada 2 minutos. Sabendo-se que cada ciclo com ou para cada 1 ciclo, têm-se a sequência de compressões e ventilações repetida 5 vezes (compressões mais ventilações, ambos realizando 5 vezes igual 1 ciclo (Sangue).

Massagem cardíaca, com ventilação de 30/2, só depois de massagem cardíaca quando ele não faz choque, o médico vai às vezes é o caso de intubação, aí vai para UTI para ser monitorado continuamente (Aorta).

Inicia-se a avaliação primária: ABC onde A-liberar vias aéreas;

B-verificar a respiração e C-
checar pulso (Veia).

As recomendações para RCP sofreram algumas alterações, como a remoção do procedimento “ver, ouvir e sentir se há respiração” do algoritmo, dando ênfase ao RCP de alta qualidade, caracterizada pela frequência e profundidade de compressões torácicas adequadas, permitindo retorno total do tórax, minimizando interrupções e evitando ventilação excessiva (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

As diretrizes da American Heart Association (2010) para RCP altera a sequência de procedimentos de SBV de A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração) em adultos, crianças e bebês. Com essas alterações, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo. O socorrista atuando sozinho deve iniciar a RCP com 30 compressões, sendo a frequência mínima de 100/minuto.

As situações de emergência requerem medidas eficazes que necessitem do mínimo de tempo possível para serem adotadas e iniciadas. A PCR constitui uma situação de emergência máxima, exigindo dos profissionais de saúde início imediato das manobras de RCP, a fim de restaurar as atividades cardíacas e cerebrais dos pacientes, preservando a vida e limitando o sofrimento e as sequelas (BOAVENTURA; COUTINHO, 2006).

A avaliação primária do SBV requer conhecimento, habilidade e treinamento para sua realização em tempo hábil e de forma eficaz, devendo o profissional se concentrar nos críticos segundos após o

colapso cardíaco ou respiratório numa abordagem sem perda de tempo.

C - Capacitação em PCR

- Importância

Os profissionais que integram a emergência de um hospital necessitam de capacitação, para poderem, assim, desempenhar, de forma adequada, a assistência aos pacientes vítimas de qualquer situação de emergência e, principalmente, a equipe de enfermagem por estar mais próxima do paciente. Foi identificado que os profissionais de enfermagem relataram, especificamente nessa categoria, a importância da capacitação profissional, sendo visto nos depoimentos a seguir:

Acho que é necessário para o melhor desenvolvimento de todos os funcionários, sendo assim estaríamos mais capacitados para atender a população em geral (Hemácia).

Acho que é necessário uma maior capacitação para a equipe de forma geral (plaqueta).

No setor de urgência e emergência, estar capacitado para os profissionais de saúde é fundamental para o adequado atendimento dos pacientes gravemente enfermos, influenciando diretamente na sobrevivência e sequelas (LUZIA; LUCENA, 2009).

- Incentivo Pela Instituição

As instituições de saúde devem oferecer treinamento aos profissionais, a fim de capacitá-los para estarem aptos a

desempenharem procedimentos altamente técnicos em situações de emergência, aos quais é indispensável que os profissionais estejam preparados diante de tais situações. Os discursos abaixo retratam a realidade de muitas instituições de saúde em relação ao incentivo oferecido diretamente aos profissionais de saúde.

A instituição não oferece nenhum tipo de capacitação para a especialização do corpo profissional (Sangue).

(...) nunca ofereceu nenhuma capacitação aos profissionais. Eu fiz por conta própria (Veia).

Até o momento nenhuma (Plaqueta).

Os programas de treinamento representam um investimento em pessoal, por parte das organizações hospitalares, sendo destinados a técnicos e auxiliares de enfermagem em diferentes instituições de saúde, e têm sido desenvolvidos na perspectiva de um modelo centralizado sendo elaborados, executados e avaliados pelos enfermeiros da área de educação continuada, na área física do próprio setor de educação, com pouca ou nenhuma participação dos enfermeiros chefes e assistenciais (FOLLADOR; CASTILHO, 2007).

Outros relatos foram encontrados, baseados nessa problemática, sendo observados a seguir.

(...) recentemente teve eu achei muito bom mesmo porque eu passei um tempo na UTI o que foi muito importante (...) quando eu fui para emergência já estava bem encaminhada o curso só melhorou reforçou mais um

pouquinho (Aorta).

Recebi capacitação a mais ou menos 4 meses sobre atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar e intra-hospitalar (Átrio).

A efetividade do treinamento sistemático da PCR, no conhecimento teórico e prático da equipe de enfermagem, é fundamental, sendo importante para o atendimento básico e avançado. Portanto, estratégias de educação continuada e sistemática são importantes para manter o bom desempenho da equipe no atendimento à PCR (BERTOGLIO *et al.*, 2008).

D - Desempenho na efetivação da RCP

O desempenho da equipe de enfermagem, na realização das manobras de RCP, deve ser eficiente, levando em consideração a abordagem inicial ao paciente, na aplicação do ABCD, medicações prescritas, cuidados pós-RCP e, principalmente, no desenvolvimento das compressões torácicas, e não se deve perder tempo com procedimentos invasivos. Em relação ao tema, algumas falas foram destaque:

Bom, visto ao treinamento que já realizei e o período de experiência (Artéria).

De boa qualidade, pois tenho feito o máximo que posso e tenho desenvolvido no decorrer dos anos que trabalho na saúde, pois sempre trabalhei na emergência e gosto (Hemácia).

Os depoimentos abaixo demonstram que as habilidades variam de acordo com cada membro da equipe de saúde.

Avalio minhas habilidades como básica necessária para a realização das manobras, mas necessito de maiores instruções para atualizar-me a vista que o protocolo de RCP pode mudar a qualquer momento (Sangue).

Me sinto capaz e habilitada para efetivar as manobras (Ventrículo).

As habilidades são utilizadas de forma complementar para alcançar o resultado almejado e, no ambiente de trabalho, são destacados o respeito e o estímulo à criatividade, sendo que o modo de atuar é constantemente observado, buscando identificar problemas que afetam o seu funcionamento, bem como as soluções possíveis. Torna-se importante ressaltar que, para se trabalhar dessa forma, as relações afetivas devem ser aprimoradas, para que os laços de afeto entre os integrantes do grupo passem a ser uma constante. O estreitamento desses laços permite o aproveitamento do potencial de criatividade de todos os membros da equipe (ALVES; MELLO, 2006).

E - Dificuldades enfrentadas pela equipe no atendimento imediato

Essa categoria tratou das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe de enfermagem no primeiro atendimento oferecido ao paciente vítima de PCR.

Há um déficit na capacitação de alguns profissionais, é necessário está sempre se atualizando, principalmente aqueles profissionais mais antigos, que não tiveram esse

aprendizado em PCR na sua formação acadêmica. Na minha opinião deveria ser dado pela instituição cursos de capacitação para todos os profissionais que trabalham na urgência e emergência (Veia).

Falta de bons e modernos equipamentos e a falta de treinamento para os profissionais da área de saúde, principalmente de equipamentos em bom funcionamento (Hemácia).

Segundo o estudo desenvolvido pelos autores Gentil, Ramos e Whitaker (2008), no Brasil, ainda há uma escassez de programas e cursos de capacitação oferecida aos profissionais da equipe de enfermagem que atendam à necessidade de formação específica, qualificada e adaptada ao padrão brasileiro. Assim, os conhecimentos teóricos e as habilidades de enfermagem necessárias para o exercício em APH requer prática clínica vivenciada por eles nos serviços públicos, com a finalidade de oferecer subsídios para a construção e o planejamento de programas de formação e capacitação.

As necessidades de conhecimento teórico e habilidades técnicas, de acordo com a prática no atendimento pré-hospitalar, referem-se às ocorrências ou procedimentos mais frequentes, as situações que exigem tomada de decisão, prontidão e habilidade, em momento de elevado estresse ou atendimento de uma população específica, o que reforça a necessidade de programas direcionados para o desenvolvimento de competências nessa área (GENTIL; RAMOS; WHITAKER, 2008). Sendo essa necessidade evidenciada pelos depoimentos

a seguir.

A maior dificuldade é a falta do conhecimento básico do protocolo de ação na PCR, por parte da maioria dos que compõem a equipe multiprofissional de urgência e emergência (...) (Sangue).

Às vezes a falta de conhecimento atrapalha um pouco o atendimento, teve uma colega que não fez o curso né? ela mesma diz como eu não sabia ela também não sabe né? ...quando o tempo ela não sabe contar aí eu digo oi! perdeu o curso (Aorta).

O conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipes de enfermagem estão entre os determinantes mais importantes das taxas de sucesso em RCP. Tanto as manobras executadas no SBV como as do SAV exigem uma equipe bem treinada, pois a PCR requer ações rápidas, eficazes e integradas, sendo, por isso, melhor executadas por uma equipe do que por um membro isolado dessa equipe (LIMA *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem deve possuir conhecimento teórico-prático em situações emergenciais, bem como habilidade não só em uma área específica, mas em todas as áreas que necessitam de conhecimento principalmente do enfermeiro, por ser o líder da equipe, sendo necessário possuir domínio das habilidades a serem desempenhadas e executadas.

5. CONCLUSÃO

A PCR, por ser uma intercorrência às vezes inesperada, requer, da equipe de enfermagem, a identificação e reconhecimento do paciente em tal situação, domínio frente ao diagnóstico prévio, habilidade e treinamento para o atendimento eficaz.

Os objetivos inicialmente propostos por este estudo foram atingidos, uma vez que foi possível evidenciar que a equipe de enfermagem consegue identificar o paciente em PCR, mas ainda precisa aprimorar o conhecimento quanto aos procedimentos realizados para reversão do quadro clínico no atendimento imediato. Quando questionados sobre o desempenho na efetivação das manobras de RCP, a maioria sente-se capaz e habilitada para efetivar as manobras, mas relataram que necessitam de um maior conhecimento e treinamento específico, relacionado ao protocolo em RCP.

Por meio dos resultados, constatou-se que a capacitação profissional oferecida aos membros da equipe que atua, especificamente, na emergência, necessita ser mais efetiva para proporcionar, assim, conhecimento atualizado e desenvolvimento das habilidades na assistência ao cliente em PCR.

REFERÊNCIAS

ADAIR, O. V. Segredos em Cardiologia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ALVES, M.; MELLO, R. A. Trabalho em Equipe entre Profissionais da Enfermagem em um Centro de Terapia Intensiva. *Ciênc.*

- cuid. Saúde*, Maringá, v. 5, n. 3, p. 299-308, set./dez. 2006.
- American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science. *Circulation*, 112, p.IV-1-IV-211, 2010.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Livro do Profissional de Saúde Produção. São Paulo: Prous Science, 2008. p. 11-17.
- APARECIDA, C. J. *Vivências de uma Equipe Multiprofissional de Atendimento Avançado Pré-hospitalar Móvel ao Adulto em Situação de Parada Cardiorrespiratória*. 2006. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP), 2006.
- BERGAMASCO, J. E. Assistência ao Paciente em Situação de Parada Cardiorrespiratória. Monografia. Batatais: Centro Universitário Claretiano, 2006.
- BERTOGLIO, V. M. *et al.* Tempo Decorrido do Treinamento de Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória e o Impacto no Conhecimento Teórico de Enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 454-460, set. 2008.
- BOAVENTURA, A. P.; COUTINHO, R. M. C. Suporte básico de vida: conhecimento dos profissionais de ambulatórios de saúde ocupacional. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 10.; Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 6. 2006, São José dos Campos. Anais... São José dos Campos: Univap, 2006. p. 2748-2751.
- CRISTINA, J. A. *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. *Ciencia y Enfermería*, v. 14, n. 2, p. 97-105, 2008.
- DALRI, M. C. B. *et al.* Novas Diretrizes da Ressuscitação Cardiopulmonar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, nov./dez. 2008.
- FEITOSA FILHO, G. S. *et al.* Atualização em Reanimação Cardiopulmonar: o que Mudou com as Novas Diretrizes. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-185, abr./jun. 2006.
- FILGUEIRAS FILHO, N. M. *et al.* Avaliação do Conhecimento Geral de Médicos Emergencistas de Hospitais de Salvador - Bahia sobre o Atendimento de Vítimas com Parada Cardiorrespiratória. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, São Paulo, v. 87, n. 5, p. 634-640, ago. 2006.
- FOLLADOR, N. N.; CASTILHO, V. O Custo Direto do Programa de Treinamento em Ressuscitação Cardiopulmonar em um Hospital Universitário. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v. 41, n. 1, p. 90-96, jan. 2006.
- GARCIA, S. N.; SERIGHELLI, V. F.; QUADROS, V. A. S. Capacitação dos Profissionais de Enfermagem para o Atendimento ao Paciente em Parada Cardiorrespiratória. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. São Paulo, v. 20, n. 2, abr./jun. 2008.
- GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Capacitação de Enfermeiros em Atendimento Pré-hospitalar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 192-197, mar./abr. 2008.

- HIGA, E. M. S. *et al.* Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. Medicina de urgência. 2. ed. Barueri-SP: Manole, 2008.
- LIMA, S. G. *et al.* Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, São Paulo, v. 93, n. 6, p. 630-636, maio 2009.
- LINO, R. L. O. *Assistência de Enfermagem à Pacientes Adultos no Suporte Básico de Vida em Parada Cardiorrespiratória.* Monografia. Batatais: Centro Universitário Claretiano, 2006.
- LUZIA, M. F.; LUCENA, A. F. 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, jun. 2009.
- MANUAL DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. *Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio Libanês.* São Paulo: Hospital, 2005.
- MIYADAHIRA, A. M. K. *et al.* Ressuscitação Cardiopulmonar com a Utilização do Desfibrilador Externo Semi Automático: avaliação do processo ensino aprendizagem. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 532-538, 2008.
- NOBRE, F.; SERRANO, C. V. J. R. Tratado de Cardiologia. Socesp. Barueri-SP: Manole, 2005.
- PORCIDES, A. J. Manual do Atendimento Pré-hospitalar (CBPR). Corpo de Bombeiros do Paraná – SIATE, Curitiba, 2006.
- REIS, P. C. M. A Parada Cardiorrespiratória em Assistolia. In: CAVALCANTI, I. L.; CANTINHO, F. A. F.; ASSAD, A. *Medicina Perioperatória.* Rio de Janeiro: SAERJ, 2005. p. 1217-1222.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 10. ed. v. 3. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2005. v. 3.
- TIMERMAN, S. *et al.* Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 228-237, maio 2010.