

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ADSON BRUNO RODRIGUES DE MENEZES**

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA REANIMAÇÃO  
CARDIOPULMONAR: UM ENFOQUE PARA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

**CUITÉ - PB  
2012**

**ADSON BRUNO RODRIGUES DE MENEZES.**

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA REANIMAÇÃO  
CARDIOPULMONAR: UM ENFOQUE PARA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado à Coordenação do Curso de  
Bacharelado em Enfermagem da Universidade  
Federal de Campina Grande – Campus Cuité  
como exigência parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Enfermagem.

UFCC / BIBLIOTECA

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. MS. ISOLDA MARIA BARROS TORQUATO**

**CUITÉ - PB  
2012**



Biblioteca Setorial do CES.

Junho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M543c Menezes, Adson Bruno Rodrigues de.

Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida. / Adson Bruno Rodrigues de Menezes – Cuité: CES, 2012.

75 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2012.

Orientadora: Isolda Maria Barros Torquato.

1. Enfermagem. 2. Reanimação cardiopulmonar. 3. Enfermagem – conhecimento - reanimação. I. Título.

CDU 616-083

**ADSON BRUNO RODRIGUES DE MENEZES.**

**CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DA REANIMAÇÃO  
CARDIOPULMONAR: UM ENFOQUE PARA O SUPORTE BÁSICO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado pelo aluno **Adson Bruno Rodrigues de Menezes** do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Isolda Maria Barros Torquato - UFCG  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Adriana Montenegro de Albuquerque - UFCG  
Membro Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Jocelly de Araújo Ferreira - UFCG  
Membro Examinador

**CUITÉ - PB  
2012**

*Dedico esta monografia aos meus pais que me deram muito apoio nos momentos mais difíceis da minha vida, me guiando e que nunca mediram esforços para estar ao meu lado. Obrigado por tudo!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço *a Deus* por ter me concebido saúde, força, fé, perseverança. Humildade e vontade de vencer, que foram de suma importância para a conclusão da minha jornada acadêmica.

A *Ana Lucia e Alber*, meus belos e queridos pais, que me guiaram e me apoiaram da forma e modo que podiam. Hoje retribuo todo suor e batalha deles com a minha formação acadêmica.

*Adna Lucia*, minha irmã, que mesmo com a distância sempre esteve de coração me dando apoio nos momentos mais difíceis e se fazendo presente como de verdade, como irmã.

*Aos amigos*, que pretendo levar pela vida toda *Felipe Arthur e Aydwla Moniq* que me ajudaram e muito na minha estrada até aqui, que me pediram pra ter mais juízo, é com grande estima que agradeço a eles.

A *minha turma*, que dividi muitos momentos bons e como ruins, acrescentaram muito a minha caminhada.

A minha querida professora, orientadora e mestra *Isolda Torquato* pela paciência enorme que teve para comigo na construção desta pesquisa.

A *Todos os profissionais*, que colaboraram com minha pesquisa, que foi essencial para chegar ao fim.



*“Devemos ser a enfermagem que queremos ter”*

*(Marislei Espíndula Brasileiro)*

## RESUMO

MENEZES, Adson Bruno Rodrigues de. **Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida.** Cuité, 2012. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2012.

**Introdução:** A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma condição clínica caracterizada por evidências iminentes de ausência de responsividade, quadro de apneia e ausência de atividade cardíaca e de pulso. Por tratar-se de um quadro súbito é necessário que os profissionais de enfermagem estejam em contínua capacitação a fim de prover a atualização em relação aos procedimentos técnicos necessários para a prestação de um atendimento eficaz e correto. **Objetivo:** Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da assistência em reanimação cardiopulmonar com enfoque para o novo protocolo em Suporte Básico de Vida (SBV). **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa exploratório-descritiva de abordagem quantitativa realizada com 70 profissionais de enfermagem, dentre eles enfermeiros, técnicos e auxiliares. A pesquisa teve duração de três meses (Fevereiro a Abril de 2012), sendo realizada nas redes de baixa (Estratégia Saúde da Família) e média complexidade dos municípios de Cuité (Hospital e Maternidade Municipal de Cuité), Nova Floresta (Hospital Municipal de Nova Floresta) e Picuí (Hospital Regional de Picuí). Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento com 26 perguntas objetivas envolvendo identificação demográfica e profissional dos participantes assim como questionamentos relacionados ao protocolo de atendimento em *Basic Life Support* (BLS) ou Suporte Básico de Vida (SBV). Para a elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o Software *Excel 2007* e cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas por meio de distribuição de frequência (*f*) e percentual (%), sendo discutida a luz da literatura pertinente. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) sob protocolo nº 197/11. **Resultados:** Dos 70 profissionais que fizeram parte da amostra, 26 (37,1%) eram enfermeiros, 36 (51,4%) técnicos de enfermagem e 8 (11,3%) auxiliares de enfermagem. A média de idade dos participantes foi de  $\pm 33,14$  anos, tendo a maioria sexo feminino (88,6%) e relação conjugal estável (51,4%). Apenas 27,1% dos entrevistados acertaram a sequência correta (CAB) preconizada para o atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória. Quanto à relação compressão/ventilação para um e dois socorristas, respectivamente, 43,0% e 60,0% responderam corretamente a este questionamento. Quanto à duração da ventilação aplicada durante a realização das manobras de ressuscitação observou-se um desconhecimento significativo sobre esta variável por parte da amostra (85,7%). Da mesma forma quanto à aplicabilidade da técnica gancho E-C no caso do uso dos dispositivos ventilatórios o conhecimento foi insuficiente, pois 80,0% responderam de forma incorreta ao questionamento. Em relação à frequência e profundidade das compressões torácicas 37,2% e 52,9% responderam corretamente sobre estas variáveis. Cerca 60,0% e 51,4% referiram nunca ter realizado a RCP em sua prática profissional e nem realizaram cursos de capacitação na área, respectivamente. Entretanto, 91,7% demonstraram interesse em aprimorarem o conhecimento sobre o tema. **Conclusão:** O domínio e a realização de atualizações constantes dos protocolos de atendimento em ressuscitação cardiopulmonar constituem uma condição importante na prática assistencial dos profissionais de enfermagem. Entretanto, pôde-se perceber a partir dos resultados obtidos, nesta pesquisa, que existe um déficit em relação à periodicidade de capacitação na área por parte dos mesmos.

**Palavras-chaves:** Conhecimento. Enfermagem. Suporte Básico de Vida



## ABSTRACT

MENEZES, Adson Bruno Rodrigues. de. **Knowledge of the nursing team about cardiopulmonary resuscitation: a focus for basic life support.** Cuité, 2012. 76f. Completion of course work (undergraduate Nursing) - Academic Unit of Health, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2012

**Introduction:** Cardiac arrest (CA) is a clinical condition characterized by evidence of impending lack of responsiveness, picture of apnea and absence of cardiac activity and pulse. Because it is a sudden onset is necessary for nursing professionals are in continuous training in order to provide the update regarding the technical procedures necessary to provide an effective service and correct. **Objective:** To assess the knowledge of the nursing staff about assistance in cardiopulmonary resuscitation with a focus on the new protocol in Basic Life Support (BLS). **Methodology:** This was an exploratory-descriptive research approach quantitativa conducted with 70 nursing professionals, including nurses, technicians and assistants. The study should last for three months (February to April 2012), being held in the networks of low (the Family Health Strategy) and the municipalities of medium complexity cuité (Municipal Maternity Hospital cuité), New Forest (New Hall Hospital Forest) and Picuí (Picuí Regional Hospital). To collect data we used an instrument with 26 objective questions involving the identification of demographic and professional participants as well as questions related to the treatment protocol in Basic Life Support (BLS) or Basic Life Support (BLS). In preparing the database and statistical analysis software was used Excel 2007 and whose results were presented descriptively in the form of graphs and tables using frequency distribution (f) and percentage (%), and discussed the light of the literature relevant. The research protocol was approved by the Ethics Committee and Research Colleges of Nursing and Medicine New Hope (FACENE / FAMENE) in Protocol 197/11. **Results:** Of the 70 professionals who were part of the sample, 26 (37.1%) were nurses, 36 (51.4%) nursing technicians and eight (11.3%) nursing assistants. The average age of participants was  $\pm 33.14$  years, with most females (88.6%) and stable relationship (51.4%). Only 27.1% of respondents agreed the correct sequence (CAB) recommended for patient care in cardiac arrest. As regards to compression / ventilation for one and two rescuers, respectively, 43.0% and 60.0% correctly answered this question. The duration of the ventilation applied during the course of resuscitation there was a significant lack of this variable by the sample (85.7%). Likewise as to the applicability of the technique hook EC in the case of the use of ventilation devices knowledge was insufficient because 80.0% answered the question incorrectly. Regarding the frequency and depth of chest compressions 37.2% and 52.9% answered correctly on these variables. Approximately 60.0% and 51.4% reported never having performed CPR on his professional practice and not conducted training courses in the area, respectively. However, 91.7% showed interest in hone knowledge on the subject. **Conclusion:** The field and the realization of constant updates of care protocols in cardiopulmonary resuscitation constitute an important condition in the practice of professional nursing care. However, it could be seen from the results obtained in this research, there is a deficit in relation to the frequency of training in the area by the same.

**Key words:** Knowledge. Nursing. Basic Life Support.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> - Algoritmo de Suporte Básico de Vida simplificado para profissionais de saúde.....                          | 24 |
| <b>Figura 2:</b> Avaliação da responsividade da vítima e acionamento da emergência...  | 25 |
| <b>Figura 3:</b> Localizando o pulso carotídeo.....  | 26 |
| <b>Figura 4:</b> Posicionamento palmar na RCP.....   | 27 |
| <b>Figura 5:</b> Posicionamento do socorrista na RCP.....  | 27 |
| <b>Figura 6:</b> Obstrução das vias aéreas.....  | 29 |
| <b>Figura 7:</b> Manobra de <i>Jaw thrust</i> .....  | 29 |
| <b>Figura 8:</b> Respiração Boca a boca.....   | 30 |
| <b>Figura 9 (A) e (B):</b> Máscara <i>Pocket Mask</i> .....  | 31 |
| <b>Figura 10:</b> Técnica em “C” e em “E” para acoplamento da máscara <i>Pocket Mask</i> .....                               | 31 |
| <b>Figura 11:</b> Posicionamento correto dos eletrodos do DEA.....   | 33 |
| <b>Figura 12:</b> Alterações estabelecidas pela American Heart Association para a assistência em Suporte Básico de Vida..... | 35 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>10</b> |
| 1.1 Contextualização, justificativa e objetivos da pesquisa.....                             | 11        |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>  | <b>15</b> |
| 2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....  | 16        |
| 2.1.1 Aspectos conceituais, epidemiológicos e etiológicos da parada cardiorrespiratória..... | 16        |
| 2.1.2 Repercussões clínicas e fisiológicas da parada cardiorrespiratória.....                | 18        |
| 2.2 REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA.....  | 20        |
| 2.2.1 Aspectos históricos do atendimento da parada cardiorrespiratória.....                  | 20        |
| 2.2.2 Conceito, Diretrizes e Procedimentos da Reanimação Cardiorrespiratória.....            | 22        |
| 2.2.2.1 SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....  | 23        |
| 2.2.3 Atuação da enfermagem na Reanimação Cardiorrespiratória.....                           | 35        |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>  | <b>38</b> |
| 3.1 Tipo de pesquisa.....  | 39        |
| 3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa.....  | 39        |
| 3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa.....                      | 40        |
| 3.4 Análise dos dados.....   | 41        |
| 3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....   | 41        |
| 3.6 Financiamento da pesquisa.....   | 42        |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>43</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>58</b> |
| <b>APÊNDICE.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>ANEXO.....</b>  | <b>72</b> |

---

# **1 Introdução**

## 1.1 Contextualização do problema e justificativa

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos, mais especificamente a interrupção repentina da atividade elétrica ventricular, estando associado à ausência da respiração (LOPES; LOPES, GUIMARÃES, 2005; KNOBEL, 2006).

Atualmente, as doenças cardiovasculares são consideradas as principais responsáveis pela parada cardiorrespiratória em todo o mundo, sendo as coronariopatias a principal delas. Outras condições que também estão envolvidas como fatores causais da PCR em adultos incluem a taquicardia ventricular (TV), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a hipertensão arterial (HA), a miocardiopatia dilatada e a cardiomiopatia hipertrófica. Na população infantil, diferentemente dos adultos, a parada cardíaca ocorre comumente devido à interrupção respiratória, presença de distúrbios hidroeletrólíticos e afecções cardíacas de ordem congênita (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Em gestantes, para Germinani (2009), os fatores que estão mais relacionados a este tipo de evento envolvem a ocorrência de traumas, hemorragias periparto com hipovolemia, embolia pulmonar, complicações pelo uso de medicamentos durante a gravidez e doenças cardíacas pré-existentes. Segundo o mesmo autor, estas últimas são consideradas as maiores responsáveis por óbitos maternos no ciclo gravídico-puerperal e cujas incidências nacionais indicam 4,2%, ou seja, oito vezes maiores quando comparadas as estatísticas internacionais.

Segundo Geyger (2008) cerca de 17 milhões de óbitos ocorrem anualmente em todo o mundo provenientes de parada cardiorrespiratória. No Brasil, estes números chegam a 400 mil vítimas fatais por ano.

Dados da Organização Mundial de Saúde evidenciaram 341 óbitos por 100.000 brasileiros em 2004 por doenças cardiovasculares, correspondendo a mais que o dobro da taxa de mortalidade por câncer no Brasil no mesmo período (DUARTE; FONSECA, 2010).

Estima-se, para 2020, que esse número possa se elevar a valores entre 35 e 40 milhões. Seu crescimento acelerado em países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevantes do momento. Também de acordo com as projeções para 2020, a doença cardiovascular permanecerá como a principal causa de mortalidade e incapacitação e, como resultado, um custo associado absolutamente alarmante (GUIMARÃES, AVEZUM; PIEGAS, 2006).

Sobre as implicações clínicas é importante ressaltar que a parada cardiorrespiratória pode repercutir de forma negativa sobre o organismo envolvido, especialmente no tecido cerebral, podendo ocasionar ao mesmo tempo sequelas irreversíveis. Isso é resultante da diminuição do fluxo sanguíneo para o referido órgão, o qual requer irrigação contínua e ininterrupta de glicose e oxigênio para a manutenção das suas funções neurológicas vitais (PEREIRA, 2008). Segundo Hernandez et al., (2010), estudos evidenciam que o débito cardíaco durante uma parada cardiorrespiratória corresponde apenas a 30,0% quando comparado ao fluxo cardíaco normal, justificando com isso as grandes chances para a ocorrência de lesões cerebrais.

Diante do exposto e compreendendo a necessidade de intervenção imediata é essencial que os profissionais de saúde tenham conhecimentos para o diagnóstico rápido e atendimento preciso da parada cardiorrespiratória, independente da sua especialidade, sendo o primeiro uma das condições essenciais para a garantia do sucesso da reanimação cardiopulmonar (RCP).

Segundo Lima et al., (2009) e Zanini, Nascimento e Barra (2006), o conhecimento teórico e as devidas habilidades práticas das equipes de saúde, inclusive as de enfermagem, estão entre os determinantes mais importantes para a ocorrência de sucesso da RCP, seja para o Suporte Básico e Avançado de Vida. Assim, esses profissionais necessitam de uma contínua atualização teórica e de técnicas práticas para que a manobras da reanimação cardiopulmonar ocorram de forma adequada e efetiva.

O “ABCD” primário do Suporte Básico de Vida (SBV) envolve as condutas iniciais adotadas antes da intervenção do Suporte Avançado de Vida (SAV) e englobam reconhecimento imediato da PCR, acionamento do serviço de emergência local e a sequência protocolada de compressões e ventilações (MORAIS, 2007).

Sobre o primeiro tipo de assistência e foco desta pesquisa, a American Heart Association (2010) menciona que o SBV passou por alterações em suas normatizações compreendendo especificidades importantes com vistas a melhorar a prática da ressuscitação e sobrevida de pacientes em parada cardíaca. As alterações sugeridas pela referida associação no que concerne ao protocolo de ressuscitação cardiopulmonar basearam-se em um processo internacional de avaliação e pesquisas envolvendo centenas de cientistas e especialistas na área os quais avaliaram, discutiram e debateram publicações revisadas por pares, respaldando a necessidade de mudanças destas diretrizes.

Salienta-se que a elaboração de protocolos e das referidas diretrizes são justificáveis com o propósito de prover uma melhor compreensão dos mecanismos de funcionamento do

corpo humano, expor o real significado do conceito de parada cardiorrespiratória, padronizar o atendimento a estas vítimas e com isso minimizar os índices de morbimortalidade.

Evidências científicas apontam que o reconhecimento imediato de sinais clínicos de uma PCR e a aplicabilidade correta das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) reduziram de maneira significativa às sequelas cerebrais e o risco de morte em vítimas acometidas por este tipo de evento (PERGOLA; ARAÚJO, 2009). Moretti (2001) corrobora enfocando que a presença de pelo menos um profissional com treinamento em RCP eleva a sobrevida dos pacientes em parada cardiorrespiratória em cerca de quatro vezes quando comparado àqueles que não apresentam capacitação ou curso de formação.

Diante disto, percebe-se a importância do conhecimento e atualização por parte dos profissionais de saúde, especificamente os de enfermagem, sobre os protocolos e diretrizes desenvolvidos para padronizar e efetivar o atendimento em indivíduos vítimas de PCR. Contudo, mesmo reconhecendo a necessidade de treinamento e contínua padronização no manejo da RCP como ponto fundamental para a sobrevida de pacientes pós-parada cardiorrespiratória muitos profissionais negligenciam a assistência assumindo os riscos de um atendimento falho por meio de ações não sistematizadas e ultrapassadas, as quais podem culminar em risco de vida para a vítima.

Nesta perspectiva, justificamos a importância da realização desta pesquisa com o propósito de responder ao seguinte questionamento: Os profissionais de enfermagem apresentam conhecimento atualizado sobre a assistência em reanimação cardiopulmonar para o SBV?

Visando responder a problemática em questão, o presente trabalho tem como objetivo verificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da assistência em reanimação cardiopulmonar com enfoque para o novo protocolo em Suporte Básico de Vida. Em relação aos objetivos específicos buscou-se: caracterizar o perfil demográfico e a formação profissional dos participantes; identificar os profissionais que apresentam capacitação em reanimação cardiopulmonar; elencar as fragilidades teóricas em relação ao novo protocolo de reanimação cardiopulmonar em Suporte Básico de Vida; identificar o interesse dos profissionais da equipe de enfermagem em relação à atualização das diretrizes da reanimação cardiopulmonar em Suporte Básico de Vida.

A escolha por uma amostra composta pelos referidos profissionais justifica-se devido à necessidade dos mesmos estarem supostamente preparados para atuar em situações inesperadas e emergenciais de PCR em todos os âmbitos de atenção a saúde.

Acreditamos que a partir do conhecimento e obtenção da resposta para esta problemática, possam ser sugeridas, desenvolvidas e implementadas estratégias de enfrentamento dessa realidade no que refere ao foco do estudo. Isso viabilizará a oferta de uma assistência à saúde mais responsável e de qualidade por partes dos prestadores de serviço da saúde e conseqüentemente uma maior chance de sobrevivência das vítimas de parada cardiorrespiratória.



---

## **2 Referencial Teórico**

## 2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

### 2.1.1 Aspectos conceituais, epidemiológicos e etiológicos da parada cardiorrespiratória

A PCR é definida por Fernandes et al., (2010) como uma condição clínica caracterizada por evidências iminentes de ausência de responsividade, quadro de apneia e ausência de atividade cardíaca e de pulso. Silva et al., (2011, p. 1) corroboram enfocando que a parada cardiorrespiratória consiste na “cessação da circulação e da respiração, reconhecida pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, em um paciente inconsciente”.

Outro conceito mencionado por Madeira e Guedes (2010) refere-se à parada cardiorrespiratória como um quadro de morte clínica, biológica e encefálica. Esta última, ocorre quando há lesão irreversível do tronco e do córtex cerebral, por injúria direta ou falta de oxigenação, por um período, em geral, superior a cinco minutos.

Durante o ano de 2005, mais de 20 mil paradas cardíacas hospitalares foram contabilizadas e analisadas pelo Registro Nacional de Ressuscitação Cardiopulmonar da American Heart Association (National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation - AHA), representando cerca de 10,0% dos hospitais dos Estados Unidos da América (NADKARNI, et al., 2006).

Na população adulta, a morte súbita secundária a doenças cardíacas é bastante frequente. A constância de PCR varia conforme os estudos realizados e incide em aproximadamente 0,8 a 0,95/1.000 habitantes anualmente, podendo chegar a 1,5/1.000 (FEREZ, 2009).

A sobrevida tardia destes pacientes é inconstante, cujo percentual varia de 5,6% a 16,0%, estando diretamente relacionada com o tempo de chegada do socorro paramédico, a presença ou não de testemunha no local do evento e do tipo de ritmo cardíaco em que ocorreu a parada cardiorrespiratória.

Segundo Falcão, Ferez e Amaral (2011), o ritmo cardíaco apresentado é de extrema importância na parada cardiorrespiratória. O mais comum é o de Fibrilação Ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular sem pulso (TV sem pulso), os quais têm os melhores prognósticos. Os pacientes que apresentam PCR a sobrevida imediata é de aproximadamente 40,0%, desses apenas 6,0 a 16,0% têm alta hospitalar. A média de sobrevida de longo prazo dos estudos é de 5,0 a 10,0%.

Desde a década de 60 as doenças cardiovasculares têm-se constituído como as principais responsáveis pelos óbitos mundiais, representando 1/3 do total de mortes informadas e por causas definidas. Estima-se, para 2020, que esse número possa se elevar a valores entre 35 e 40 milhões. Seu crescimento acelerado e exponencial em países em desenvolvimento, principalmente, representa um dos problemas de saúde pública mais relevante do momento (GUIMARÃES; AVEZUM; PIEGAS, 2006).

No Brasil, as doenças cardiovasculares possuem taxas de mortalidade ainda mais preocupantes. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam 341 óbitos por 100.000 brasileiros em 2004 por doenças cardiovasculares, correspondendo mais que o dobro da taxa de mortalidade por câncer no Brasil no mesmo período, e quase o triplo da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares nos Estados Unidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004 *apud* DUARTE; FONSECA, 2010).

Outros fatores etiológicos evidenciados na literatura, segundo Silva e Padilha (2001), que também estão relacionados à parada cardiorrespiratória envolvem os de ordem respiratória (Obstrução das vias aéreas, Afogamento, Pneumotórax hipertensivo, entre outras), cardiovascular (Infarto agudo do miocárdio e Tamponamento cardíaco, entre outras), metabólica (Acidose e alcalose metabólica, Hipoglicemia, entre outras), complicações relacionadas ao sistema nervoso central (Drogas depressoras do sistema nervoso central, Hemorragias intracraniana, entre outras), além de outros eventos como os origem traumática, a exemplo das queimaduras (SANTOS et al., 2011).

Um aspecto importante a ser destacado é que em 80% dos casos de parada cardíaca prevalecem às doenças isquêmicas do coração, as quais necessitam de intervenção precoce e em tempo hábil pelos profissionais de saúde (MORAIS, et al., 2009).

Segundo Reis (2010) a incidência de morte súbita secundária a insuficiência coronariana é de aproximadamente 48/100.000 habitantes para homens e 11/100.000 habitantes para mulheres. Os pacientes que sofrem de parada cardíaca a sobrevida imediata, quando bem conduzido o tratamento, é de 47,9% a 49,0%, dos quais 6,0% a 16,0% conseguem alta hospitalar.

Segundo o mesmo autor, as campanhas de prevenção contra fatores de risco para degeneração arteriosclerótica das artérias coronárias (tabagismo, hipercolesterolemia, hipertensão arterial), assim como o advento de novas técnicas de tratamento, como angioplastia e terapia trombolítica, têm diminuído a morbidade relacionada ao infarto agudo do miocárdio. Contudo, sua incidência ainda permanece alarmante em determinados países.

Em crianças, a parada cardiorrespiratória apresenta uma frequência menor em relação à população adulta (0,098/1.000 habitantes por ano). Em pediátrica, a parada cardiorrespiratória frequentemente representa um evento terminal de choque progressivo ou da falência respiratória. As causas são heterogêneas e incluem síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), submersão, trauma e sepse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

Segundo os fatores que determinam uma melhor sobrevida neste grupo são semelhantes aos do adulto. Por outro lado, o ritmo cardíaco e as causas que levaram à PCR são diferentes. Nestes, a assistolia secundária à hipoxemia são os mais comuns. A média de sobrevida geral deste grupo é de aproximadamente 9,6% (TEIXEIRA, 2009).

Em anestesia, a parada cardiorrespiratória vem diminuindo de modo expressivo na última década. Estes índices são menores, secundário ao desenvolvimento de fármacos mais seguros, melhor monitorização e a educação continuada na especialidade. A incidência de PCR durante a anestesia varia de 1/82.641 a 1/2.500. As principais causas estão relacionadas com alteração do estado físico (23,9/10.000), seguidas de complicações cirúrgicas (4,64/10.000) e complicações anestésicas, isoladamente (1,71/10.000) (BRAZ; BRAZ; MÓDOLO, 2004; FALCAO; FERREZ; AMARAL, 2011).

### 2.1.2 Repercussões clínicas e fisiológicas da parada cardiorrespiratória

Há décadas atrás a parada cardiorrespiratória era vislumbrada como causa iminente de morte, pois 98,0% das vítimas evoluíam ao óbito. Contudo, graças às evoluções relacionadas à capacitação dos profissionais de saúde associado à adequação de recursos materiais percebe-se mudanças satisfatórias, onde 70,0% dos pacientes conseguem sobreviver (COELHO, 2009).

Pergola e Araujo (2009) enfatizam que o reconhecimento dos sinais e sintomas resultante de parada cardiorrespiratória é um aspecto essencial para obtenção de um prognóstico satisfatório. De acordo com os autores a falta de reconhecimento imediato dos sintomas e de valorização da situação encontrada é responsável por 10,0% dos óbitos ocorridos no ambiente extra-hospitalar.

O quadro clínico de um paciente em parada cardiorrespiratória é bastante característico, dentre os sinais e sintomas observados na vítima incluem predominantemente:

inconsciência, ausência de respiração e sinais de circulação (RESENDE, 2009). Outros sinais também podem ser identificados, como a midríase, cianose nas extremidades e palidez da cutânea (SCHROEDER; HOFFMANN, 2010).

A intensidade e a gravidade das manifestações clínicas desta síndrome apresentam proporção direta com a duração do intervalo da parada cardíaca e o tempo para o início da realização das manobras de reanimação cardiopulmonar. Neste sentido, é indispensável que profissional de enfermagem esteja apto a reconhecer quando um paciente está em parada cardiorrespiratória a fim de prover uma assistência imediata (HERNÁNDEZ et al., 2010).

A PCR pode resultar em importantes comprometimentos somáticos a vítima caso a intervenção não seja realizada de maneira rápida, eficaz e pertinente, ou seja, a ausência de manobras de reanimação ou a aplicabilidade inapropriada destas pode resultar em danos irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral (BARBOSA *et al.*, 2006).

Sobre o intervalo de tempo mínimo para a ocorrência de possíveis sequelas neurológicas Araújo e Araújo (2001, p. 36) enfocam que “lesões cerebrais graves e potencialmente irreversíveis ocorrerão logo após os primeiros cinco minutos de parada cardíaca”.

O tecido cerebral é bastante sensível à necessidade de glicose e oxigênio, apresentando uma reserva limitada destes elementos. Assim, o tempo máximo para a manutenção de suas atividades sem lesões prévias diante de uma parada cardiorrespiratória são de 4 minutos. Após este período, caso não haja intervenção imediata evidencia-se lesões cerebrais sérias. Caso haja um prolongamento do tempo sem a oferta de oxigênio, haverá morte cerebral iminente (MATSUMOTO, 2010).

Uma vítima em PCR pode apresentar diferentes padrões de morte relacionados ao grau de dano tissular por anóxia, os quais incluem: *Morte clínica*: caracterizada pela ausência de consciência, de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos eficientes, porém com viabilidade cerebral e biológica; *Morte biológica irreversível*: esta segue a morte clínica e percebe-se lesão irreversível de órgãos e sistemas quando há um prolongamento da ausência de oxigênio e *Morte encefálica*, a qual ocorre mediante lesão irreversível do córtex e do tronco cerebral por um período superior a 5 minutos (SCHROEDER; HOFFMANN, 2010).

Segundo Resende (2009), a morte clínica não é seguida instantaneamente da morte biológica, ou seja, no momento em que um paciente apresenta sinais de morte clínica (inconsciência sem resposta a qualquer estímulo e ausência de movimentos respiratórios e de pulso), há ainda viabilidade biológica dos órgãos internos. Dessa forma, se for possível

manter a oferta de oxigênio aos tecidos e recuperar a respiração e a circulação espontâneas, antes da morte biológica tissular, a reanimação é conseguida com sucesso.

Conforme Smeltzer e Bare (2005), no cuidado emergencial estima-se a preservação da vida promovendo-se a restauração das funções fisiológicas até que seja providenciado o cuidado definitivo. É importante ressaltar que os índices de sucesso e alta hospitalar tem sido relacionada com pacientes que foram atendidos de forma rápida e eficaz em manobras básicas de reanimação cardiopulmonar implementadas em menos de 4 minutos e as manobras de suporte avançado nos primeiros 8 minutos desde o início da parada cardíaca.

Os pacientes sobreviventes de um episódio de PCR apresentam uma condição clínica complexa, nomeada de síndrome pós-parada cardiorrespiratória, resultante da combinação de um processo que inclui potenciais danos cerebrais, disfunção miocárdica aguda, resposta sistêmica ao processo isquemia/reperfusão e etiologia da parada (CERQUEIRA FILHO et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, esta síndrome envolve um conjunto de sintomas originados após o retorno à circulação espontânea, o que determina o sucesso das manobras de RCP e o início de uma nova condição clínica não menos grave. Pode ser dividida em três fases, as quais incluem: **Fase imediata** (primeiros 20 minutos após retorno à circulação espontânea), **Fase intermediária** (período entre 12 horas e 72 horas após retorno à circulação espontânea), **Fase de recuperação** (período a partir do terceiro dia) e **Fase de reabilitação** (período desde a alta hospitalar até o indivíduo recuperar sua função neurológica máxima)

## 2.2 REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA

### 2.2.1 Aspectos históricos do atendimento da parada cardiorrespiratória

Relatos históricos sobre a realização de manobras de ressuscitação cardiopulmonar são registrados desde a antiguidade há mais de 5.000 anos. Na verdade a primeira ressuscitação foi descrita no livro bíblico quando Elias reanimou do filho de Sarepta. Outras descrições também ocorreram, a exemplo, da ressuscitação de Eliseu no filho de Sumamita, narrada no segundo livro dos Reis. Demais relatos ocorreram, porém sem embasamento científico (GUIMARÃES et al., 2011).

Segundo Ferez (2009), devido aos poucos conhecimentos sobre os fenômenos envolvidos e das poucas aplicações efetivas na antiguidade, a possibilidade de reversão do estado terminal só se tornou possível a partir de 1900 em ambiente hospitalar e por volta de 1960 em ambiente extra-hospitalar. O desenvolvimento da moderna RCP tem permitido que se modifique o curso da morte. Vários relatos de sucesso na ressuscitação apareceram na literatura, no início deste século.

Ainda sobre os aspectos históricos da ressuscitação cardiopulmonar Pedersoli (2009, p. 20) enfoca que:

nos anos 50 reconheceu-se que para haver efetividade na ressuscitação e no suporte de vida, a ação na arena pré-hospitalar era o elemento chave. Nos anos subsequentes, estratégias de treinamento em RCP foram desenvolvidas. A era moderna da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) iniciou-se quando Kouwenhoven e cols., obtiveram sucesso utilizando uma combinação de massagem cardíaca, desfibrilação, respirações de resgate e drogas cardiotônicas.

Em 1956, Zoll reverteu a fibrilação ventricular através da desfibrilação elétrica sem toracotomia. Em 1958, Safar, Elam, Gordon e Redding publicaram estudos sobre o controle das vias aéreas e ventilação boca-a-boca, os quais possibilitaram, juntamente com o trabalho de Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker a popularização das manobras de RCP (FEREZ, 2009).

Segundo o mesmo autor, em 1966, a National Academy of Sciences e a National Research Council dos Estados Unidos da América do Norte realizaram a primeira reunião de consenso sobre ressuscitação cardiopulmonar e estabeleceram os métodos utilizados na época pela American Heart Association (AHA). Várias reuniões de consenso se sucederam: 1973, 1979, 1985, 1992, 2000, 2005, 2008 e 2010. Todas objetivando revisar os avanços propostos para o suporte básico e avançado de vida e recomendá-los na presença de forte evidencia científica.

Neste sentido, é importante e necessário que os profissionais de saúde tenham contínua atualização a respeito das diretrizes e normas estabelecidas mundialmente. A avaliação da eficácia do treinamento é um importante impacto na taxa de sobrevivência das vítimas de cardiopulmonar (RINGSTES, et al., 2007).

### 2.2.2 Conceito, Diretrizes e Procedimentos da Reanimação Cardiorrespiratória

A RCP é definida pelo conjunto de medidas, diagnósticas e terapêuticas, que tem por objetivo reverter à parada cardiorrespiratória (MADEIRA; GUEDES, 2010).

Ainda sobre os aspectos conceituais da reanimação cardiorrespiratória França (2010, p. 1), menciona que a assistência neste tipo de intercorrência consiste em:

ações padronizadas com desenvolvimento sequencial, cujo objetivo é primeiro substituir e, posteriormente restaurar as funções respiratória e circulatória espontâneas, deficiências que ocorrem na parada cardiorrespiratória (PCR)...o seu objetivo é a manutenção da vida por meios externos, procurando o correto aporte de O<sub>2</sub> aos tecidos, quando o indivíduo não pode realizá-lo pelos seus próprios meios, evitando desta forma a morte orgânica. Está indicada em todas as situações em que ocorre uma parada da atividade respiratória e cardíaca por qualquer causa, quer seja cardíaca ou extra cardíaca.

Barra et al., (2011) definem a ressuscitação cardiopulmonar como um conjunto de procedimentos destinados a manter a circulação de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, permitindo a manutenção transitória das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase.

Os princípios básicos para a realização da reanimação cardiopulmonar envolvem uma sequência de eventos hierárquicos que devem ser considerados, respeitados e que incluem: 1º Diagnóstico precoce; 2º Implementação do Suporte Básico de Vida (SBV); 3º Implementação do Suporte Avançado de Vida (SAV) e 4º Suporte Intensivo em Unidade de Terapia Intensiva (MORAIS, 2007).

O Suporte Básico de Vida segundo Menezes et al., (2009) caracteriza-se como reconhecimento inicial da parada cardiorrespiratória, acionamento do serviço de emergência, envolvimento de manobras de circulação, desobstrução das vias aéreas e oferta do suporte ventilatório. O suporte avançado, por sua vez, consiste na assistência continuada que engloba a utilização de materiais que melhor ofertem condições de oxigenação e ventilação a vítima. Somado a isso, faz-se necessário à aplicabilidade de medicamentos específicos associados às manobras manuais de ressuscitação.

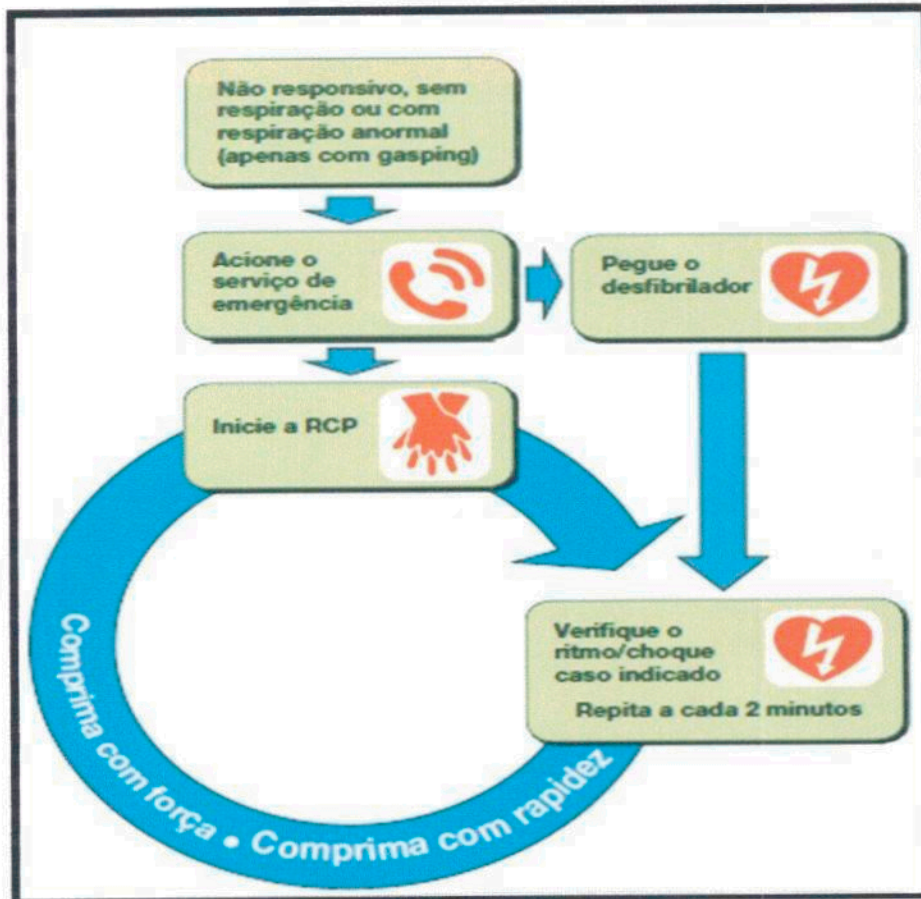


As habilidades práticas somadas ao conhecimento teórico em Suporte Básico e Avançado de Vida das equipes de saúde estão entre os fatores mais importantes das taxas de sucesso em reanimação cardiopulmonar. Para a aplicabilidade das manobras exige-se uma equipe bem treinada, pois este tipo de intercorrência requer ações rápidas, eficazes e integradas, justificando, portanto, uma melhor execução por parte de uma equipe de saúde do que por um profissional isolado (ALVES, 2007).

A seguir será feita uma explanação acerca das etapas que compõem o Suporte Básico de Vida associando as últimas modificações propostas pela American Heart Association (2010).

### 2.2.2.1 SUPORTE BÁSICO DE VIDA

O atendimento em Suporte Básico de Vida caracteriza-se como um conjunto de intervenções essenciais e padronizadas que são realizadas em indivíduos com parada cardiorrespiratória, as quais envolvem o conhecimento dos sinais e sintomas desta intercorrência, solicitação de ajuda e a compressão torácica alternada com ventilações. As diretrizes têm sido extremamente importantes para homogeneizar universalmente os conceitos em SBV para que, com isso, se consiga simplificar o atendimento de emergência (QUILICI; TIMERMAN, 2011). Para Alves (2007), o sucesso no processo de reanimação cardiorrespiratória depende de uma série de ações sequenciadas chamadas de “corrente da sobrevivência” pela AHA ilustrado (**Figura 1**).

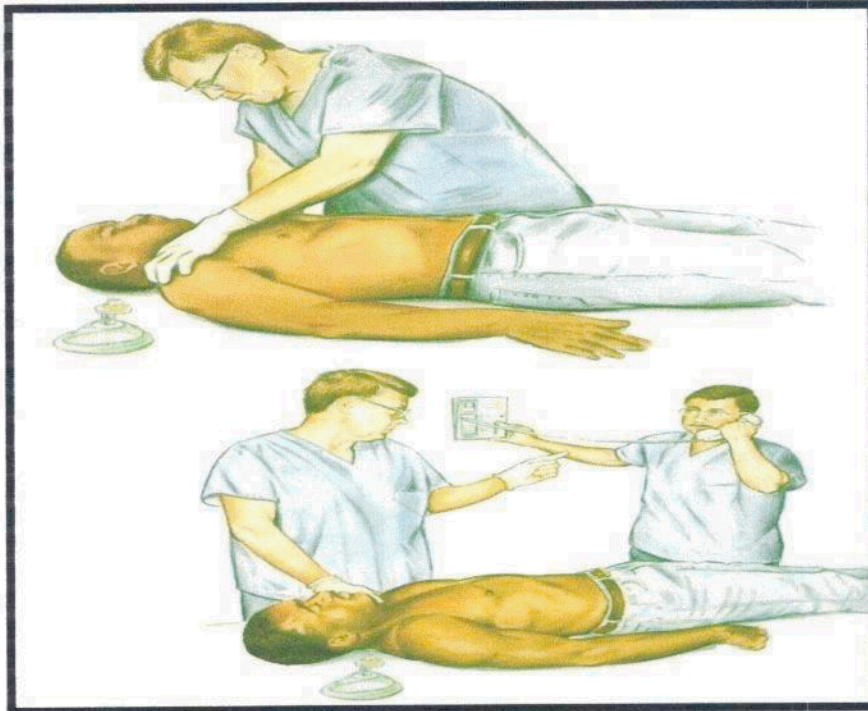


**Figura 1** - Algoritmo de Suporte Básico de Vida simplificado para profissionais de saúde.

Fonte: American Heart Association (2010).

Atualmente, de acordo com a American Heart Association (2010), o Suporte Básico de Vida compreende C (*Circulation* ou Compressão torácica), A (*Airway* ou Abertura de vias aéreas), B (*Breathing* ou Realizar ventilações de resgate) e D (Conectar o desfibrilador externo automático – DEA). Contudo, é importante ressaltar que antes de iniciar o procedimento é necessário avaliar o perigo do cenário, detectar a responsividade da vítima, solicitar auxílio e imediatamente iniciar as manobras com o paciente no solo (**Figura 2**).

O “CAB” primário do Suporte Básico de Vida compreende as condutas iniciais adotadas antes da chegada do Suporte Avançado de Vida. De acordo com a Sociedade Paranaense de Cardiologia (2011), o socorrista, na presença de uma suposta parada cardíaca, não deve perder mais que 10 a 15 segundos para efetuar seu diagnóstico e iniciar as manobras de ressuscitação.



**Figura 2:** Avaliação da responsividade da vítima e acionamento da emergência.  
Fonte: American Heart Association (2010).

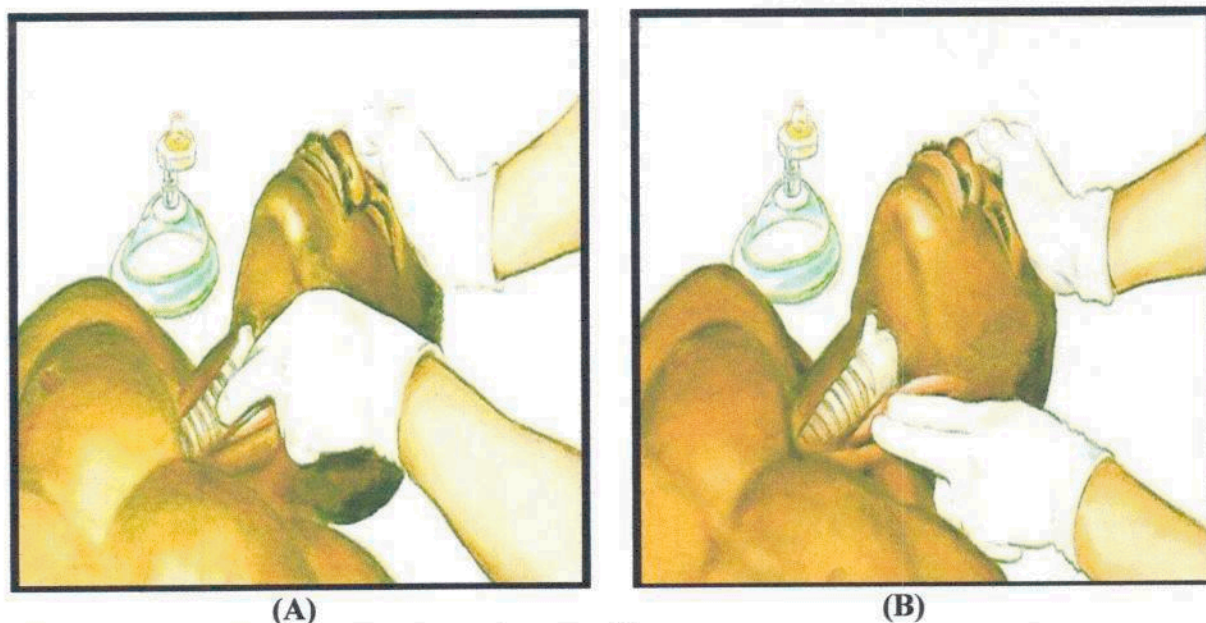
As Diretrizes atuais da American Heart Association (2010) para RCP recomendam uma alteração na sequência de procedimentos de SBV de A-B-C (via aérea, respiração e compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea e respiração) em adultos, crianças e bebês, excluindo-se recém-nascidos. Essa e outras alterações apresentadas adiante baseou-se no processo internacional de avaliação de evidências, envolvendo de cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliaram, discutiram e debateram milhares de publicações revisadas por pares.

De acordo com Quilici e Timerman (2011), na sequência antiga ABC as compressões torácicas, muitas vezes, são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar respiração boca a boca, recupera um dispositivo de barreira ou reúne e prepara o equipamento de ventilação. Com a alteração da sequência para CAB, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo. Alteração da sequência para CAB será descrita a seguir:

- **C - CONFIRMAR A AUSÊNCIA DE PULSO**

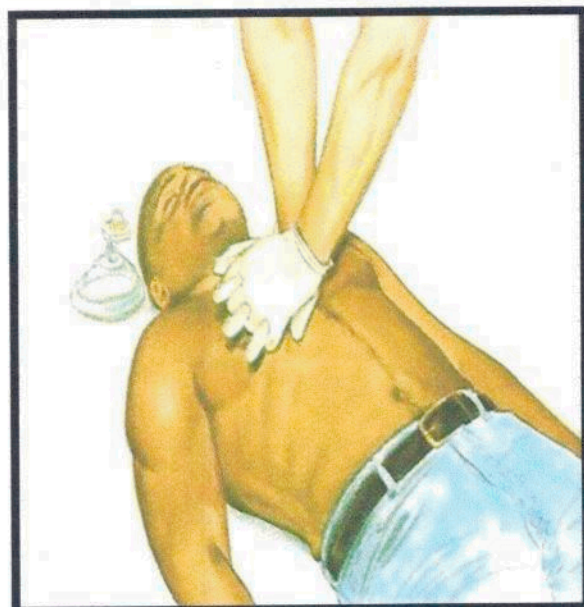
Nesta etapa do suporte básico de vida, o profissional de saúde não deve retardar o acionamento do serviço de emergência/urgência, porém deve obter duas informações simultaneamente: verificar se a vítima responde e se está sem respiração ou com respiração anormal. O procedimento "Ver, Ouvir e Sentir se há respiração" foi removido da sequência de avaliação da respiração após a abertura da via aérea. Atualmente, o socorrista deve verificar rapidamente a respiração a fim de detectar sinais de parada cardiorrespiratória (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Se a vítima não estiver responsiva e não estiver respirando ou apresentar respiração anormal em *gasping* agônico, o profissional deverá acionar o serviço de emergência/urgência e solicitar imediatamente o desfibrilador externo automático (DEA/DAE), se disponível. Se o profissional de saúde não sentir pulso carotídeo (**Figura 3 A e B**) na vítima em 10 segundos, deverá iniciar a RCP e usar o DEA, quando estiver disponível (SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA, 2011).

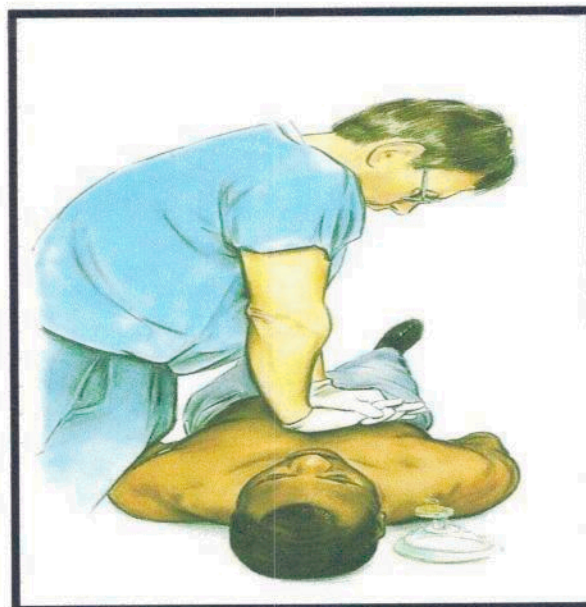


**Figura 3 (A) e (B):** Localizando o pulso carotídeo.  
Fonte: American Heart Association (2010).

Mediante a confirmação da parada cardiorrespiratória devem-se iniciar as compressões torácicas manuais e as ventilações de resgate. As primeiras devem ser executadas na região torácica aproximadamente 2 dedos acima do apêndice xifoide, estando apenas as palmas das mãos em contato com o esterno (**Figura 4**). É importante ressaltar que durante a realização da manobra o socorrista mantenha um ângulo de 90° cuja força das compressões sejam viabilizadas pelo peso do corpo (**Figura 5**) (MARCHI; NAZÁRIO, 2007).



**Figura 4:** Posicionamento palmar na RCP.  
Fonte: American Heart Association (2010).



**Figura 5:** Posicionamento do socorrista na RCP.  
Fonte: American Heart Association (2010).

As diretrizes atuais da American Heart Association preconizam a necessidade de manobras ressuscitação de alta qualidade, incluindo uma frequência mínima de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes), profundidade de compressão mínima de duas polegadas ou 5 cm, em adultos, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, uma polegada e meia ou 4 cm em bebês e duas polegadas ou 5 cm em crianças). Um aspecto importante refere-se a viabilizar o retorno total do tórax após cada compressão realizada (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão ventilação de 30:2 para um ou dois socorristas em vítimas adultas. No caso de crianças e bebês a relação é

são de 30:2 e 15:2 em caso de um e socorristas, respectivamente. Em caso de dois socorristas, deve haver alternância dos mesmos a cada 2 minutos ou 5 ciclos (MELO et al., 2008).

As diretrizes em reanimação cardiopulmonar continuam recomendando que as ventilações de resgate sejam aplicadas em, aproximadamente, 1 segundo. Assim que houver uma via aérea avançada colocada, as compressões torácicas poderão ser contínuas (a uma frequência mínima de 100/minuto) e não mais alternadas com ventilações. As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas a frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto), devendo-se evitar ventilação excessiva (FEITOSA FILHO et al., 2006).

Ressalta-se nas diretrizes atuais recomenda o início das compressões torácicas antes das ventilações diferentemente as recomendações de 2005, onde a sequência da RCP em adultos tinha início com a abertura da via aérea, seguida de verificação quanto a presença de respiração normal e, em seguida, a aplicação de duas ventilações de resgate, acompanhadas de ciclos de 30 compressões torácicas e 2 ventilações (BORGES, 2010).

#### • A – ABERTURA DE VIAS AÉREAS

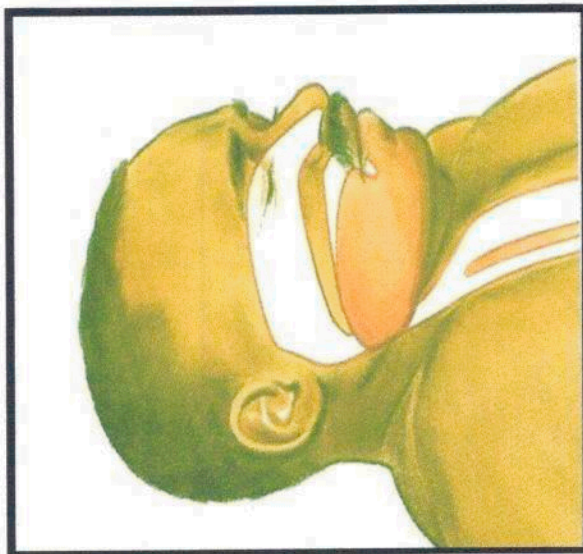
Nesta fase busca-se proceder à desobstrução das vias aéreas através da realização de manobras específicas para este fim, as quais incluem a de elevação do mento (*Jaw thrust*) (**Figura 6**) e/ou a manobra de Ruben (*Head tilt*), que consiste na hiperextensão da cabeça (MARCHI; NAZÁRIO, 2007).

A justificativa para a necessidade em realizar este tipo de procedimento consiste devido à ocorrência de relaxamento da musculatura anterior do pescoço em indivíduos inconscientes. Este tipo de acontecimento viabiliza a queda da base da língua sobre a faringe e consequente obstrução das vias aéreas (**Figura 7**) (EQUIPE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2012).

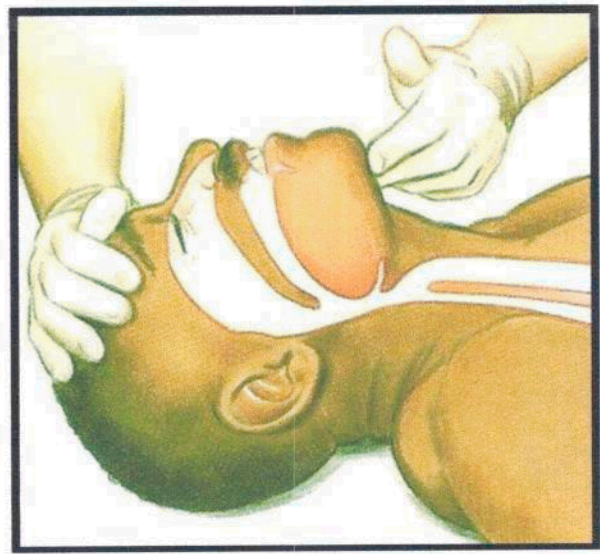
Um aspecto importante a ser ressaltado relaciona-se a suspeita de fratura na região cervical. No caso da presença desta última, deve-se proceder apenas com *Jaw thrust* evitando-se a hiperextensão cervical. O socorrista ao perceber que apenas um das duas manobras não foi suficiente para possibilitar a permeabilidade das vias aéreas deve-se proceder com a realização da manobra tripla de *Safar*, a qual consiste em elevar o ângulo da mandíbula,

hiperextender a cabeça e manter a boca entreaberta com os polegares (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2008).

Contudo, previamente a realização das manobras é importante que o socorrista proceda com a abertura da boca para avaliar a presença de secreções, sangue ou demais objetos que possam estar obstruindo a passagem do ar. Caso seja identificado algum destes elementos é importante proceder com a remoção imediata dos mesmos (SILVA, 2006).



**Figura 6:** Obstrução das vias aéreas.  
Fonte: American Heart Association (2010).



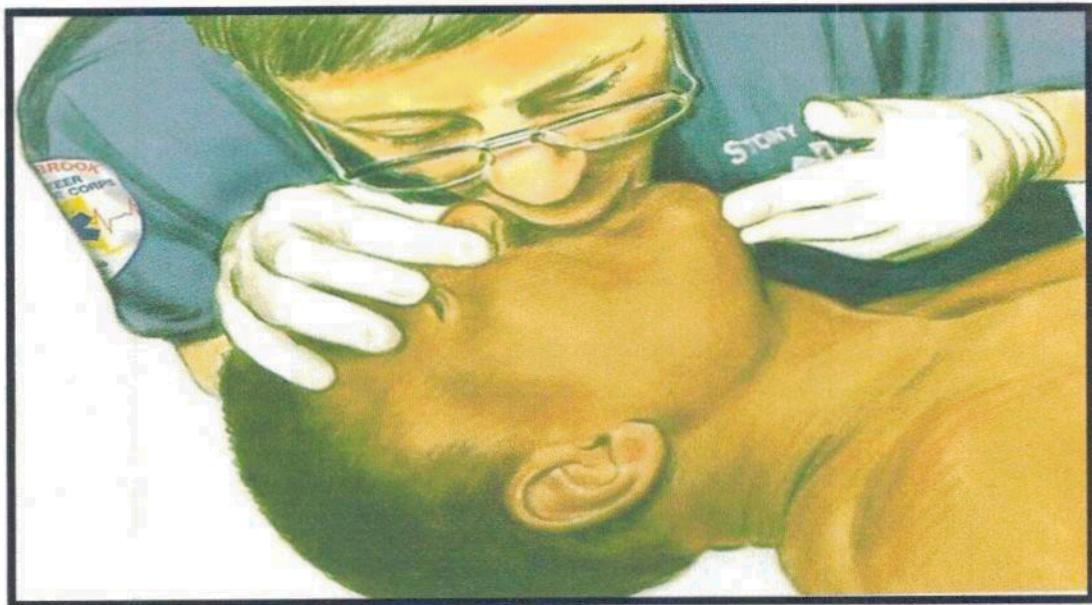
**Figura 7:** Manobra de *Jaw thrust*.  
Fonte: American Heart Association (2010).

## • B – MANTER BOA RESPIRAÇÃO

De acordo com a American Heart Association (2010), o procedimento “Ver, Ouvir e Sentir” se há respiração foi removido da sequência da avaliação respiração após a abertura das vias aéreas, cabendo ao profissional de saúde verificar rapidamente a respiração a fim de detectar sinais de parada cardiorrespiratória. Segundo o novo protocolo da AHA, após a aplicação de 30 compressões, o socorrista deverá abrir a via aérea e aplicar duas ventilações de resgate. As ventilações artificiais em adultos podem ser realizadas por **Boca a boca** (Figura 8) ou utilizando **Dispositivos de barreira**.

No caso da respiração **Boca a Boca** é importante ressaltar que o socorrista deve ocluir as narinas e acoplar sua boca adequadamente a boca da vítima para evitar escape de ar. É

importante também que o socorrista observe a excursão da caixa torácica durante a insuflação a fim de assegurar o direcionamento correto do ar. Contudo, o socorrista deve evitar ventilações fortes e rápidas a fim de evitar hiperinsuflação e possível trauma pulmonar. É importante que as ventilações tenham duração de 1 segundo. Quando a técnica de ventilação é corretamente empregada mantém-se a oxigenação acima de 75 mmHg e o dióxido de carbono em cerca de 30 a 40 mmHg (SARMENTO, 2009).



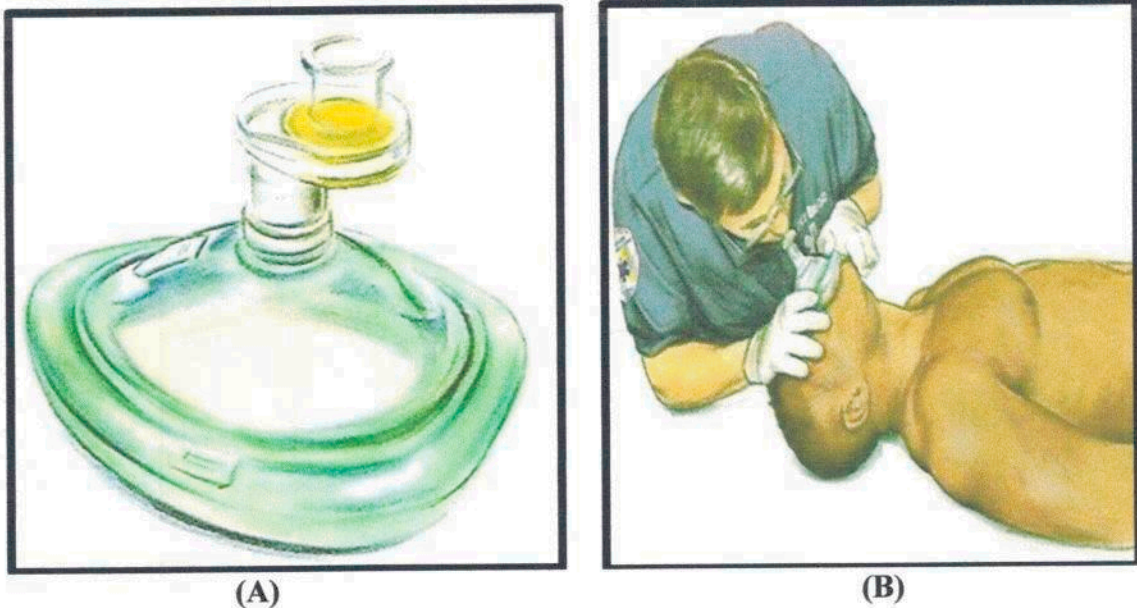
**Figura 8:** Respiração Boca a boca.  
Fonte: American Heart Association (2010).

Mediante a grande exposição dos profissionais de saúde relacionada à ocorrência de transmissão de doenças via contato direto durante os treinamentos e socorros prestados a vítima torna-se necessário o incentivo da utilização dos dispositivos de barreira neste grupo a fim de prevenir possíveis contaminações por doenças infecto-contagiosas (VASCONCELOS; REIS, 2008).

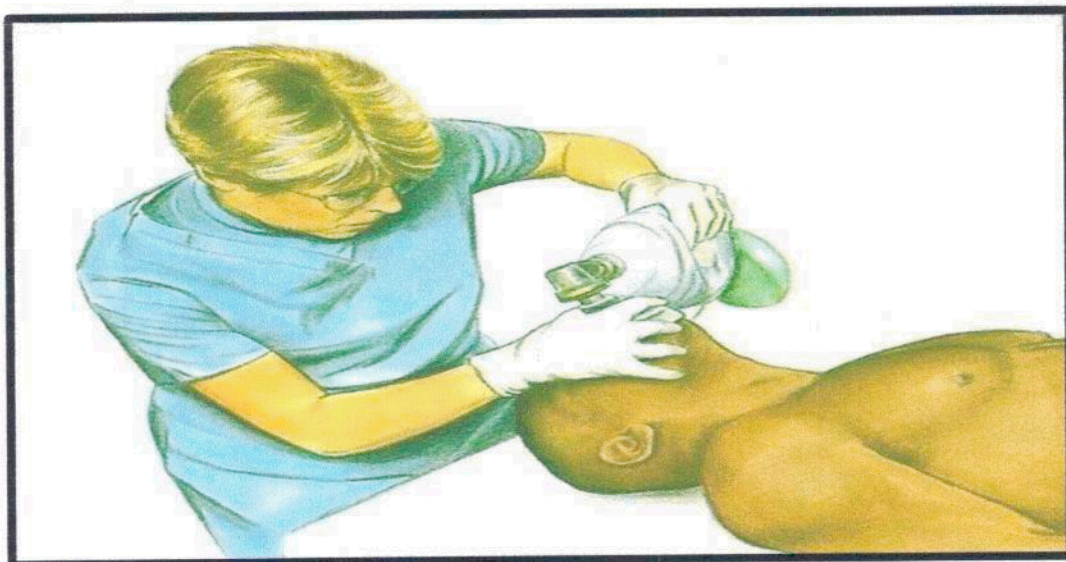
Vários dispositivos podem ser utilizados para auxiliar na oferta de oxigênio, porém, é necessário que o profissional que em uso tenha domínio correto sobre a técnica a fim de permitir a efetividade adequada da oferta de oxigênio. Dentre os dispositivos mais utilizados pelos profissionais de saúde diante do pronto atendimento em SBV encontram o sistema balão válvula-máscara/tubo ou AMBU e a *Pocket Mask* (**Figura 9 A e B**) (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 2011).



A respeito desta última é importante que durante o seu uso o queixo da vítima mantenha-se elevado. Ao mesmo tempo em que se garante o posicionamento correto da vítima é necessário que o socorrista assegure o acoplamento correto, utilizando as técnicas em “C” e em “E” (**Figura 10**) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).



**Figura 9 (A) e (B):** Máscara *Pocket Mask*.  
Fonte: American Heart Association (2010).



**Figura 10:** Técnica em “C” e em “E” para acoplamento da máscara *Pocket Mask*.  
Fonte: American Heart Association (2010).

## • D – DESFIBRILAÇÃO ELÉTRICA

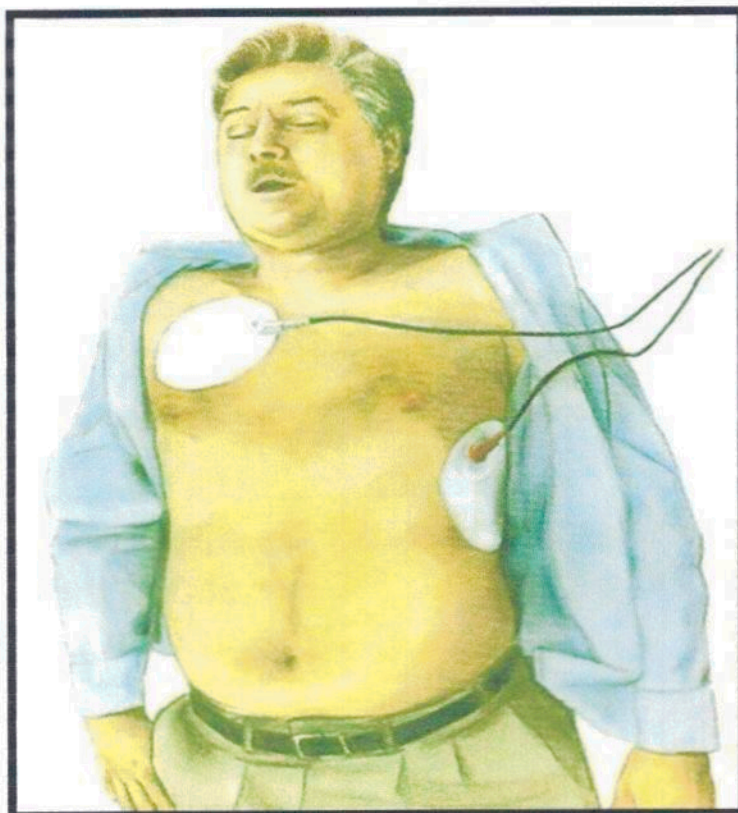
A desfibrilação elétrica do coração pode ser considerada, de uma forma muito simples, como uma descarga elétrica não sincronizada com o ritmo cardíaco, aplicado no tórax do paciente. O objetivo terapêutico reside em que, com a aplicação de impulso elétrico monofásico ou bifásico, o miocárdio pode ser despolarizado como um todo e simultaneamente (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, 2011). Desta forma, nestas novas condições com todas as fibras musculares na mesma fase, o nodo sinoatrial obtém a capacidade de retomar a condução do ritmo cardíaco (FORNAZIER et al., 2011).

Percebe-se diferenças da resposta miocárdica com relação ao tipo de onda de descarga elétrica deflagrada. Os desfibriladores antigos empregavam o modelo de descarga monofásico, os quais necessitam de maiores níveis de energia para uma desfibrilação efetiva. Os desfibriladores modernos, incluindo o desfibrilador elétrico automático (DEA), utilizam o modelo de descarga bifásica, os quais apresentam uma superioridade na resposta do coração à descarga elétrica em torno de 84,0 a 95,0%. Estes últimos utilizam menor nível de energia com uma resposta positiva mais comum (FORNAZIER, 2011).

Vários outros fatores têm influencia na efetividade da desfibrilação. A gravidade da hipóxia e estado de acidose miocárdica são decisivos. Deve-se lembrar que o coração hipóxico e em acidose responde de forma tênue à desfibrilação elétrica. A posição dos eletrodos também deve ser considerada. A eficiência da desfibrilação é maior quando os eletrodos são distribuídos da seguinte forma: infraclavicular direita e inframamária esquerda ou, como alternativa, a posição anteroposterior inframamária (**Figura 11**) (THAMI; SOUSA; MARQUES NETO, 2008).

Outros aspectos como a área cardíaca, tamanho dos eletrodos (recomendado de 12 cm para adulto) e a impedância da pele à corrente elétrica (gel eletrolítico) são matérias também consideradas complicadoras à eficiência da desfibrilação elétrica. É necessário advertir que apesar da recomendação de que as pás devem ser firmemente pressionadas contra o tórax (pressão de 6 a 8 kg), os eletrodos autoadesivos são igualmente eficientes.





**Figura 11:** Posicionamento correto dos eletrodos do DEA.  
Fonte: American Heart Association (2010).

De acordo com Costa e Miyadahira (2008) e Gonzalez et al., (2009), a principal razão de se empregar uma desfibrilação elétrica o mais precoce possível é que, a possibilidade de uma desfibrilação efetiva diminui com o tempo e tende a se converter em assistolia. O sucesso na reversão da Fibrilação Ventricular diminui 7 a 10% a cada minuto que passa após a PCR.

Os DEA's foram idealizados com este objetivo, pois podem ser empregados com pouco treinamento em vários locais. Uma vez colocados os eletrodos e disparada sua ação, primeiramente reconhecem o ritmo. Caso o ritmo seja de Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem pulso desfecha-se a descarga elétrica. Os aparelhos mais modernos orientam os reanimadores solicitando para se afastar no momento da desfibrilação através de gravação sonora. Caso o ritmo não apresente indicação de desfibrilação (não desfibrilável) orienta para continuar as manobras de RCP (BALENCUELA, 2012).

O DEA vem sendo aplicado por profissionais treinados em aeroportos, aeronaves, cassinos, estádios de futebol entre outros locais. É fácil e seguro de ser aplicado por pessoas treinadas e tem contribuído para a sobrevivência significativamente (CESENA, 2011). O DEA pode ser utilizado em crianças de 1 a 8 anos ou mais velhas. Se o modelo for compatível com

vítimas pediátricas, ele disponibiliza o sistema atenuador da descarga elétrica, que deve ser empregado para criança de 1 a 8 anos. Para crianças mais velhas (maiores de 8 anos) o uso do sistema de atenuação não se faz necessário (VANHEUSDEN, 2007).

Deve-se lembrar que em adultos nos quais sofreram PCR sem testemunha, portanto estavam inconscientes quando foram encontrados, ou quando Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) apresentou um tempo de chegada ao local maior que 4 a 5 minutos é obrigatório realizar 5 ciclos de RCP (aproximadamente 2 minutos) antes do emprego do DEA. O objetivo é diminuir a hipóxia e acidose do miocárdio e facilitar a desfibrilação. É importante advertir que após o desfecho da desfibrilação do DEA, a avaliação do pulso é feita somente após 5 ciclos de RCP (aproximadamente 2 minutos). O objetivo é não descontinuar as manobras de RCP desnecessariamente e piorar o prognóstico (LOPES, 2008).

Nas desfibrilações elétricas manuais, com desfibriladores monofásicos, a magnitude de corrente elétrica liberada deve ser única é de 360 Joules (J). As doses sequenciais e incrementais não devem ser indicadas devido aos resultados modestos desta alternativa frente ao tempo de ausência de manobras de RCP necessários para a sua concretização. Nas desfibrilações elétricas manuais, com desfibriladores bifásicos, a grandeza da descarga elétrica deve ser de 120 a 200 J e também única. Uma descarga de 200 J como padrão com modelos de desfibriladores bifásicos é aceitável. Deve-se minimizar o tempo de cessação das manobras de RCP para qualquer tipo de ação durante a RCP, inclusive a desfibrilação elétrica (FREITAS, 2011).

Nas fases seguintes exige-se a terapêutica avançada ou suporte avançado, com a presença obrigatória de um médico. Compreende manter de forma eficiente as manobras da primeira fase e dar continuidade a assistência por meio de acesso vascular efetivo, diagnóstico eletrocardiográfico, administração fármacos de ação na parada cardiorrespiratória, objetivando melhores resultados (COSTA et al., 2010).

A seguir, (**Figura 12**) encontra-se o resumo das principais alterações estabelecidas pela American Heart Association para a assistência em Suporte Básico de Vida.

| Componente  | Recomendações  |   |   |
|---|--|---|---|
|   | Adultos  | Crianças  | Bebês   |
| Reconhecimento  | Não responsivo (para todas as idades)  |   |   |
|   | Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)  | Sem respiração ou apenas com gasping                                      |   |
|   | Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades (apenas para profissionais de saúde)  |   |   |
| Sequência da RCP  | C-A-B  |   |   |
| Frequência de compressão  | No mínimo, 100/min   |   |   |
| Profundidade da compressão  | No mínimo, 2 polegadas (5 cm)  | No mínimo $\frac{1}{4}$ do diâmetro AP<br>Cerca de 2 polegadas (5 cm)     | No mínimo $\frac{1}{4}$ do diâmetro AP<br>Cerca de 1½ polegada (4 cm) |
| Retorno da parede torácica  | Permitir retorno total entre as compressões<br>Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos   |   |   |
| Interrupções nas compressões  | Minimizar interrupções nas compressões torácicas<br>Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos  |   |   |
| Vias aéreas   | Inclinação da cabeça-elevação do queixo (profissionais de saúde que suspeitarem de trauma: anteriorização da mandíbula)  |   |   |
| Relação compressão-ventilação (até a colocação da via aérea avançada)     | 30:2<br>1 ou 2 socorristas   | 30:2<br>Um socorrista<br><br>15:2<br>2 socorristas profissionais de saúde |   |
| Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e 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)<br>Assíncronas com compressões torácicas<br>Cerca de 1 segundo por ventilação<br>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 |   |   |

**Figura 12:** Alterações estabelecidas pela American Heart Association para a assistência em Suporte Básico de Vida.

Fonte: American Heart Association (2010).

### 2.2.3 Atuação da enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar

A equipe de enfermagem deve estar apta para viabilizar um atendimento adequado, incluindo-se neste âmbito a necessidade em conhecer a sequência do atendimento.

organização dos materiais para propiciar de maneira efetiva as manobras de ventilação e circulação além de assegurar o bom senso e a calma durante a realização do socorro em suporte básico de vida (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Neste ínterim, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam em contínua capacitação a fim de prover a atualização em relação aos procedimentos técnicos necessários para a prestação de um atendimento eficaz e correto. A realização de treinamento da equipe deve ter como prioridade a redução do tempo de assistência com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada, porém cumprindo todas as etapas do atendimento (SMELTZER; BARE, 2005).

A manutenção do equilíbrio emocional é um aspecto muito importante para os profissionais de saúde que desenvolvem atendimentos de emergência. A equipe, em específico o (a) enfermeiro (a), é testado (a) a todo instante e isso pode refletir ao longo do tempo sintomas físicos e emocionais importantes, a exemplo do estresse, ansiedade, depressão e até exaustão mental crônica (MATSUMOTO, 2010). Segundo o mesmo autor, a exaustão ocorre, muitas vezes, devido a quadros de estresse repetidos por reanimações cardiorrespiratórias mal sucedidas e sem sucesso.

A participação da enfermagem durante o atendimento é indispensável e por isso a tranquilidade é uma característica essencial para quem presta este tipo de assistência. Cabe ao profissional coordenar a equipe, realizar procedimentos de compressão e ventilação, prover monitorização, controle de sinais vitais, cateterização vesical e nasogástrica, preparar e transportar o paciente, além de garantir o funcionamento de materiais assim como a disponibilidade de medicamentos e demais insumos, a exemplo da tábua de massagem, carro de emergência com desfibrilador, monitor cardíaco, aspirador, tubo endotraqueal, laringoscópio, dentre outros (COELHO, 2009).

Durante o procedimento de PCR é importante a distinção das tarefas da equipe de enfermagem, contendo esta, pelos menos 3 técnicos e 1 enfermeiro. Com objetivo de aperfeiçoar o atendimento e evitar o estresse de sua equipe, o enfermeiro deve no início de seu plantão tomar medidas preventivas. Estas medidas devem conter a escala de uma equipe para o atendimento a uma possível PCR e a conferência e garantia de fácil acesso aos materiais e medicações a serem utilizados, visando uma assistência adequada ao paciente (BARRA et al., 2011).

Segundo Guimarães e Lopes (2005), a atuação do profissional de enfermagem, contudo, é ainda mais complexa, pois cabe a ele também capacitar sua equipe, coordenando as

ações de forma a orientar técnicos e auxiliares para o reconhecimento precoce da situação assim como para uma atuação imediata e precisa.

Como líder, é também função do enfermeiro gerenciar a assistência prestada ao paciente, conseqüentemente ele exerce influência não somente na equipe de enfermagem, como em outros membros que integram o serviço.

Ainda sobre a participação do enfermeiro na RCP, Silva (2006, p. 52) enfoca que:

Cabe a este profissional estar atendo ao diagnóstico de PCR e, desta forma, pode estabelecer medidas terapêuticas destinadas a manter os órgãos vitais em funcionamento, prevenindo lesões cerebrais, muitas vezes irreparáveis (...) o enfermeiro deve ser o facilitador do processo de atendimento à PCR, por meio do preparo e organização do ambiente e do provimento de recursos humanos e materiais a serem utilizados. Deve garantir o planejamento da assistência por meio de estratégias que assegurem recursos materiais equipamentos de qualidade e uma equipe preparada para a obtenção de resultados esperados.

Como visto a enfermagem desenvolve funções pontuais e imprescindíveis a serem executadas no momento do socorro da parada cardiorrespiratória identificando-a e minimizando os danos fisiológicos ao paciente. Neste sentido, é de extrema importância que todos os profissionais da área sejam dominadores de amplo conhecimento científico e prático para a efetividade do socorro a vítima de parada cardiorrespiratória (BARRA et al., 2011).

---

## **3 Metodologia**



### 3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2005), o estudo exploratório-descritivo visa familiarizar-se, por meio de levantamento de opiniões, crenças e atitudes, com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão, visando o aprimoramento de idéias e intuições a partir da familiarização da problemática.

Em relação à abordagem quantitativa Gunther (2006) menciona que a mesma busca critérios numéricos que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretende testar. Ela transforma em números, opiniões e informações, por meio de recursos e técnicas estatísticas para classificá-las e analisá-las, associado ao estudo descritivo. Segundo Boaventura (2004) este tipo de abordagem é utilizado quando se conhece o perfil do universo e os objetivos específicos do problema. Segundo o mesmo autor o instrumento para a coleta de informações é estruturado e os resultados são extrapolados para o universo, onde todos os componentes devem ter a chance de participar da amostra.

### 3.2 Participantes, Local e Duração da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas redes de baixa (Estratégia Saúde da Família) e média complexidade dos municípios de Cuité (Hospital e Maternidade Municipal de Cuité), Nova Floresta (Hospital Municipal de Nova Floresta) e Picuí (Hospital Regional de Picuí). A escolha dos cenários para a realização da pesquisa justificou-se devido à acessibilidade aos referidos locais além de contemplar serviços do Curimataú englobados nos três níveis de atenção à saúde (**ANEXOS A, B e C**) cujos profissionais de enfermagem estão inseridos e devem estar preparados para atuar em situações emergência a exemplo da assistência em parada cardiorrespiratória.

A amostra foi composta por 70 participantes, sendo 26 profissionais de enfermagem com formação superior e 44 profissionais de nível médio, incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem. De modo a garantir uma uniformidade do grupo amostral, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão os quais seguem:

UNIVERSIDADE  
DE  
PESQUISA  
E  
DESENVOLVIMENTO  
EM  
ENFERMAGEM

### 3.2.1 Critérios de Inclusão:

-Profissionais com formação na área comprovada mediante apresentação de carteira profissional;

### 3.2.2 Critérios de Exclusão:

-Não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**);  
-Recusar-se em participar da pesquisa.

A pesquisa teve duração de três meses (Fevereiro à Abril de 2012), sendo as entrevistas realizadas nos turnos matutino (08:00 às 12:00h), vespertino (13:00 às 17:00h) e noturno (18:00h às 20:00h) conforme a disponibilidade dos profissionais envolvidos e do pesquisador participante.

## 3.3 Instrumento para a coleta de dados e procedimentos da pesquisa

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) por meio da aplicação individual de um questionário (**APÊNDICE B**), o qual contemplou 26 questões. O referido instrumento foi composto por questões abertas e fechadas, fragmentado em três seções. A primeira referiu-se ao perfil demográfico e profissional do entrevistado (Idade, Gênero, Estado civil, Formação profissional e Nível de formação), a segunda referente ao treinamento e experiência profissional (Tempo de atuação profissional, Capacitação em reanimação cardiopulmonar e Interesse na realização de cursos especializados na área) e a terceira contemplou o conhecimento teórico acerca da RCP voltado para o SBV.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado após leitura e análise da bibliografia revisada que aborda os princípios da aplicação da ressuscitação cardiopulmonar. Salienta-se que o questionário foi preenchido individualmente, sem consulta a bibliografia e sob supervisão do pesquisador participante. Os profissionais foram orientados quanto ao preenchimento do questionário, estando o pesquisador a disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida que o participante pudesse apresentar.

Para melhor analisar a aplicabilidade e confiabilidade do instrumento elaborado, foi realizado um teste piloto com o intuito de possibilitar uma maior familiarização com o

instrumento da coleta de dados e viabilizar alterações que possivelmente se fizessem necessárias.

### 3.4 Análise dos dados

Para a elaboração do banco de dados e análise estatística foi utilizado o Software *Excel 2007* e cujos resultados foram apresentados descritivamente sob a forma de gráficos e tabelas por meio de distribuição de frequência ( $f$ ) e percentual (%), sendo discutida a luz da literatura pertinente.

### 3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

A coleta de dados foi formalizada e iniciada após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE), a qual só foi iniciada após autorização do mesmo, conforme exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos (**ANEXO D**).

O procedimento ocorreu em dois momentos: o primeiro consistiu de um contato prévio e individualizado com cada profissional envolvido, sendo explanados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação e a apresentação de todos os itens contemplados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi assinado pelo participante e pesquisadores responsáveis, sendo inclusive referida a livre opção de aceitar participar da pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal, podendo inclusive o participante retirar-se antes, durante ou depois da finalização de coleta de dados.

Sequencialmente, após a aceitação de inclusão na pesquisa pelos participantes a aplicação do questionário foi iniciada, sendo assegurado o anonimato de sua identidade como explicitado no TCLE. Salientamos ainda que ao participante foi entregue uma cópia do TCLE devidamente assinada pelos pesquisadores envolvidos na referida pesquisa.

Ademais foram levados em consideração os deveres e responsabilidades existentes no capítulo III da Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no

que concerne aos aspectos éticos e legais da pesquisa, contemplados nos artigos 89, 90, 91, 92 e 93 (COFEN, 2007).

### 3.6 Financiamento da pesquisa

Os itens necessários à execução da pesquisa foram todos da responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Demonstrando-se, portanto, a nulidade de ônus, de qualquer natureza para o participante desse estudo, uma vez que todos os elementos necessários para a avaliação e tratamento classificaram-se como de fácil aquisição e baixo custo.

---

---

## **4 Resultados e Discussão**

Dos 70 profissionais que fizeram parte da amostra, 26 (37,1%) eram enfermeiros, 36 (51,4%) técnicos de enfermagem e 8 (11,3%) auxiliares de enfermagem. A média de idade dos participantes foi de  $\pm 33,14$  anos, tendo a maioria relação conjugal estável (51,4%).

Fazendo correlação com a trajetória história de ser uma profissão eminentemente feminina, a marca do gênero na enfermagem se faz evidente neste e em outros estudos. Embora se constate um movimento em relação à inserção do homem na profissão, os dados demográficos desta pesquisa ainda revelam a predominância das mulheres no contexto das práticas assistenciais (88,6%).

De acordo com Baccaro e Shinyashiki (2011), as mulheres são orientadas culturalmente para o cuidado com a saúde. Desta forma, o gênero e a idade são fatores influenciadores do processo de socialização profissional.

O tempo médio transcorrido do término da graduação ou curso técnico foi de 5,14 anos. Para Martins et al., (2007), o tempo de formação pode ser um indicativo importante de experiência no mercado de trabalho, refletindo o conhecimento e aptidão para desempenhar determinados cargos, especialmente quando se trata da vida humana.

Dentre os profissionais que apresentaram formação superior a maioria (53,8%) realizou algum curso de especialização em saúde, sendo apenas 20,0% na área que envolve a temática abordada. A maioria dos participantes desempenhava atividades profissionais em serviços de alta complexidade como hospitais (60,0%) (**Tabela 1**).

O aprimoramento do conhecimento científico é essencial para o desenvolvimento profissional, independente da área de atuação (MORTON, et al., 2007). Entretanto, é necessário reconhecer que os profissionais atuantes apresentam um baixo índice de capacitação emergencial, sendo esta uma condição que pode refletir dificuldades e inabilidades para a realização da ressuscitação cardiopulmonar.

**Tabela 1:** Características demográficas e profissionais dos entrevistados acerca do conhecimento sobre o suporte básico de vida em reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.

| Variáveis           | n  | %    |
|---------------------|----|------|
| <b>Faixa etária</b> |    |      |
| <30 anos            | 26 | 37,1 |
| 30-39 anos          | 27 | 38,6 |
| 40-49 anos          | 10 | 14,3 |
| $\geq 50$ anos      | 7  | 10,0 |

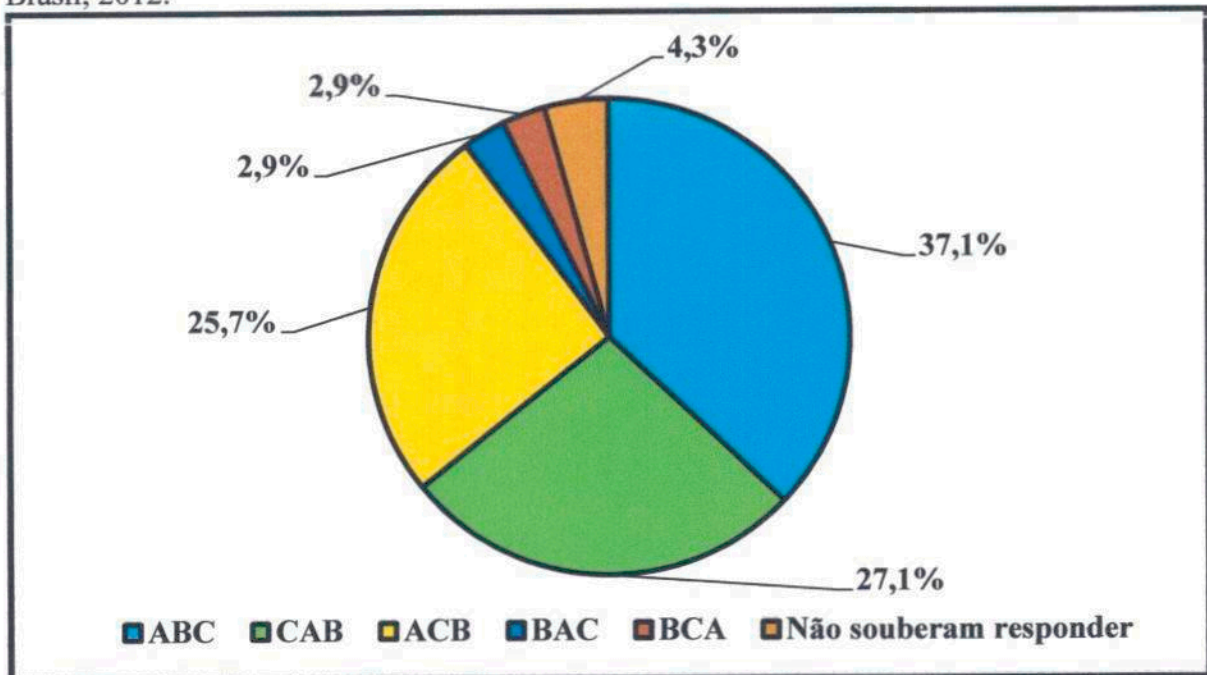
**Tabela 1 - Continuação:** Características demográficas e profissionais dos entrevistados acerca do conhecimento sobre o suporte básico de vida em reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.

|   |    |      |
|---|----|------|
| <b>Gênero</b>   |    |      |
| Feminino  | 62 | 88,6 |
| Masculino   | 8  | 11,4 |
| <b>Estado civil</b>                                     | 36 | 51,4 |
| Casado (a)  | 29 | 41,4 |
| Solteiro (a)  | 4  | 5,7  |
| Viúvo (a)   | 1  | 1,5  |
| Divorciado  |    |      |
| <b>Formação profissional</b>                            | 26 | 37,1 |
| Graduação em Enfermagem                                 | 36 | 51,4 |
| Técnico de enfermagem                                   | 8  | 11,3 |
| Auxiliar de enfermagem                                  |    |      |
| <b>Titulação máxima dos profissionais da enfermagem</b> | 12 | 46,2 |
| Graduação   | 14 | 53,8 |
| Especialização  |    |      |
| <b>Tempo de formação</b>                                | 1  | 1,4  |
| 6 meses   | 18 | 25,7 |
| 1 a 2 anos  | 16 | 22,9 |
| 3 a 4 anos  | 8  | 11,4 |
| 5 a 6 anos  | 27 | 38,6 |
| 7 anos ou mais  |    |      |
| <b>Local de atuação profissional</b>                    | 10 | 14,3 |
| Atenção básica  | 42 | 60,0 |
| Atenção hospitalar                                      | 18 | 25,7 |
| Atenção básica e hospitalar                             |    |      |

Fonte: dados da pesquisa (2012).

Ao avaliar o conhecimento dos profissionais acerca das novas diretrizes que norteiam o pronto atendimento em *Basic Life Support* (BLS) ou SBV especificamente no que se refere à alteração na sequência de procedimentos para a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), constatou-se assim como nos achados de Almeida et al., (2011) um baixo nível de informação da equipe de enfermagem, já que 72,9% respondeu de forma incorreta ao questionamento relacionado a esta variável (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1:** Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da sequência de procedimentos para a ressuscitação cardiopulmonar preconizado pela American Heart Association. Paraíba, Brasil, 2012.



FONTE: DADOS DA PESQUISA (2012).

A partir de estudos e pesquisas realizadas por especialistas da área constatou-se a necessidade de alterações nas normas e diretrizes estabelecidas pela American Heart Association (2010) no que se refere a atendimento em SBV.

A sequência atual preconiza que as compressões torácicas devem preceder as ventilações, ou seja, alterando-se a sequência da RCP de ABC (Abertura de vias aéreas, Boa ventilação e Compressão) para CAB (Circulação, Abertura de vias aéreas e Boa ventilação) (TIMERMAN et al., 2010).

O procedimento “Ver, Ouvir e Sentir se há respiração” foi removido da sequência de ressuscitação, ou seja, as compressões torácicas devem ser realizadas primeiro. Logo, a respiração deve ser identificada de forma rápida como parte da verificação quanto à presença de parada cardiorrespiratória após a primeira série de compressões torácicas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

A continuidade da ressuscitação cardiopulmonar deve ocorrer até a chegada de um Desfibrilador Automático Externo (DEA) ou até que os profissionais do serviço médico especializado assumam o cuidado da vítima (COSTA; MIYADAHIRA, 2008).

No protocolo antigo, a sequência de ressuscitação em adulto tinha início com abertura da via aérea, seguida de verificação quanto à presença ou não de respiração, seguida das



ventilações de resgate e dos ciclos de trinta compressões torácicas e duas ventilações (FEITOSA FILHO et al., 2006; MELO et al., 2008).

Em relação à Compressão/Ventilação percebeu-se, assim como os achados de Bertóglia (2011), um maior número de acertos em relação à pesquisa realizada por Almeida et al., (2011), cujo percentual de respostas corretas em relação a esta variável foi de apenas 37,0%.

Os resultados obtidos constataram uma familiaridade maior dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem em relação ao número de compressões e ventilações realizadas por um e dois socorristas, já que 43,0% e 60,0% da amostra responderam corretamente a este questionamento, respectivamente (**Tabela 2**).

**Tabela 2:** Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a relação Compressão/Ventilação em caso de um e dois socorristas na assistência em reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.

| Variáveis  | n         | %            |
|--|-----------|--------------|
| <b>Relação Compressão/Ventilação para um socorrista</b>    |           |              |
| 30 compressões e 2 ventilações                             | 30        | 43,0         |
| 30 compressões e 1 ventilação                              | 11        | 15,7         |
| 15 compressões e 2 ventilações                             | 9         | 12,8         |
| 15 compressões e 1 ventilação                              | 12        | 17,1         |
| 5 compressões e 2 ventilações                              | 5         | 7,1          |
| 5 compressões e 1 ventilação                               | 3         | 4,3          |
| <b>Relação Compressão/Ventilação para dois socorristas</b> |           |              |
| 30 compressões e 2 ventilações                             | 42        | 60,0         |
| 30 compressões e 1 ventilação                              | 1         | 1,4          |
| 15 compressões e 2 ventilações                             | 19        | 27,2         |
| 15 compressões e 1 ventilação                              | 6         | 8,6          |
| 5 compressões e 2 ventilações                              | 1         | 1,4          |
| 5 compressões e 1 ventilação                               | 1         | 1,4          |
| <b>Total</b>   | <b>70</b> | <b>100,0</b> |

FONTE: DADOS DA PESQUISA (2012).

De acordo com a American Heart Association (2010), os socorristas devem iniciar as compressões torácicas, previamente às ventilações de resgate, cuja proporção universal estabelecida é de trinta compressões para duas ventilações no adulto, independente do número de socorristas.

A homogeneização observada neste último protocolo no que tange a relação ao número de compressão e ventilação, em que se estabeleceu um quantitativo maior de compressão em relação ao protocolo antigo baseia-se na minimização dos efeitos de

hiperventilação assim como das interrupções nas compressões torácicas. Na RCP o pulso e a respiração devem ser avaliados a cada dois minutos ou 5 ciclos (ARAÚJO et al., 2008).

Segundo Timerman et al., (2010) as diretrizes atuais recomendam também as orientações dos reguladores em instruir apenas socorristas leigos não treinados para realizarem só compressão em adultos inconscientes, sem respiração ou apresentando *Gasping*.

Sobre o suporte ventilatório é importante ressaltar que este tipo de socorro pode ser realizado de maneira direta por boca a boca ou por intermédio do uso dos dispositivos de barreira. A utilização da ventilação boca a boca é uma condição justificável diante de circunstâncias que impossibilitam os profissionais de saúde em utilizarem a *Pocket Mask* e o balão válvula-máscara/tubo ou AMBU. A razão para a implementação desses dispositivos de barreira na rotina assistencial diária ocorre devido a grande exposição às doenças infectocontagiosas (VASCONCELOS; REIS, 2008).

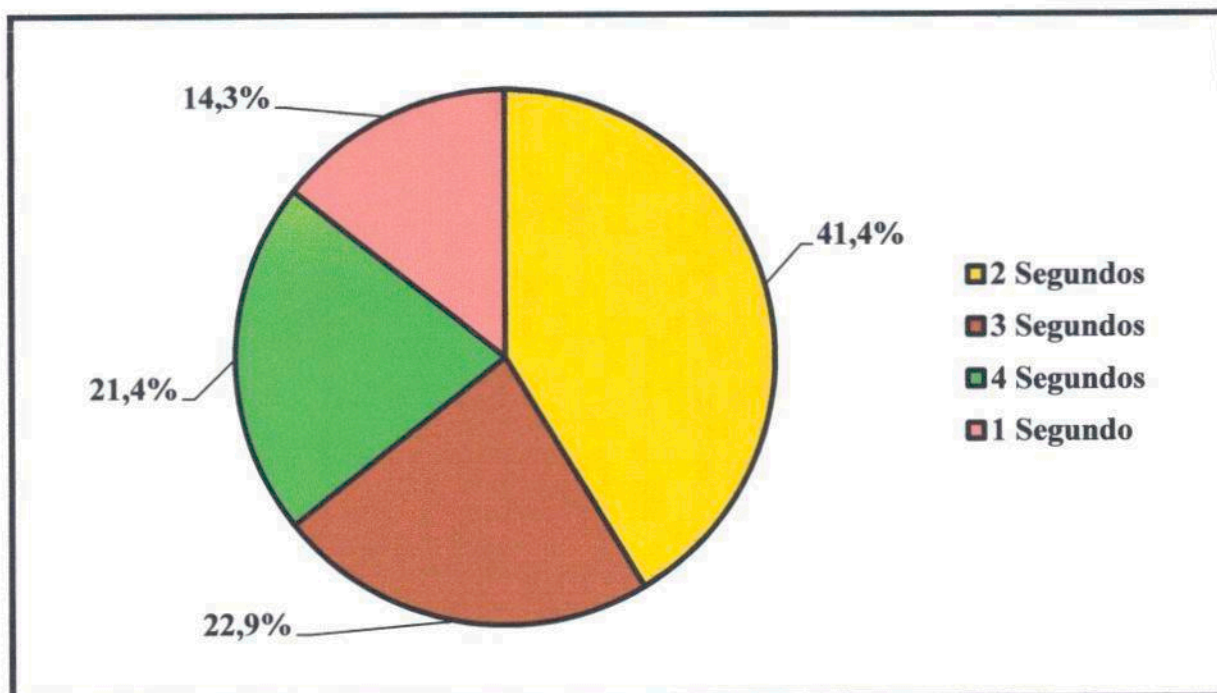
Apesar da existência de pouquíssimos casos de contágio registrados na literatura durante a execução das manobras de ressuscitação o potencial de transmissibilidade existe. Neste sentido, ressaltamos ser importante e necessário o incentivo do uso dos dispositivos de barreira por parte dos socorristas a fim de prevenir possíveis contaminações (PERGOLA; ARAÚJO, 2009).

Quanto à duração da ventilação aplicada durante a realização das manobras de ressuscitação observou-se um número elevado de erros por parte da equipe de enfermagem. De acordo com o **Gráfico 2**, apenas 14,3% responderam corretamente a duração da ventilação ofertada durante o socorro. Os demais respondentes (85,7%) demonstraram desconhecimento em relação a esta variável.

A recomendação da duração e intensidade da ventilação baseia na prevenção de ventilações bruscas ou muito rápidas. Caso isso ocorra poderá haver hiperinsuflações pulmonares, direcionamento do ar para a região estomacal e consequente distensão gástrica. Neste sentido, visando à prevenção deste tipo de intercorrência a American Heart Association (2010) recomenda que haja uma duração de um segundo.

Segundo Sarmiento (2009), quando a técnica de ventilação é corretamente empregada mantém-se a oxigenação sanguínea acima de 75 mmHg e o dióxido de carbono em cerca de 30 a 40 mmHg.

**Gráfico 2:** Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da duração das ventilações que devem ser realizadas pelo (s) socorrista (s) segundo o novo protocolo preconizado pela American Heart Association para Reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.



Fonte: Dados da pesquisa (2012).

A recomendação quanto à duração da ventilação também deve ser respeitada quando do uso dos dispositivos ventilatórios. A utilização desses equipamentos também requer habilidades quanto ao seu manuseio para assegurar a sua eficácia.

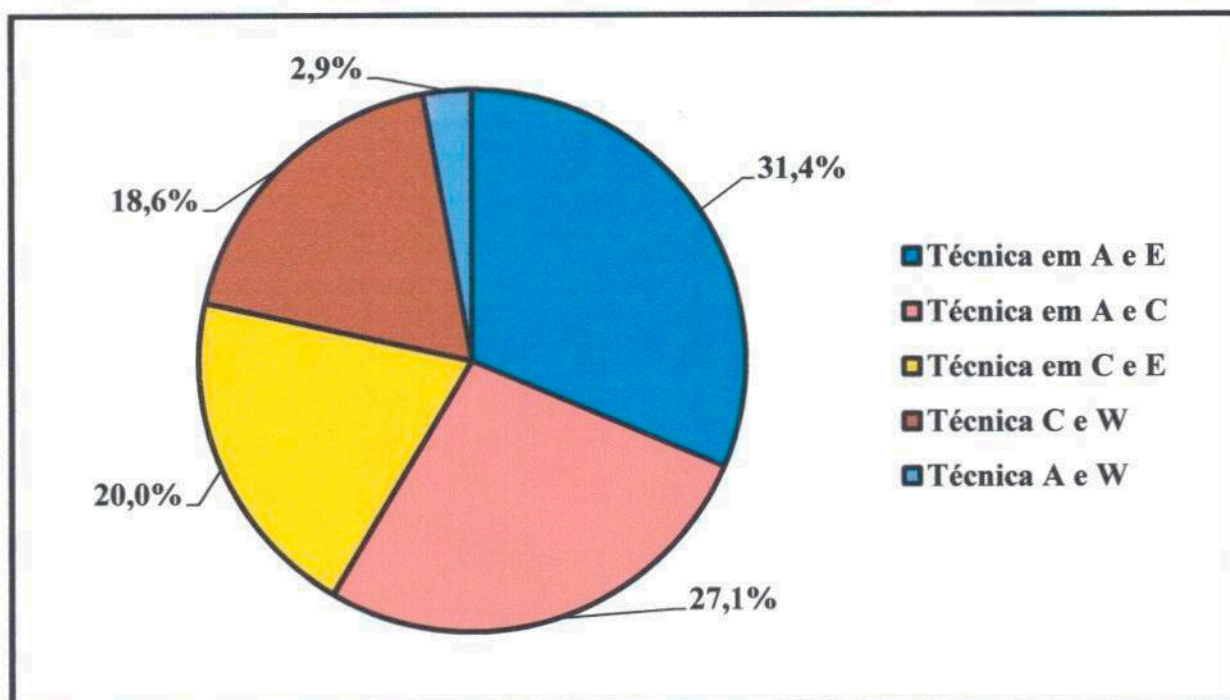
Neste ínterim, recomenda-se ao mesmo tempo em que se garante o posicionamento correto da vítima, ou seja, elevação do mento, também se assegure o acoplamento correto dos dispositivos utilizando-se a técnica em “C” e em “E” ou “Gancho E-C” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2010).

O conhecimento dos profissionais quanto a esse tipo de procedimento foi considerado insuficiente, já que 80,0% da amostra responderam de forma incorreta ao questionamento que retrata sobre a referida técnica (**Gráfico 3**).

A utilização correta das máscaras viabilizará uma efetividade maior da ventilação pretendida. De acordo com a American Heart Association (2010), a técnica caracteriza-se pela inclinação da cabeça da vítima, caso não haja trauma cervical, por parte do socorrista ao mesmo tempo em que sela a máscara contra a face utilizando seu polegar e indicador de ambas as mãos, formando um “C” para promover uma oclusão hermética ao redor dos bordos

da máscara. A elevação da mandíbula e manutenção das vias aéreas abertas é realizada pelos três dedos restante em “E”.

**Gráfico 3:** Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da técnica em “Gancho E-C” utilizada pelo (s) socorrista (s) para viabilizar uma melhor ventilação por máscara segundo o novo protocolo preconizado pela American Heart Association para Reanimação Cardiorrespiratória. Paraíba, Brasil, 2012.



Fonte: dados da pesquisa (2012).

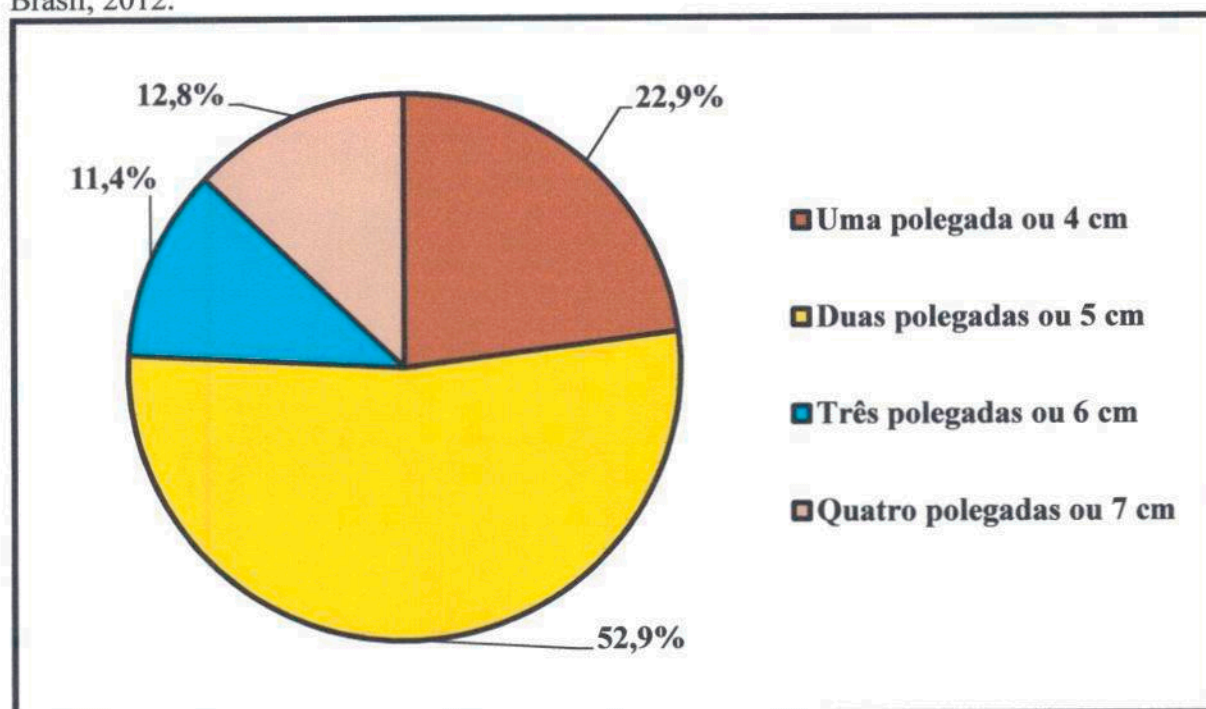
Em relação à profundidade das compressões torácicas as diretrizes de 2008 da AHA abordaram, para este aspecto, a importância da depressão torácica de uma polegada e meia a duas, ou seja, aproximadamente de 4 a 5 cm.

Entretanto em 2010 a AHA estabeleceu-se um consenso que a reanimação cardiopulmonar é um fator determinante para o retorno da circulação espontânea e sobrevivida satisfatória no que tange a função neurológica, justificando assim a necessidade de uma depressão torácica ou do esterno adulto rápida, contínua e de no mínimo duas polegadas ou 5 cm.

Os profissionais de enfermagem demonstraram estar informados em relação à referida variável, já que de acordo com o **Gráfico 4**, 52,9% responderam corretamente a este

questionamento. Os demais demonstraram desconhecimento em relação à otimização da profundidade de compressão para uma massagem cardíaca eficaz.

**Gráfico 4:** Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da profundidade das compressões que devem ser realizadas pelo (s) socorrista (s) segundo o novo protocolo preconizado pela American Heart Association para Reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.



Fonte: dados da pesquisa (2012).

De acordo com Field et al., (2010) e Mesquita (2011), a importância da realização de manobras corretas durante o socorro em vítimas de parada cardiopulmonar é essencial, pois as compressões viabilizam a manutenção do fornecimento de fluxo sanguíneo e oxigênio necessários para o cérebro e coração. Neste sentido, recomenda-se uma faixa de profundidade de compressão específica para que se obtenha o retorno completo da parede torácica e com isso o reenchimento do coração após cada compressão.

Compreende-se que a realização de capacitações contínuas de caráter teórico prático podem facilitar a compreensão e o desempenho do profissional durante as situações que requeiram sua atuação, já que a aplicabilidade e as repetições das manobras podem aprimorar as habilidades do profissional em treinamento, permitindo-o aproximar-se cada vez da manobra perfeita e eficaz.

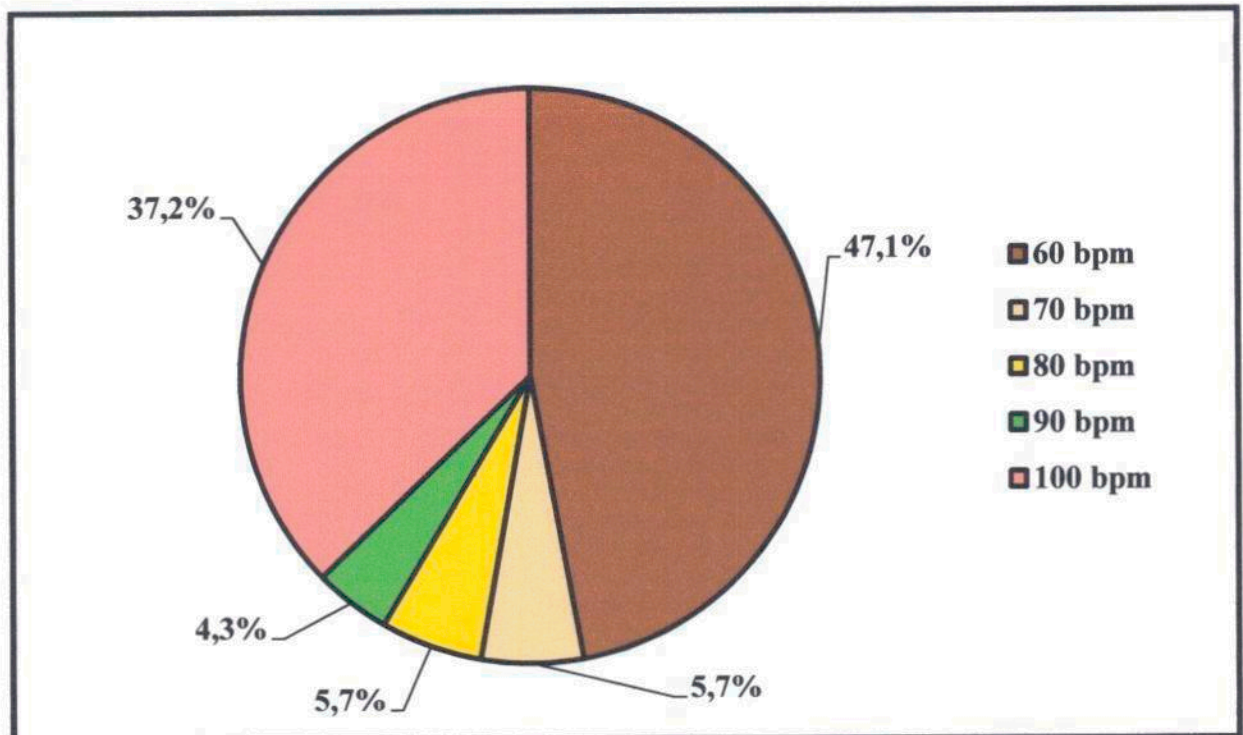
Para Palhares (2008), o investimento em estratégias que possam proporcionar maior segurança aos pacientes a exemplo do treinamento contínuo e atualizado dos conhecimentos e

técnicas que envolvem a assistência nesse meio deve ser estimulado a fim de prover menor risco e assegurar que a conduta seja bem sucedida.

Bellan, Araújo e Araújo (2010) corroboram os autores supracitados ao evidenciarem resultados positivos em relação ao conhecimento teórico e habilidade práticas de profissionais de enfermagem após participarem de um programa de treinamento para o atendimento da parada cardiorrespiratória.

Sobre a variável frequência das compressões cardíacas que devem ser realizada durante o processo de reanimação cardíaca obteve-se como resultado um baixo nível de conhecimento dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, já que 37,2% responderam corretamente como mostra o **Gráfico 5**.

**Gráfico 5:** Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da frequência das compressões que devem ser realizadas pelo (s) socorrista (s) segundo o novo protocolo preconizado pela American Heart Association para Reanimação cardiorrespiratória. Paraíba, Brasil, 2012.



Fonte: dados da pesquisa (2012).

Pesquisas em animais tem evidenciado que a aplicação de mais compressões está associada a maiores taxas de sobrevivência, ao passo que a aplicação de um quantitativo menor de compressões reduz a chance de sobrevida (QUILICI; TIMERMAN, 2011).

Por esta razão, as novas diretrizes recomendam que haja compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 compressões por minuto em vez de “aproximadamente” como fator determinante para o retorno da circulação espontânea e função neurológica. Uma interrupção e/ou ritmo inadequado de compressões reduzirão o número total de compressões aplicadas por minuto (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Possivelmente uma das justificativas para os erros nas respostas anteriores obtidas após os questionamentos realizados aos profissionais esteja relacionada a pouca experiência dos mesmos em participar de atendimentos que envolvam ressuscitação cardiopulmonar como mostra a **Tabela 3** onde 60,0% dos envolvidos referiram nunca ter realizado a RCP em algum momento da prática profissional.

Somada a esta questão a ausência de capacitações na área e em específico em Suporte Básico de Vida fragilizam as habilidades práticas e o conhecimento teórico atualizado dos profissionais como pôde ser evidenciado nos resultados obtidos, onde 55,7% desconheciam as mudanças nas diretrizes da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência.

De acordo com Almeida et al., (2011), quanto menos oportunidades em implementar as atividades práticas direcionadas ao atendimento do paciente em parada cardiorrespiratória, menos habilidades e fixação do conhecimento será conseguido por parte dos profissionais envolvidos.

A necessidade de treinamento em condutas de emergência desde os primeiros anos de formação universitária e de sua continuidade após formação profissional é uma condição necessária para os profissionais de saúde, especialmente para aqueles que atuam em condutas de emergência (SMITH et al., 2007). Entretanto, pôde-se constatar assim como no estudo de Boaventura et al., (2010), que 48,6% dos profissionais participantes da pesquisa não realizaram nenhum tipo de capacitação na área foco da pesquisa, mesmo a maioria atuando em âmbito hospitalar.

Esses achados são preocupantes, pois demonstram que o processo de assistência poderia ser mais promissor e de qualidade. A ressuscitação é um procedimento padrão, tendo por meta principal a aplicabilidade de medidas sequenciais visando à restauração da função cardiopulmonar. No estudo realizado por Almeida et al., (2011), constatou-se que a chance de sucesso e reversão da parada cardiorrespiratória aumenta em duas vezes caso a assistência seja prestada por um profissional ou equipe treinada.

**Tabela 3:** Percepção da equipe de enfermagem acerca do conhecimento, competência e habilidade pessoal para aplicar a reanimação cardiopulmonar. Paraíba, Brasil, 2012.

| Variáveis   | n         | %            |
|---|-----------|--------------|
| <b>Realizou as manobras de reanimação cardiopulmonar na sua rotina de trabalho</b>                          |           |              |
| Sim   | 28        | 40,0         |
| Não   | 42        | 60,0         |
| <b>Conhecimento das alterações ocasionadas no novo protocolo internacional de reanimação cardiopulmonar</b> |           |              |
| Sim   | 31        | 44,3         |
| Não   | 39        | 55,7         |
| <b>Realizou curso de capacitação em reanimação cardiopulmonar</b>   |           |              |
| Sim   | 34        | 48,6         |
| Não   | 36        | 51,4         |
| <b>O local de trabalho garante cursos de educação continuada sobre ressuscitação cardiopulmonar</b>         |           |              |
| Sim   | 11        | 15,7         |
| Não   | 59        | 84,3         |
| <b>Sente-se preparado para implementar as manobras para reanimação cardiopulmonar</b>                       |           |              |
| Sim   | 29        | 41,4         |
| Não   | 41        | 58,6         |
| <b>Existe interesse de sua parte em realizar capacitação em ressuscitação cardiopulmonar</b>                |           |              |
| Sim   | 68        | 97,1         |
| Não   | 2         | 2,9          |
| <b>Total</b>  | <b>70</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: dados da pesquisa (2012).

Ainda tendo por base os resultados apresentados na tabela supracitada percebe-se um dado preocupante onde 58,6% da amostra não se sentem preparados para realizar ressuscitação cardiopulmonar. Independente da formação profissional todos os profissionais de saúde devem ser capazes de prover suporte básico de vida, inclusive à desfibrilação externa automática, caso seja necessário (NEVES et al., 2010).

Para a equipe de enfermagem essa preparação é necessária devido à proximidade e cuidado integral que presta ao paciente, estando ele mais susceptível a vivenciar este tipo de intercorrência. Assim, considerando que a competência é um requisito básico para qualquer profissional da saúde é primordial que estes possam adquirir padrões de excelência buscando conhecimento e informação através de capacitações e treinamentos específicos.



Para tanto, determinados fatores, a exemplo, de cargas horárias extenuantes de trabalho, má remuneração e dupla jornada de trabalho inviabilizam muitos profissionais em aprimorar seus conhecimentos através da continuidade dos estudos. Além disso, a falta de incentivo e oportunidades ofertadas pelos gestores e as instituições hospitalares em capacitar os recursos humanos também contribuem para a estagnação do conhecimento.

Sobre este último aspecto, constatou-se, a partir dos resultados obtidos, a necessidade em elaborar um programa de capacitação continuada que propicie a qualificação da equipe e conseqüentemente do cuidado prestado, já que 84,3% dos profissionais negaram a oferta de treinamentos para educação permanente por parte dos gestores responsáveis.

Neste sentido, aproveitando o interesse da equipe em qualificar a assistência por meio da participação em cursos, oficinas e treinamentos na área, é importante que os sistemas locais de saúde, representados pelos dirigentes, invistam na educação continuada em saúde como ferramenta que contribuirá para a melhoria nas taxas de sucesso de ressuscitação cardiopulmonar assim como em outros tipos de procedimentos e serviços prestados.

Ricaldoni e Sena (2006) recomendam ainda que haja adoção de uma pedagogia crítico-reflexiva com metodologias que viabilizem a problematização de situações vivenciadas no dia-dia e que permitam a construção de intervenções não apenas a nível institucional, mas também na relação social do indivíduo com o paciente.

---

## **5 Considerações Finais**

A parada cardiorrespiratória é uma condição frequente, considerada de grande risco e de difícil reversão. Neste sentido, por tratar-se de um evento crítico é imprescindível que a equipe envolvida no cuidado, inclusive a de enfermagem, esteja apta a realizar uma assistência sistematizada a fim resguardar a vida e prevenir possíveis sequelas na vítima.

O domínio e a realização de atualizações constantes dos protocolos de atendimento em ressuscitação cardiopulmonar constituem uma condição importante na prática assistencial dos profissionais de enfermagem. Entretanto, pôde-se perceber a partir dos resultados obtidos, nesta pesquisa, que existe um déficit em relação à periodicidade de capacitação na área por parte dos mesmos.

Certamente, esse fator foi decisivo para a identificação de fragilidades no conhecimento e aplicabilidade das mudanças no protocolo de atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória estabelecida pela American Heart Association (AHA). Constatou-se que a equipe apresenta um conhecimento insuficiente em relação a algumas questões básicas como sequência de procedimentos para a ressuscitação cardiopulmonar, frequência e profundidade das compressões e técnicas específicas.

Apesar de evidenciar o interesse dos participantes em realizar cursos preparatórios na área não se constatou iniciativa dos gestores ou empregadores em garantir recursos, espaço físico e incentivo para que os profissionais fossem treinados.

Fica evidente, portanto, que a equipe de enfermagem envolvida nesta pesquisa precisa desenvolver habilidades na prática da ressuscitação cardiopulmonar. Por isso, sugere-se a implementação de um programa de educação permanente, o qual deve ser aplicado regularmente com intervalo trimestral ou semestral.

É necessário também que a equipe de enfermagem comprometa-se com o saber científico, deixando de lado o conhecimento obsoleto e tendo a consciência de que o processo de aprendizagem é contínuo, entendendo que o compromisso técnico, ético e social está implícito quando da escolha profissional.

Enfim, mesmo com limitações deste estudo, a exemplo de não ter avaliado as habilidades práticas, acredita-se que os resultados poderão subsidiar, parcialmente, o treinamento em ressuscitação cardiopulmonar. Além disso, ele contribui para a divulgação de resultados do conhecimento teórico no que se refere à temática abordada.

---

# Referências

- ALVES, J. **Protocolos de atendimento**. 2007. Disponível em: <<http://www.suportebasicodevida.com.br/instrutor/claroline/backends/download.php?url=L1BST1RPQ09MT1MgREUgQVRFTkRJTUVOVE8uemlw&cidReset=true&cidReq=DW2>>. 2007. Acesso em: 10.06.2012.
- ALMEIDA, A. O. de; ARAÚJO, I. E. M.; DALRI, M. C. B.; ARAUJO, S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) 2010. **Destaques das diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE**. EUA: Prous Science, 2010.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) 2010. **Suporte básico de vida para profissionais de saúde**. São Paulo: Prous Science, 2008.
- ARAÚJO, K. A. de.; JACQUET, P.; SANTOS, S. S.; ALMEIRA, V.; NOGUEIRA, S. F. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 26, n. 2, p. 183-90, 2008.
- ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I. E. M. Ressuscitação cardiorrespiratória. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 1, p. 36-63, 2001.
- BACARRO, T. A.; SHINYASHIKI. Consistência da escolha vocacional e socialização profissional de estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. v. 12, n. 1, p. 73-82, 2011.
- BALENCUELA, F. **Enfermagem no atendimento pré-hospitalar**. 2011. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAcekAB/atendimento-pre-hospitalar>>. Acesso em: 20.06.2012.
- BARBOSA, F.T.; BARBOSA, L. T.; SILVA, A. de L.; SILVA, K. L. G. da. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 4, p. 374-9, 2006.
- BARRA, V. P.; BORGES, P. S.; ALVES, L. D.; ESPÍNULA, B. M.; VIEIRA, F. R. O papel do enfermeiro diante de uma parada cardiorrespiratória em ambiente de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 2, n. 2, p. 1-9, 2011.
- BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev Bras Enferm**. v. 63, n. 6, p. 1019-27, 2010.
- BERTOGLIO, V. M.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N.; RABELO, E. R. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev Gaucha Enferm**. v. 29, n. 3, p. 454-60, 2008.
- BOAVENTURA, E. **Metodologia da pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

BOAVENTURA, A. P.; MIYADAHIRA, A. M. K.; SUGISAWA, A. H. R. GONÇALVES, A. A. de P.; NUNES, T. R. Suporte básico de vida para os alunos do curso de graduação em enfermagem. **J Health Sci Inst.** v. 28, n. 2, p. 155-7 2010.

BORGES, F. **Principais mudanças no suporte básico de vida.** 2010. Disponível em: <[http://www.franciscoborges.com/principais\\_mudancas\\_no\\_suporte\\_basico.html](http://www.franciscoborges.com/principais_mudancas_no_suporte_basico.html)>. Acesso em: 10.06.2012.

BRAZ, L.G.; BRAZ, J.R.C., MÓDOLO, N.S.P. – Incidência de parada cardíaca durante anestesia, em hospital universitário de atendimento terciário. Estudo prospectivo entre 1996 e 2002. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 54, n. 6, p. 755-68, 2004.

CERQUEIRA FILHO, D; MARTINS FILHO, E; ALVES, G. R.; COSTA, L. M. A; WÚ, S. N. **Síndrome pós-parada cardiorrespiratória: fisiopatologia e manejo terapêutico.** 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/.../FASES-DA-SINDROME-POS-PARADA-...>>. Acesso: 20.07.2012.

CESENA, F. **Como usar o desfibrilador externo automático (DEA).** 2011. Disponível em: <<http://www cardiologiasemfronteiras.com.br/2011/07/como-usar-o-desfibrilador-externo.html>>. Acesso em: 20.06.2012.

CINTRA, E. de A.; NISHIDE, V. M. ; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

COELHO, V.C. **Atuação do enfermeiro em parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar.** 2009. Disponível em: [http://www.fassp.edu.br/uploads/monografias\\_142.pdf](http://www.fassp.edu.br/uploads/monografias_142.pdf). Acesso em: 10.11.2011.

COSTA, M. P. F. da; MIYADAHIRA, A. M. K. Desfibriladores externos automáticos (DEA) no atendimento pré-hospitalar e acesso público à desfibrilação: uma necessidade real. **O Mundo da Saúde,** v. 32, N. 1, p. 8-15, 2008.

COSTA, C. E.; ARAÚJO, L. C. T.; CARDOSO, P. R.; ZANATTA, T. B. **As características do suporte avançado de vida.** 2010. Disponível em: <[revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/345/227](http://revista.universo.edu.br/index.php/1reta2/article/viewFile/345/227)>. Acesso em: 20.06.2012.

DUARTE, R. N.; FONSECA, J. da. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. **Rev Bras Ter Intensiva,** v. 22, n. 2, p. 153-158, 2010.

EQUIPE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Reanimação cardiorrespiratória básica do adulto.** 2012. Disponível em: [http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/volume\\_54\\_-\\_reanimacao\\_adulto\\_leigos.pdf](http://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/Comunicacao/volume_54_-_reanimacao_adulto_leigos.pdf). Acesso em: 20.05.2012.

FALCAO, L. F. R.; FERREZ, D.; AMARAL, J. L. G. do. Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. **Rev Bras Anesthesiol.** v. 61, n. 5, p. 624-40, 2011.

- FEITOSA-FILHO, G. S.; FEITOSA, G. F.; GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D.; MORAES JUNIOR, R.; SOUTO, F. de A.; VASQUES, R. TIMERMAN, S. Atualização em Reanimação Cardiopulmonar: O que Mudou com as Novas Diretrizes. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 18, n. 2, 2006.
- FERNANDES, A. P.; VANCINI, C. R.; COHRS, F.; MOREIRA, R.S.L. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo *Utstein*. *Acta Paul Enferm*, v. 23, n. 6, p. 757-63, 2010.
- FEREZ, D. **Reanimação cardiopulmonar**. 2009. Disponível: <[http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp\\_ferez.pdf](http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf)>. Acesso em: 12.02.2012.
- FIELD, J. M. et al. Part 1: Executive Summary: 2010 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. v. 122, suppl 3, p. 640-656, 2010.
- FORNAZIER, C.; MECHIOR, S. C.; BUSS, G.; TRINDADE, E.; PEREIRA, A. de A.; BARBIERI, D. X.; SILVA, J. E. L. da; HOLSBACH, L. R.; PERLATO, M. T. **Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: desfibrilador externo**. 2011. Disponível em:<[http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_fev2011/PDF/matriz\\_desfibri\\_que\\_temos04fev2011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_fev2011/PDF/matriz_desfibri_que_temos04fev2011.pdf)>. Acesso em: 02.02.2012.
- GLOWACKI, L. A.; ALMEIDA, A. P da.; CRUZ, C. J. F. **Abordagem de Vigilância Sanitária de Produtos para Saúde Comercializados no Brasil: Desfibrilador Externo**. 2011. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/boletim\\_tecno/boletim\\_tecno\\_fev2011/PDF/matriz\\_desfibri\\_que\\_temos04fev2011.pdf](http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_fev2011/PDF/matriz_desfibri_que_temos04fev2011.pdf)>. Acesso em: 01.06.2012.
- FRANÇA, B. **Alterações nas diretrizes de reanimação cardiopulmonar (RCP), principais pontos**. 2010. Disponível em: [http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=165:alteracao-nas-diretrizes-de-reanimacao-cardiopulmonar-rcp-principais-pontos&catid=39:blog&Itemid=65](http://www.programaproficiencia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=165:alteracao-nas-diretrizes-de-reanimacao-cardiopulmonar-rcp-principais-pontos&catid=39:blog&Itemid=65). Acesso em: 20.11.2011.
- FREITAS, A. R. **Parada cardiorrespiratória**. 2011. Disponível em: [www.ebah.com.br/content/ABAAAaRIAG/parada-cardiorespiratoria](http://www.ebah.com.br/content/ABAAAaRIAG/parada-cardiorespiratoria). Acesso em: 20.06.2012.
- GERMINANI, H. Diretrizes: arritmias cardíacas e parada cardiorrespiratória na gestação. *Arq Bras Cardiol*, v. 93 (Supl 1), p. 110-178, 2009.
- GEYGER, R. Emergência: ressuscitação para todos. *Revista emergência*. 2008. Disponível em: [http://www.revistaemergencia.com.br/site/content/materias/materia\\_detalhe.php?id=AAjg](http://www.revistaemergencia.com.br/site/content/materias/materia_detalhe.php?id=AAjg). Acesso em: 21.11.2011.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GONZALEZ, M. M.; MARQUES, F. R. B.; VIANNA, C. B.; EID, C. A.; FEITOSA FILHO, G. S.; TIMERMAN, S. Fibrilação ventricular durante atividade esportiva tratada com sucesso. **Arq. Bras. De Cardiol.**, v. 92, n. 2, p. 14-7, 2009.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S. **Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio**. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/6550198/Epidemiologia-Do-Iam>> 2006. Acesso em: 18.10.2011.

GUIMARÃES, H.P.; LOPES, A.C. **Parada Cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GUIMARÃES, H. P.; LANE, J. C.; FLATO, U. A. P; TIMERMAN, A.; LOPES, R. D. **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar**. 2011. Disponível em: <<http://nepsamucampinagrande.blogspot.com.br/2011/02/uma-breve-historia-da-ressuscitacao.html>>. Acesso em: 19.06.2012.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa qualitativa: esta é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-10, 2006.

HERNANDEZ, H. M.; MESSA, J. B. L.; VELA, J. L. P; LATORRE, R. M.; CRUZ, H.C.; SERRANO, A. L.; FERNANDEZ, J. A. A.; SANMIGUEL, F. F.; TAMAYO-LOMAS, L. M.; ANSOLA, P. H. Manejo Del síndrome pós parada cardíaca. **Med Intensiva**, v. 34, n. 2, p. 107-26, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. **Manual de Desfibrilhação Automática Externa**. 2011. Disponível em: <[http://www.bvespinho.com/...ficheiros/DAE\\_Manual\\_Prof\\_2011.pdf](http://www.bvespinho.com/...ficheiros/DAE_Manual_Prof_2011.pdf)>. Acesso em: 21.05.2012.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIMA, S. G. de.; MACEDO, L. A. de.; Vidal, M. de L.; SÁ, M. P. B. de O. Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 93, n. 6, p. 630-36, 2009.

LOPES, W. **APH**. 2008. Disponível em: <http://www.sobrasa.org/biblioteca/Artigo%20RCP%20ou%20Choque%20Waltecir.pdf>. Acesso em: 12.06.2012.

LOPES, R. D.; LOPES, A. C.; GUIMARAES, H. P. **Parada cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MADEIRA, D. B.; GUEDES, H. M. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no atendimento de urgência e emergência: uma revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v.3, n.2, p. 534-42, 2010.

MARTINS, J. de J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.10, n.3, p. 1-10, 2007.

BIBLIOTECA



MASCHI, J. C.; NAZÁRIO, O. N. **Suporte básico de vida**. São Paulo: Palhoça Unisul virtual, 2007.

MATSUMOTO, I. **A Importância da Atuação do Enfermeiro Frente a PCR**. 2010. Disponível em: <[artigos.netsaber.com.br/.../artigo\\_sobre\\_a\\_importancia\\_da\\_atuacao\\_...](http://artigos.netsaber.com.br/.../artigo_sobre_a_importancia_da_atuacao_...)>. Acesso em: 23.03.2012.

MELO, M. do C.; B. de; GRESTA, VASCONCELLOS, M. C. de.; SERUFO, J. C.; OLIVEIRA, N. S. de. Atendimento à parada cardiorrespiratória: suporte progressivo à vida. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 267-74, 2008.

MENEZES, M.G.B.; ABREU, R.D.; FARIA, T.M.V. de.; RIOS, M. dos S.; CARDOSO, F. F.; SILVA, M. P. da. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui/MG. **Revista Digital FAPAM**, Pará de Minas, n.1, 2009.

MESQUITA, J. **Novo protocolo para RCP/ACE da American Heart Association**. 2011. Disponível em: <<http://www.blogmercante.com/2011/01/novo-protocolo-2010-para-rcpace-da-american-heart-association/>>. Acesso em: 20.06.2012.

MORAIS, D. A. **Parada cardiorrespiratória em Ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte**. 2007. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MORAIS, D. A.; CARVALHO, D. V.; TIMERMAN, S.; GONZALEZ, M. M. C. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, n. 1, p. 211-18, 2009.

MORETTI, M. A. **Eficácia do treinamento em suporte avançado de vida nos resultados das manobras de ressuscitação cardiopulmonar**. São Paulo, 2001. 130p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MORTON, P. G.; TUCKER, T.; RUEDEN, K. V. Histórico do paciente: Sistema cardiovascular. In: MORTON, Patrícia Gonce et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NADKARNI, V.M.; LARKIN, G.L.; PEBERDY, M.A.; CAREYS, S.M.; KAYE, W.; MANCINI, M.E.; NICHOL, G.; LANE-TRUITT, T.; POTTS, J.; ORNATO, J.P.; BERG, R.A. **First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults**. *JAMA*, v. 295, p. 50-57, 2006.

NEVES, L. M. T.; SILVA, M. S. V. da.; CARNEIRO, S. R.; AQUINO, V. da S.; REIS, H. J. L. **Conhecimento de fisioterapeutas sobre atuação em suporte básico de vida**. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.17, n.1, p.69-74, 2010.

QUILICI, A. P.; TIMERMAN, S. **BLS: suporte básico de vida**. São Paulo: Manole, 2011.

PALHARES, V. de C. **Avaliação e capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da parada cardiorrespiratória em uma unidade de terapia intensiva de um pronto socorro.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade de Medicina de Botucatu. 2008. 160f.

PEDERSONI, C. E. **O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: uma revisão integrativa da literatura.** 2009. Disponível em: <[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/neu-pdf/uso\\_mascara\\_laringe.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/samu/neu-pdf/uso_mascara_laringe.pdf)>. Acesso em: 04.05.2012.

PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. O leigo e o suporte básico de vida. **Revista Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 335-42, 2009.

PEREIRA, J. C. R. G. **Abordagem do paciente reanimado pós-parada cardiorrespiratória**, v. 20, n. 2, p. 190-96, 2008.

REIS, P.C.M. Parada cardiorespiratória em assistolia. 2010. Disponível em:<[http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos\\_artigos/142.pdf](http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/142.pdf)>. Acesso em: 21.10.2011.

RESENDE, L. S. **Curso de formação de bombeiro profissional civil.** 2009. Disponível em: <http://www.cb.es.gov.br>. Acesso em: 20.01.2012.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n.6, p. 1-7, 2006.

RINGSTED, C.; LIPPERT, F.; HESSELFELDT, R.; RASMUSSEN, M. B.; MOGENSEN, S. S.; FROST, T.; JENSEN, M. L. K.; VAN D, D. VLEUTEN, C. Assesment of advanced life support competence when combining different test methods – Reliability and validity. **Resuscitation**, v. 75, p. 153-160, 2007.

SANTOS, C. da P.; SILVA, D. A. de S.; TAVARES, G.; RAMOS, A. M.; FREITAS, A.C.B.; MARQUES, J. de J. **Parada cardiorrespiratória no adulto: aspectos clínico, tratamento farmacológico e atuação do enfermeiro.** 2011. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/congresso/trabalhos/AENF13.10.pdf> . 2008. Acesso em: 21.11.2011.

SARMENTO, G. J. V. **Princípios e práticas da ventilação mecânica.** São Paulo: Manole, 2009.

SCHROEDER, A. D. E; HOFFMANN, A. L. **Parada cardiorrespiratória e a função do enfermeiro neste atendimento.** 2010. Disponível em: <<http://tcconline.utp.br/.../PARADA-CARDIORRESPIRATORIA-E-A-FUNC>>. Acesso em: 20.03.2012.

SILVA, R. C. da.; FERREIRA, M. de A. Características dos enfermeiros de uma unidade tecnológica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 1, p. 98-105, 2011.

SILVA, A. R da. **Parada cardiorrespiratórias em unidades de internação.** 2006. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

- SILVA, V. da S.; ALMEIDA, F. S.; SILVA, J.R.; SILVA, R.O.; SANTIAGO, P.S.N. **Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/treinamento-em-reanimacao-cardiopulmonar.htm>>. Acesso em: 21.10.2011.
- SMELTER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SMITH, C. M.; PERKINS, G. D.; BULLOCK, I.; BLON, J. F. Undergraduate training in the care of the acutely ill patient: a literature review. **Intensive Care Med**. v. 33, n. 5, p. 901-7, 2007.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Parada cardiorrespiratória em crianças**. 2010. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id...s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id...s)>. Acesso em: 20.05.2012.
- SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida**. 2011. Disponível em: <[sbc-pr.org/.../Diretrizes-de-Ressuscitacao-Cardiopulmonar-Suporte-b...](http://sbc-pr.org/.../Diretrizes-de-Ressuscitacao-Cardiopulmonar-Suporte-b...)>. Acesso em: 20.05.2012
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Dispositivos para vias aéreas e ventilação**. 2010. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=24&id\\_detalhe=560&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=560&tipo_detalhe=s). Acesso em: 24.05.2012.
- TEIXEIRA, V. C. **Suporte básico de vida em pediatria**. 2009. Disponível em: <[http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos\\_artigos/154.pdf](http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/154.pdf)>. Acesso em: 03.02.2012.
- THAMI, R. P.; SOUSA, E. de.; MARQUES NETO, J. H. **Atendimento pré-hospitalar**. 2008. Disponível em: <http://www.cfap.cbmerj.rj.gov.br/documentos/cefs/apostila/qbmp11.pdf>. Acesso em: 15.06.2012.
- TIMERMAN, S.; GONZALEZ, M. M. C.; RAMIRES, J. A. F.; QUILICI, A. P.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Rev Bras Clin Med**. v. 8, n. 3, p. 228-37, 2010.
- VANHEUSDEN, L. M. S.; SANTORO, D. C.; SZPILMAN, D.; BATISTA, C. O.; CORREIA, L. F. B.; CRUZ FILHO, F. E. dos S. Conceito fase-dependente na ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da SOCERJ**, v. 20, n. 1, p. 60-64, 2007.
- VASCONCELOS, B. M.; REIS, A. L. R. Uso de equipamento de proteção individual pela equipe de enfermagem de um hospital do município de Coronel Fabriciano. **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga**, v.1, n.1, 2008.
- ZANINI, J.; NASCIMENTO, E.; R. P. do; BARRA, D. C. C. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 2, p. 143-47, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The atlas of heart disease and stroke**. Geneva: World Health Organization; 2004. 112p

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr. (a).

Você foi convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **“Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida”**, realizada pelo acadêmico do Curso de Bacharelado em enfermagem **Adson Bruno Rodrigues de Menezes** da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sob a orientação da **professora Ms. Isolda Maria Barros Torquato**.

O objetivo principal da pesquisa consiste em: -Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da assistência em reanimação cardiopulmonar com enfoque para o novo protocolo em Suporte Básico de Vida (SBV). Sobre os objetivos específicos estão incluídos: -Caracterizar o perfil demográfico e a formação profissional dos participantes; -Identificar os profissionais que apresentam capacitação em reanimação cardiopulmonar; -Elencar acertos e falhas teóricas em relação ao novo protocolo para reanimação cardiopulmonar em Suporte Básico de Vida (SBV); -Identificar a necessidade e o interesse dos profissionais da equipe de enfermagem em relação a atualização das diretrizes da reanimação cardiopulmonar em Suporte Básico de Vida (SBV).

Este estudo pode proporcionar contribuições significativas para a área da saúde demonstrando a partir dos resultados obtidos mediante preenchimento de um questionário informações sobre a atualização e aplicabilidade por parte da equipe de enfermagem acerca das diretrizes para o Suporte Básico de Vida (SBV) em pacientes que encontram-se em Parada Cardiorrespiratória (PCR)

A coleta de dados será feita por meio de preenchimento individual de um questionário, o qual constará de 26 questões objetivas, sendo preservada a sua identidade e privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em revistas e/ou eventos científicos.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto o(a) Senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Qualquer dúvida que venha surgir antes, durante ou depois de qualquer etapa desta pesquisa, bem como sua recusa a participar ou retirar seu consentimento em quaisquer fases, não trará nenhum tipo de penalidade para você, a criança ou para a instituição que oferta a assistência.

Esta pesquisa não contém nenhuma relação com instituições de saúde, ficando o senhor (a) isenta de receber qualquer tipo de benefício material ou financiamento à sua participação, assim como também fica a certeza de isenção a qualquer tipo de risco para a sua pessoa durante esta pesquisa. Informamos ainda que o (s) pesquisador(es) estará(o) a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, solicitamos a uma participação o que tornará possível a realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivos, justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinada por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Prof. Ms. Isolda Maria Barros Torquato  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Adson Bruno Rodrigues de Menezes  
Pesquisadora Participante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**Endereço de Trabalho do Pesquisador Responsável:**

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cuité.  
Olho D’Água da Bica s/n - Cuité-PB. CEP: 58175-000 - Telefone: (83) 3372-1900

**Endereço Residencial do Pesquisador Responsável:**

Avenida Alagoas, nº 487, Bairro dos Estados. Cep: 58030-150. João Pessoa – PB.

**Endereço do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança - FACENE/FAMENE**  
Avenida Frei Galvão, nº 12, Gramame. CEP: 58067-695 - João Pessoa - PB – Brasil. Fone: (83) 2106-477.

## APÊNDICE B QUESTIONÁRIO

### I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos completos)
2. Gênero:  
a) ( ) Feminino  
b) ( ) Masculino
3. Estado civil:  
a) ( ) Casado (a) ou União estável  
b) ( ) Solteiro (a)  
c) ( ) Divorciado (a)  
d) ( ) Viúvo (a)
4. Profissão:  
a) ( ) Enfermagem. Nível de Formação:  
a.1 ( ) Graduação  
a.2 ( ) Especialização  
a.3 ( ) Mestrado  
a.3 ( ) Doutorado  
a.4 ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
b) ( ) Técnico de Enfermagem  
c) ( ) Auxiliar de Enfermagem
5. Tempo de formação profissional:  
a) ( ) Menos de 6 meses  
b) ( ) 6 meses  
c) ( ) 1 a 2 anos  
d) ( ) 3 a 4 anos  
e) ( ) 5 a 6 anos  
f) ( ) 7 anos ou mais
6. Há quanto tempo atua na assistência?  
a) ( ) Menos de 6 meses  
b) ( ) 6 meses  
c) ( ) 1 a 2 anos  
d) ( ) 3 a 4 anos  
e) ( ) 5 a 6 anos  
f) ( ) 7 anos ou mais
7. Atualmente atua em que nível de atenção à saúde?  
a) ( ) Atenção Básica  
b) ( ) Área Hospitalar  
c) ( ) Atenção Básica e Área Hospitalar
8. Qual o setor que atua?  
a) ( ) Clínica médica  
b) ( ) Neonatologia e Pediatria  
c) ( ) Urgência e Emergência  
d) ( ) Unidade de Terapia Intensiva (UTI)  
e) ( ) Clínica médica e Clínica cirúrgica

- f) ( ) Estratégia Saúde da Família  
g) ( ) Outro: \_\_\_\_\_

### 9. Realizou curso de capacitação em Reanimação Cardio pulmonar (RCP) em Suporte Básico de Vida (SBV) ?

- a) ( ) Sim. Qual o ano? \_\_\_\_\_  
b) ( ) Não. Qual o motivo?  
b.1 ( ) Falta de opção de cursos na área  
b.2 ( ) Ausência de tempo  
b.3 ( ) Não tem interesse  
b.4 ( ) Outro

### 10. O local onde trabalha já realizou cursos em Reanimação Cardiopulmonar (RCP) com enfoque para o Suporte Básico de Vida (SBV)?

- a) ( ) Sim  
b) ( ) Não

## II – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: REANIMAÇÃO CADRIO PULMONAR E SUPORTE BÁSICO DE VIDA

### 11. Para o diagnóstico inicial de parada cardiorespiratória, o que deve ser avaliado primeiro?

- a) ( ) Ausência Pulso carotídeo  
b) ( ) Nível de consciência ou responsividade  
c) ( ) Traçado do Eletrocardiograma  
d) ( ) Ausência de Respiração  
e) ( ) Presença de “Gaspings”

### 12. Qual a sequência recomendada pela *American Heart Association* para o atendimento inicial da RCP em SBV ? Onde:

A -Abertura de vias aéreas; B- Circulação; C – Ventilação

- a) ( ) A, B, C  
b) ( ) A, C, B  
c) ( ) B, A, C  
d) ( ) B, C, A  
e) ( ) C, A, B

### 13. Qual a relação de Compressão/Ventilação em adultos para o SBV estando presente 1 (Um) Socorrista?

- a) ( ) 30/2  
b) ( ) 30/1  
c) ( ) 15/2  
d) ( ) 15/1  
e) ( ) 5/2  
f) ( ) 5/1

BIBLIOTECA

**14. Qual a relação de Compressão/Ventilação em adultos para o SBV estando presente 2 (Dois) Socorristas?**

- a) ( ) 30/2
- b) ( ) 30/1
- c) ( ) 15/2
- d) ( ) 15/1
- e) ( ) 5/2
- f) ( ) 5/1

**15. Qual o tempo preconizado para a duração das ventilações no SBV?**

- a) ( ) 1 segundo
- b) ( ) 2 segundos
- c) ( ) 3 segundos
- d) ( ) 4 segundos

**16. A profundidade das compressões realizada em adultos pelo socorrista deve ser de:**

- a) ( ) 1 polegada ou 4 cm
- b) ( ) 2 polegadas ou 5 cm
- c) ( ) 3 polegadas ou 6 cm
- d) ( ) 4 polegadas ou 7 cm

**17. Durante a realização da RCP com 2 Socorristas, os mesmos devem alternar as funções ou posições:**

- a) ( ) A cada 1 Ciclo
- b) ( ) A cada 2 ciclos
- c) ( ) A cada 3 ciclos
- d) ( ) A cada 4 ciclos
- e) ( ) A cada 5 ciclos

**18. Durante a realização da RCP com 2 Socorristas, os mesmos devem alternar as funções ou posições:**

- a) ( ) A cada 1 Ciclo
- b) ( ) A cada 2 ciclos
- c) ( ) A cada 3 ciclos
- d) ( ) A cada 4 ciclos
- e) ( ) A cada 5 ciclos

**19. Durante a realização da RCP com 2 Socorristas, os mesmos devem alternar as funções ou posições:**

- a) ( ) A cada 1 Ciclo
- b) ( ) A cada 2 ciclos
- c) ( ) A cada 3 ciclos
- d) ( ) A cada 4 ciclos
- e) ( ) A cada 5 ciclos

**20. Para a aquisição da abertura das vias aéreas na RCP deve-se Realizar:**

- a) ( ) Extensão cervical ou Elevação mandibular
- b) ( ) Flexão cervical ou Elevação mandibular
- c) ( ) Lateralização cervical
- d) ( ) Manutenção cervical em posição neutra

**21. As técnicas manuais preconizadas e aplicadas para posicionamento de máscara facial são:**

- a) ( ) Técnica em "A e E"
- b) ( ) Técnica em "A e C"
- c) ( ) Técnica em "C e E"
- d) ( ) Técnica em "C e W"
- e) ( ) Técnica em "A e W"

**22. A frequência das compressões deve ser de:**

- a) ( ) Pelo menos "60 por minuto"
- b) ( ) Pelo menos "70 por minuto"
- c) ( ) Pelo menos "80 por minuto"
- d) ( ) Pelo menos "90 por minuto"
- e) ( ) Pelo menos "100 por minuto"

**23. Já realizou manobras de RCP em situações reais que envolvesse a Parada Cardiorespiratória?**

- a) ( ) Sim
- b) ( ) Não

**24. Sente-se preparado para realizar o protocolo do SBV em situação real?**

- a) ( ) Sim
- b) ( ) Não

**25. Você sabia das mudanças que ocorreram nas novas diretrizes de RCP em Suporte Básico de Vida (SBV)?**

- a) ( ) Sim
- b) ( ) Não

**26. Gostaria de capacitar-se sobre o novo protocolo e diretrizes da RCP em Suporte Básico de Vida (SBV)?**

- a) ( ) Sim
- b) ( ) Não



**APÊNDICE C****TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS  
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**Pesquisa: “Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida”.**

Eu, **Isolda Maria Barros Torquato**, Enfermeira, Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2.099.914 e CPF: 033326024-46 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Orientadora

# **ANEXO**

**ANEXO A****SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Endereço: Rua Francisco Teodoro da Fonseca Bairro: Centro Cuité-PB CEP: 58175-000  
CNPJ: 08.732.174/0008-27

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida”** desenvolvida pelo aluno Adson Bruno Rodrigues de Menezes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora **Isolda Maria Barros Torquato**.

Cuité, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Gentil Palmeira Venâncio Filho  
Secretário de Saúde do Município de Cuité - PB

**ANEXO B****SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVA FLORESTA**

Endereço: Rua Benedito Marinho N° 513 Bairro: Centro Nova Floresta – PB CEP: 58178-000  
CNPJ: 08739625000262

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida”** desenvolvida pelo aluno Adson Bruno Rodrigues de Menezes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité sob a orientação da professora **Isolda Maria Barros Torquato**.

Nova Floresta, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Flavia Fabiana de Medeiros  
Secretária de Saúde do Município de Nova Floresta - PB



**ANEXO C****HOSPITAL REGIONAL DE PICUI**

Endereço: Rua Francisco Pereira Gomes Nº 15 Bairro: Centro Picuí - PB CEP: 58187-000  
CNPJ: 03.515.174/0001-85

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da reanimação cardiopulmonar: um enfoque para o suporte básico de vida”** desenvolvida pelo aluno Adson Bruno Rodrigues de Menezes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité sob a orientação da professora **Isolda Maria Barros Torquato**.

Picuí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

---

Rommel Marques Moura  
Diretor do Hospital Regional de Picuí

## ANEXO D

## CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


**FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA  
NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005  
e publicada no DOU de 23.09.2005, p. 184, Seção 01.  
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007,  
publicada no DOU de 31 de dezembro de 2007, p. 36, seção 1.

**CERTIDÃO**

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 11ª Reunião Ordinária realizada em 07/12/2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, **APROVADO**, o projeto de pesquisa intitulado "**Conhecimento da equipe de enfermagem acerca de reanimação cardiopulmonar: Um enfoque para o suporte básico de vida**", protocolo número: 197/11 e CAAE: 0197.0.000.351-11 da orientadora: **Isolda Maria Barros Torquato** do aluno: **Adson Bruno Rodrigues de Menezes**.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 31/12/11, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 13 de Dezembro de 2011

*Rosa Rita da Conceição Marques*  
Rosa Rita da Conceição Marques  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**Rosa Rita da Conceição Marques**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Lígia Kelly da Sousa Lima