



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA THAMY FEITOSA VALÊNCIO

**SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma
instituição de ensino superior pública**

Cajazeiras-PB

2015

FERNANDA THAMY FEITOSA VALENCIO

**SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma
instituição de ensino superior pública**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Graduação do Curso de Enfermagem, da
Universidade Federal de Campina Grande-
UFCG, Centro de Formação de Professores para
a obtenção do Título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

Cajazeiras- PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730
Cajazeiras - Paraíba

V152s Valêncio, Fernanda Thamy Feitosa
Suporte básico e avançado de vida na parada cardiorrespiratória:
conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de
ensino superior pública. / Fernanda Thamy Feitosa Valencio.
Cajazeiras, 2015.
62f. : il.
Bibliografia.

Orientador (a): Me. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Cuidados de enfermagem. 2. Parada cardíaca. 3. Ressuscitação
cardiopulmonar. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU -616.12:616 083(813.3)

FERNANDA THAMY FEITOSA VALÊNCIO

SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA NA PARADA

CARDIORRESPIRATÓRIA: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma
instituição de ensino superior pública

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Graduação do Curso de Enfermagem, da
Universidade Federal de Campina Grande-
UFCG, Centro de Formação de Professores para
a obtenção do Título de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
Orientador

Prof.^a. Me. Ariele Rodrigues Nóbrega Videres
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
1º Membro

Prof. Esp. Cícera Renata Diniz Vieira Silva
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
2º Membro

Cajazeiras- PB
2015

Este trabalho é dedicado a Deus, pelo seu imenso amor, pois é a força que me sustenta, ao meu Pai que apesar de não estar mais nesse plano fisicamente, me ensinou que nunca se deve desistir do que se quer, e a minha família amada em especial a minha mãe Lúcia Feitosa que é a maior responsável por este sonho realizado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois, tudo que acontece na minha vida é providenciado por ele, graças a seu imenso amor encontrei durante meu caminho pessoas que me ajudaram, apenas com seus leves sorrisos a me fazerem feliz, pessoas estas que pude dividir alegrias, tristezas, decepções, realizações e muitos sorrisos. Senhor, obrigada por sempre estar ao meu lado durante esta jornada, e as vezes que cair tu me ensinou a levantar da melhor forma, sempre com um sorriso de agradecimento, pois sei que nada foi em vão.

A minha família que embora não seja tão grande, o amor transborda entre nós, e é com muito orgulho que agradeço em especial a minha amada mãe, Lúcia Feitosa, que sem a senhora eu não teria chegado até aqui, seu apoio, amor e dedicação foi essencial nessa caminhada, espero que um dia me torne metade da mulher guerreira e vencedora que és. Te Amo Imensamente!

Ao meu Pai amado, que sempre me ensinou que com muita luta e determinação posso chegar longe, até onde vai os meus sonhos. Obrigada meu pai pelo tempo que esteve ao meu lado nessa terra, vou guardar sempre seus ensinamentos de mestre, e da forma de sempre me olhar diferente dos demais, obrigada por me preencher com aquele sorriso no rosto e o grande amor no seu coração. Te Amarei Eternamente!

As minhas amigas e irmãs Laanna Feitosa e Anna Clara Feitosa, vocês são minha ponte ao passado, meu ponto de fraqueza, pois somos um tripé, uma sustenta a outra, e quando uma cai, as outras caem juntas, é um elo feito por Deus, e agradeço a ele por estarem na minha vida, obrigada pelas brigas e sorrisos de todos os dias. Amo vocês!

Ao meu amigo, companheiro, cúmplice e por sorte namorado (risos) Ronney Braga que Deus colocou na minha vida, sei que sem você essa caminhada seria mais difícil, obrigada meu amor por me dar força e me sustentar nos momentos difíceis, agradeço imensamente por tê-lo na minha vida. Obrigado pelos sorrisos hilários de todos os dias. Amo muito você!

Aos amigos de infância que continuam me dando o prazer de compartilhar momentos de alegrias e de dificuldade, amo vocês meus amores, Gutierre Sousa, Jessyka Virginia, Theresa Hortênsia, Lorena Fernandes, Paulo Guilherme, e aos novos que são muitos e prefiro não citar, pois odiaria esquecer algum, mas saibam que vocês fazem parte da minha história, e agradeço por estarem na minha vida. Amo todos vocês!

A melhor turma de todos os tempos, a 2014.2 , pois, nunca existiu uma conspiração maior do Universo com a finalidade de aproximar pessoas tão diferentes na mesma jornada. A melhor época das nossas vidas! No inicio tudo era difícil, depois foi melhorando e a gente percebeu, que esse tempo não voltará jamais, mas ficará as melhores lembranças, pessoas

lindas, gentis, alegres, complicados e que os moradores da “Casa Verde” de Machado de Assis perdem feio perto do que fomos durante esses anos, mas como falam por ai: Loucos, mas felizes! Isso sim resume essa turma cheia de vida e de cabeças pensantes! Obrigada por compartilharem esses momentos comigo. Já sinto Saudades! Amo cada um de Vocês!

As minhas companheiras não só de curso, mas da vida, Thamyres, Kylvinha e Claudimira, obrigada por tornarem os trabalhos em grupo mais divertidos, assim como a minha vida. As meninas mais lindas e alegres, obrigada pelos sorrisos de cada manhã, as aulas ficaram mais leves com vocês, Vanessa Estrela, Virgínia Estrela, Raissa Araújo, Dany, Claryssa, Marleny, Debora e Isabel por sempre ajudarem nas minhas dúvidas, obrigada! Jucilene por sua doçura, Amo vocês!

As minhas companheiras de apartamento que compartilharam suas vidas comigo, as mais antigas Fernanda Nóbrega e Isabelle Alencar que me ajudaram na adaptação da nova cidade e curso, vocês foram ótimas nisso! Suzana Fontes, Olimpia Teixeira (Lili) E Walléria Rodrigues que me mostraram como pessoas tão diferentes podem conviver em paz e compartilhar momentos únicos. E por fim as atuais, que me acolheram com tanto carinho, Barbara Leticia e Brenda Teixeira, que Deus as ilumine e protejam sempre. Saudades de todas vocês meninas!

Ao meu orientador Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes, por sua disponibilidade, confiança e ajuda, pois, sem você esse trabalho não seria possível, obrigada pelas puxadas de orelha, ensinamento, risadas, e principalmente por não fazer “muita” pressão psicológica (risos), estará sempre em minhas orações. Agradeço a Deus por tê-lo colocado na minha vida tornando esse momento mais leve, que ele possa cada vez mais iluminar essa pessoa maravilhosa que és!

A banca examinadora pela disponibilidade de avaliar meu trabalho. Composta pelas Professoras Ariele Rodrigues Nóbrega Videres, no qual tive o prazer de compartilhar de seus conhecimentos, e a Professora Cícera Renata Diniz Vieira Silva, que infelizmente não tive a oportunidade de conhecer melhor, mas que estará compartilhando um dos momentos mais importantes da minha vida pessoal e acadêmica. Por tal motivo agradeço a vocês não só por acrescentarem no meu trabalho, mas por participarem desse meu momento. Que Jesus as abençoe grandemente. Obrigada!

Agradeço por fim, a todos os professores da UAENF que acreditaram no meu potencial e contribuíram com meu crescimento e formação acadêmica.

“E com o tempo você aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências, e que são os pequenos acontecimentos diários que tornam a vida espetacular”.

William Shakespeare

VALÊNCIO, Fernanda Thamy Feitosa. **Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória:** conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública. 2015. 64p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2014.

RESUMO

Dentre as principais emergências que ameaçam a vida, a Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada a mais complexa, uma vez que sua chance de sobrevivência está diretamente ligada a seu atendimento, que deve ser rápido, seguro e eficaz. O estudo objetivou averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória. Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que foi realizado com 29 acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras-PB. Foi utilizado para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, que aconteceu no mês de Dezembro de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino. Para a análise de dados se utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre, obtendo-se sete discursos coletivos. Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Entre os 29 acadêmicos entrevistados 22 eram do sexo feminino e 07 do sexo masculino, a média de idade foi de 23 anos, em relação ao estado de origem houve a predominância de alunos do Estado da Paraíba, constatando alunos de outros estados como Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Alagoas e São Paulo. Durante os discursos foi possível perceber o despreparo e a insegurança dos acadêmicos relacionados à PCR, a falta de práticas os deixa receosos, responsabilizando a instituição de ensino por não disponibilizar ambientes que os preparem melhor às situações de estresse. Evidenciou-se a fragilidade no conhecimento sobre Suporte Básico e Avançado de Vida, assim como os sinais da Parada Cardiorrespiratória. Portanto, há a necessidade do fortalecimento na formação acadêmica dos futuros enfermeiros, através do aumento das práticas para aproximação dos acadêmicos da realidade que irão enfrentar, diminuindo essa lacuna existente no aprendizado. Além disso, é imprescindível ampliar as redes de parcerias com as instituições de saúde, a fim de elevar o leque de opções de campo de práticas e consequentemente contribuir com processo de aprendizagem dos alunos em situações de Suporte Básico de e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem. Parada Cardíaca. Ressuscitação Cardiopulmonar.

VALÊNCIO, Fernanda Thamy Feitosa. **Basic Support and Advanced Life in Cardiopulmonary Arrest**: knowledge of nursing students from a public higher education institution. 2015. 64p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2015.

ABSTRACT

Among the major emergencies that threatens life, Cardiopulmonary Arrest (CPA) is considered the most complex once their chance of survival is directly related to its care, which should be fast, safe and effective. The study is aimed to investigate the knowledge of nursing students of a public higher education institution on the Basic Support and Advanced Life in Cardiopulmonary Resuscitation. This is a descriptive field study within a qualitative approach which was conducted with 29 nursing students at the Federal University of Campina Grande campus Cajazeiras-PB. It was used for the data collection a semi-structured interview, which took place in December 2014, after approval by the Ethics and Research Committee of the educational institution. For data analysis we used the technique of the Collective Subject Discourse (DSC) proposed by Lefèvre and Lefèvre, resulting in 07 collective discourses. All stages of the research rigorously followed the National Health Council Resolution 466/2012. Among the 29 students interviewed 23 were female and 07 were male with mean age of 23 years, with a predominance of students from the Paraíba state, besides students from other states, for instance, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Alagoas and São Paulo. During the talks it was revealed the lack of training and the insecurity of academics related to PCR, the lack of practice leaves afraid, blaming the educational institution for not providing environments that prepares them better to stressful situations. The weakness was evident in knowledge about Basic Support and Advanced Life as well as the signs of Cardiopulmonary Resuscitation. So, it is needed to strengthen the academic training of future nurses by increasing the practical approach to the academic reality they will face by reducing the gap in learning. In addition, it is essential to expand the network of partnerships with health institutions in order to increase the range of field practice options and consequently contribute to the learning process of students in basic life support situations and Advanced Life in Cardiopulmonary Arrest.

Keywords: Students Nursing. Heart Arrest. Cardiopulmonary Resuscitation.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01-	Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB.....	28
Quadro 01-	Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 01. Cajazeiras-PB, 2015	34
Quadro 02-	Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 02. Cajazeiras-PB, 2015	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACAD- Acadêmico

ACE- Atendimento Cardiovascular de Emergência

ACLS – Suporte Avançado de Vida Cardiovascular

AHA- American Heart Association

APH- Atendimento Pré-Hospitalar

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BLS- Basic Life Suporte

CAB- Compressão, Vias aéreas pérvias e Ventilação

CABD- Compressão, Vias aéreas pérvias, Ventilação e Desfibrilação

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

CTI- Centro de Terapia Intensiva

DEA- Desfibrilador Externo Automático

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressão-Chave

FV- Fibrilação Ventricular

IAM- Infarto Agudo do Miocárdio

IC- Ideia Central

ILCOR- Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação

LDB- Lei de Diretriz e Bases da Educação Nacional

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCR- Parada Cardiorrespiratória

PSF- Programa de Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCP- Ressuscitação Cardiopulmonar

RS- Representação Social

RUE- Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAV- Suporte Avançado de Vida

SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBV- Suporte Básico de Vida

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCE- Traumatismo Cranioencefálico

TV- Taquicardia Ventricular

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USA- Unidade de Suporte Avançado

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3	REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	19
3.2	PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	21
3.3	PAPEL DO ENFERMEIRO NO SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA	24
4	MATERIAL E MÉTODO	27
4.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	27
4.2	LOCAL DA PESQUISA	27
4.3	SUJEITO DO ESTUDO.....	28
4.4	COLETA DE DADOS	29
4.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	29
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	34
5.2	APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS.....	34
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICES	57
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	ANEXOS	60
	ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA	
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência em processo de construção, vem buscando estratégias para aperfeiçoar suas ações de cuidado em todos os cenários de atuação. Dentre esses cenários em que se necessita de conhecimentos, habilidade e atitudes específicas, pode-se destacar as ações de urgência e emergência no pré e intra-hospitalar em situações de Parada Cardiorrespiratória (PCR), episódio no qual deve ser realizado o suporte básico e/ou avançado de vida, sendo fundamental um saber-fazer adequado, o qual já deve ser abordado desde o processo de formação acadêmica da enfermagem.

A PCR apresenta como um dos seus principais fatores desencadeadores as doenças cardiovasculares (DCV), as quais desde 1970 vem sendo a principal causa de morte no Brasil, isso devido a redução da mortalidade por doenças parasitárias e infecciosas, e da prevalência de fatores de riscos para doenças cardiovasculares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a obesidade, tabagismo, dislipidemia, ingestão insuficiente de hortaliças e frutas como as principais responsáveis pela maior parte das mortes por doenças cardiovasculares. (SOUZA; ALENCAR, 2009)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia a PCR é considerada um problema mundial de saúde pública, mesmo com os avanços dos últimos anos, esta continua sendo o motivo de muitas mortes. Estima-se que 200.000 PCR's ocorrem por ano no Brasil, sendo metade dos casos no ambiente hospitalar e a outra metade em ambiente extra-hospitalar. Aproximadamente 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar aos hospitais. Atualmente, a taxa de sobrevivência nacional para intra-hospitalar é apenas cerca de 17% (LUCINO et al., 2010; MORETTI; FERREIRA, 2010; SBC, 2013; TIMERMAN et al., 2010)

A PCR pode ser definida como uma condição inesperada e abrupta de deficiência absoluta de oxigenação tissular, devido a interrupção da função respiratória ou da ineficiência do sistema circulatório (ARAÚJO, 2000).

Dentre as principais emergências que ameaçam a vida, a PCR é considerada a mais complexa, uma vez que sua chance de sobrevivência está diretamente ligada a seu atendimento, que deve ser rápido, seguro e eficaz. (ALVES; BARBOSA; FARIA, 2013)

De acordo com o autor supracitado, considerando a PCR como uma urgência clínica, seu tratamento consiste em preservar a vida, aliviar o sofrimento, restabelecer a saúde, e para isso o atendimento deve ser feito por uma equipe apta a realizar tal ação. Assim destaca-se o papel do enfermeiro, já que muitas vezes este profissional é responsável por reconhecer a

PCR e começar logo o Suporte Básico de Vida (SBV) e auxiliar no Suporte Avançado de Vida (SAV). Por tal razão os profissionais devem ter conhecimento e preparo nas manobras de reanimação, prevenindo assim prejuízos na assistência prestada.

Os procedimentos realizados nos primeiros minutos do atendimento como as compressões torácicas, abertura das vias aéreas e aplicação de ventilação em uma emergência correspondem a sequência primária de ação, definindo assim, o SBV. Cabe ao SAV as ações secundárias e invasivas como a abertura das vias aéreas por dispositivo orotraqueal e acesso venoso para infusão de drogas, sendo nessa fase também o momento para tratar as causas da PCR. (SBC, 2014)

Muitos cursos de Enfermagem estabelecem nos seus currículos conteúdos para aprendizagem sobre SBV e o SAV, entretanto, investigações mostram que a maior parte dos enfermeiros não se sente preparados para agir em situações de emergência, principalmente na PCR, sendo verificadas falhas, tanto no conhecimento teórico, quanto nas habilidades práticas. Acredita-se que essas fragilidades são reflexos das lacunas no processo de formação acadêmica acerca deste quesito. (DAL SASSO; SOUZA, 2006; SARDO; DAL SASSO, 2008).

Em um estudo que avaliou as necessidades educacionais de enfermeiros na Austrália, 91,4% deles apontaram PCR como uma área de importância imprescindível a ser abordada. Esses dados corroboram a necessidade de ações educacionais permanentes em SBV e SAV desde a formação com a finalidade de melhorar o nível de conhecimento e com isso contribuir para a elevação das taxas de sucesso em RCP. (LIMA et al., 2009; PASCOE et al., 2007)

Nos tempos atuais, o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem nos contextos curriculares de graduação em Enfermagem estão sendo desafiados diante recursos associados aos avanços tecnológicos, das possibilidades do acesso às novas informações e das oportunidades de vivências clínicas, para que os estudantes sejam envolvidos em situações de emergências no cotidiano das práticas. (KAWAKAME, 2011)

O ensino de Enfermagem, frente às novas propostas e diretrizes curriculares caracteriza-se por apresentar desafios cruciais, tanto em sala de aula e laboratórios, quanto na prática nas instituições de saúde. (ITO et al., 2006)

Destaca-se ainda que os estudantes de Enfermagem entram em contato direto com os pacientes e familiares em todo o seu processo educativo. Durante esse tempo, esses estudantes, podem ser a primeira pessoa a identificar alguém em PCR. A capacidade do aluno para responder apropriadamente e rapidamente depende da sua formação e experiência. O

resultado positivo para a vítima depende desta resposta. (HAZINSKI et al., 2005; PFEIRER, 2006)

Neste contexto o acadêmico de Enfermagem aprende que a profissão deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS), e que cada situação requer desse profissional habilidades e conhecimentos específicos para atuar corretamente. Para a realização da RCP é essencial a busca por atualizações para sua qualificação a respeito dessa prática, ou seja, o conhecimento necessário para o saber-agir. Todavia, percebe-se que nem sempre os acadêmicos saem da Universidade preparados para realizar as manobras com total segurança.

Portanto, diante da temática exposta, nota-se ainda a dicotomia entre o saber e o fazer do SBV e SAV na PCR, isso devido muitas vezes a grade curricular ofertada pelas instituições de ensino não focarem ou abordarem de forma sucinta esta ação.

A partir disso surge o seguinte questionamento: qual o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória?

O motivo que desencadeou a realização deste estudo surgiu a partir da percepção das fragilidades apresentadas pelos estudantes de Enfermagem acerca do SBV e SAV na PCR. Essa observação ocorreu durante as aulas de revisão as quais ministrei enquanto monitora da disciplina “Enfermagem em Emergência e em CTI” do 7º Período da Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras no Estado da Paraíba. Essas fragilidades podem estar relacionadas ao pouco tempo destinado para esta temática em sala de aula, problema este apresentado nos discursos dos acadêmicos durante as monitorias.

Além disso, destacam-se as lacunas presentes na literatura científica sobre esse assunto e em especial no processo de formação acadêmica de Enfermagem, uma vez que as investigações tendem a concentrar os estudos no ambiente extra-universitário, ou seja, nos estabelecimentos de assistência à saúde e com os profissionais da área.

Esta pesquisa poderá despertar os docentes a incluírem ao Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem disciplinas e/ou conteúdos programáticos acerca do SBV e SAV que preparem todos os estudantes, de maneira transversal ao longo dos períodos letivos a responderem de forma prática e rápida as emergências relacionadas a PCR iniciando com a progressão do grau de responsabilidade, conhecimentos, habilidades e atitudes frente a este procedimento, com mais aulas práticas e estágios em unidades de Urgência e Emergência.

Cabe destacar a contribuição para a formação, visto que este material pode ser utilizado pelas coordenações acadêmicas como respaldo para a reformulação política pedagógica, visando assim adequação da teoria com a prática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as características presentes na Parada Cardiorrespiratória a partir dos saberes dos estudantes;
- ✓ Identificar as ações realizadas ao paciente em Parada Cardiorrespiratória descritas pelos alunos;
- ✓ Verificar os fatores intervenientes sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Urgências e Emergências

A Portaria 2048/2002 GM define emergência como uma condição de agravo a saúde que exige tratamento médico imediato decorrente da constatação médica de um risco iminente de morte ou sofrimento intenso. A urgência é definida como uma situação inesperada de agravo a saúde, podendo ou não causar risco potencial a vida, necessitando assim de assistência médica imediata. (BRASIL, 2003)

Em uma leitura mais atenta, Romani et al (2009), identificou alguns elementos de distinção, definindo assim, urgência como uma ocorrência imprevista que pode surgir com ou sem risco potencial de vida, enquanto emergência é um agravo à saúde e de constatação médica que não se trata de uma ocorrência imprevista, mas, que implica em risco iminente de vida ou sofrimento intenso.

Segundo Dolor (2008) o Atendimento Pré-Hospitalar (APH), sendo parte importante no sistema de saúde, não oferece o tratamento definitivo, porém contribui na manutenção da homeostase da vítima até que chegue num ambiente adequado para que assim possa proporcionar um tratamento definitivo.

Minayo e Deslandes (2008) consideram atendimento pré-hospitalar qualquer assistência realizada direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, onde esse atendimento pode ser uma simples orientação médica ou conselho, até o envio de ambulâncias de suporte básicos e avançados até o local da ocorrência, visando assim, a manutenção da vida e a minimização de sequelas através de meios e métodos disponíveis.

O Ministério da Saúde define Atendimento Pré-Hospitalar Fixo como uma assistência prestada aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza traumática, clínica e até psiquiátrica, que possam levar a um sofrimento, sequelas e até mesmo a morte, onde irá promover um atendimento ou transporte adequado para um serviço de saúde integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, esse atendimento será prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde como o Programa Saúde da Família (PSF), ambulatórios especializados, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimentos pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2006).

Esse mesmo Ministério considera um Atendimento Pré-Hospitalar Móvel na área da urgência, aquele que procura chegar precocemente a vítima, após ter ocorrido algum agravo à sua saúde, prestando-lhe assim um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde, integrado ao Sistema Único de Saúde. O atendimento pré-hospitalar móvel pode ser considerado primário, quando o pedido de socorro é oriundo do cidadão, porém quando a solicitação partir de um serviço de saúde, onde o paciente já tenha recebido os cuidados primários necessários para estabilizar seu quadro de urgência, mas que ainda possui a necessidade de ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento já iniciado, este será considerado um atendimento pré-hospitalar móvel secundário (BRASIL, 2006).

O elevado número de morbimortalidade no Brasil decorrente das urgências exigiu dos Poderes Públicos a criação de uma Política Nacional de Atenção as Urgências (Portaria 1863/GM de 2003) que auxiliasse na redução desses números e que aumentasse o suporte a esses atendimentos prestados. A partir disso, o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, com os estados e municípios, vem através da Portaria 1864/GM de 2003 oficializar o Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) em municípios e regiões de todo território brasileiro, sendo assim um componente pré-hospitalar móvel, com intuito de proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade no atendimento no SUS, se estabelecendo como primeira etapa da atenção às urgências. (BRASIL, 2003).

O SAMU foi implantado com o intuito de ser uma das portas de entrada do sistema, e para superar a deficiência da atenção às urgências enfrentado pelo país, a partir disso houve a necessidade dessa criação, desde então vem aumentando a adesão dos municípios ao serviço e assim sua abrangência em todo território nacional. Um problema ainda enfrentado pelo sistema é a falta de informações sólidas sobre o perfil e os resultados dos atendimentos realizados pela equipe do SAMU, assim como a lacuna sobre a qualificação desses profissionais que trabalham nas ambulâncias e nas centrais já que tais áreas exigem um conhecimento específico. (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O SAMU contribui com a integralidade da assistência oferecida à população, e para qualificar os tipos de ocorrência, se faz necessário conhecer as principais causas dos eventos atendidos pela equipe, assim como a implementação de políticas de saúde e de outros setores, juntamente às estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos. (DUARTE; LUCENA; MORITA, 2011).

A incapacidade dos serviços primários e secundários de saúde em atender a demanda que pertence ao atendimento primário de saúde, acabou sobrecarregando os serviços de

atendimento terciário, apesar de todo planejamento através das políticas públicas de saúde. O que se observa é que gradativamente os serviços de saúde públicos e privados tornam-se mais cheios, levando pacientes que necessitam de atendimento imediato a esperar por horas a assistência (VALENTIM; SANTOS, 2009).

De acordo com Lopes (2011) a Classificação de Risco é definida como um instrumento que busca minimizar os agravos à saúde, melhorar o fluxo dos pacientes atendidos na emergência e proporcionar maior resolutividade nas respostas ao usuário. Portanto a aplicação de prontuários proporciona o melhor desempenho e segurança do Enfermeiro na classificação qualificada do usuário.

O objetivo da Classificação de Risco é ser um dos instrumentos para organizar melhor o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada nas unidades de urgência/emergência, e para garantir um maior entendimento e organização das áreas físicas das unidades de emergência é importante a divisão em eixos e áreas (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600 de Julho de 2011, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003, e instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (RUE), tal rede complexa é composta por diferentes pontos de atenção, onde as ações necessárias são realizadas para o atendimento às situações de urgências. A criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), através da Portaria nº 4.278 de Dezembro de 2010, pelo Ministério da Saúde, foi a estratégia fundamental para a consolidação do SUS, pois, serviu como uma forma de promover e assegurar a universalidade, a integralidade e a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos (BRASIL, 2013).

Portanto, a partir das definições de Urgência e Emergência discutidas anteriormente, percebe-se a importância da implementação de atividades que tenham por finalidade suprir as necessidades de saúde do paciente em situação de Urgência e Emergência e quando indicado com base no Suporte Básico e Avançado de Vida, que serão abordados a seguir.

3.2 Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar

Para Jacobs et al. (2004) a Parada Cardiorrespiratória (PCR) é compreendida como a interrupção das ações mecânicas cardíacas, constatada pela inexistência de sinais de circulação. Há, nesse evento, a interrupção da circulação sanguínea, conforme abordado

acima, o que culmina com perda de consciência. A PCR é o responsável pela mortalidade e morbidade elevadas, mesmo em ocasiões de atendimento ideal, ainda é considerada um grave problema de saúde pública (CHUGH et al. 2004; VAILLANCOURT, STIELL, 2004).

As doenças do aparelho circulatório são responsáveis pelo maior número de solicitações apesar do significativo número de ocorrências atendidas por causas externas. Isso indica a necessidade do estabelecimento de vigilância em saúde e novas estratégias de planejamento. (CABRAL; SOUZA, 2008).

As doenças cardiovasculares continuam sendo uma importante causa de morte no Brasil, a morte súbita decorrente de problemas cardíacos é a principal complicação dessas doenças, onde 15% dos pacientes que sofrem um infarto agudo do miocárdio (IAM) morrem antes de receberem os cuidados hospitalares. Uma das instabilidades elétricas que representa a principal causa de parada cardíaca durante um episódio isquêmico do coração é a fibrilação ventricular (FV). Um dos tratamentos mais eficaz nessa ocorrência é a desfibrilação externa, cujo seu sucesso depende extremamente do tempo de realização (DOLOR, 2008).

Grande parte das PCR's ocorrem em adultos, as taxas mais altas de sobrevivência envolvem pacientes de todas as faixas etárias e que a PCR foi presenciada por outras pessoas, com ritmo inicial de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso, sendo assim a conduta para esses pacientes será compressões torácica e desfibrilação precoce, utilizando então, os elementos iniciais do SBV (AHA, 2010).

Estima-se que em ambiente extra-hospitalar a maioria das paradas cardiorrespiratórias sejam decorrentes de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, onde muitas das PCR's são súbitas e em grande parte são devidas à arritmias decorrentes de quadros isquêmicos agudos ou a problemas elétricos primários, enquanto em ambiente hospitalar, a atividade elétrica sem pulso e as arritmias estão mais frequentes, essa diferença é explicada provavelmente, pelo perfil diverso do paciente internado, em que a PCR é um evento que reflete uma deterioração clínica persistente. (SBC, 2013).

Mesmo com a implementação das Diretrizes de 2005 da American Heart Association (AHA) para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), e sua associação de uma melhor qualidade de RCP e sobrevivência, observou-se a necessidade de melhoria tanto na assistência extra-hospitalar como nos cuidados pós-PCR, devido a isso a AHA sentiu a necessidade de rever suas diretrizes e em 2010, divulgou no mês de outubro uma versão atualizada com uma síntese dessa nova Diretriz em português, com o intuito de oferecer consenso nas recomendações de atendimento a PCR. (AHA, 2010)

As Diretrizes da AHA (2010), enfatizam a necessidade da realização de uma RCP de alta qualidade, onde está incluída: Frequência de compressão mínima de 100/minuto; Profundidade de compressões mínimas de 5cm no adulto, 4cm no bebe e 5cm na criança; Retorno total do tórax após cada compressão; Minimização das interrupções nas compressões torácicas; e por fim, evitar excesso de ventilação.

A SBC define Suporte Básico de Vida como as ações realizadas durante os primeiros minutos de atendimento a uma emergência crítica em relação a sobrevivência da vítima, o SBV possui uma sequencia primária para salvar vidas. Em uma situação de PCR utiliza-se um mnemônico para simplificar essa assistência, o “CABD”, onde o “C” corresponde a Checar responsividade e respiração da vítima, Chamar por ajuda, Checar o pulso da vítima e Compressões (30 compressões); Abertura das vias aéreas, Boas ventilações (2 ventilações), Desfibrilação. Por mais eficiente e adequado que seja o suporte avançado, se as ações do suporte básico não tiverem sido realizadas de maneira adequada, a possibilidade de sobrevivência de uma vítima de PCR será extremamente baixa. (SBC, 2013).

Para que aconteça um atendimento avançado eficaz, é de extrema importância a realização de um SBV de alta qualidade. Os efeitos potenciais de uma RCP imediata e de alta qualidade juntamente com a desfibrilação precoce na parada cardiorrespiratória com FV, minimizam os efeitos de qualquer medicamento utilizado para esse fim. Ao se deparar com a presença de FV ou TV sem pulso, administra-se choque imediato, pois esse é o tratamento mais indicado nessas duas situações de ritmo cardíaco, porém caso haja a persistência um vasopressor ou antiarrítmico de escolha, no caso a epinefrina deve ser administrado a cada três a cinco minutos. (CANOVA, 2012).

Quando se aplica a RCP, a corrente de sobrevivência é acionada, esta corresponde a uma sequencia de ações a serem realizadas no atendimento, como o reconhecimento imediato da PCR e acionamento do serviço de emergência/urgência; realização de RCP precoce, com ênfase nas compressões torácicas; rápida desfibrilação; Suporte Avançado de Vida eficaz e Cuidados pós-PCR integrados. (DOLOR, 2008; AHA, 2010).

Os cuidados prestados na fase inicial do Pós-PCR dando ênfase aos programas multidisciplinares, tem a finalidade de diminuir a mortalidade associada a instabilidade hemodinâmica e conseqüentemente limitar os danos cerebrais e lesões nos demais órgãos. Os cuidados intensivos buscam atingir um potencial de sobrevida e oferecer qualidade de vida. Os cuidados hospitalares ainda não estão definitivamente estabelecidos, porém, o tratamento deve disponibilizar um suporte para a ressuscitação volêmica, ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e o emprego de dispositivos de assistência circulatória. (SBC, 2013).

A sobrevivência do paciente, assim como o resultado da RCP dependem diretamente do sucesso da atuação da equipe. Os cuidados prestados ao paciente de PCR requer um conjunto de intervenções, que devem ser realizadas de forma rápida e precisa. (LUZIA; LUCENA, 2009).

3.3 Papel do enfermeiro no Suporte Básico e Avançado de Vida

O perfil do enfermeiro vem apresentando significativas mudanças ao longo dos anos, isso acontece devido transformações existentes no quadro político-econômico-social da educação e da saúde no Brasil e no mundo (ITO et al, 2006).

Considerando a PCR uma emergência de grande impacto nos índices de mortalidade, pode-se dizer que o enfermeiro exerce um importante papel na assistência prestada juntamente com a equipe médica, já que a sobrevivência do paciente depende diretamente do sucesso dessa equipe multiprofissional (SILVA; MACHADO, 2013).

O Enfermeiro é um dos profissionais que deve atender efetivamente casos de maior complexidade, incluindo a assistência a PCR, iniciando o SBV e auxiliando no SAV e para isso os profissionais devem possuir o preparo e o conhecimento necessário sobre as manobras de reanimação para garantir a sobrevida do paciente (ALMEIDA et al, 2011).

Silva e Machado (2013), ressaltam a importância da preparação dos profissionais com base no desenvolvimento do conhecimento científico, habilidades e atitudes, competências estas que darão um maior suporte para a realização de uma assistência adequada durante a RCP.

O enfermeiro de urgência e emergência deve ter a capacidade de articular e direcionar o atendimento ao serviço especializado, entretanto, para que isso aconteça é necessário que o mesmo tenha conhecimento sobre os serviços de saúde do seu município, dessa forma é possível caracterizar o fluxo dos usuários no sistema de saúde. (LOPES, 2011)

Diante dos resultados do estudo realizado por Almeida et al, (2011) ficou evidente a necessidade de atualização e capacitação dos enfermeiros a partir de cursos, para que possuam um melhor conhecimento teórico, e assim melhor desempenho, como contribuir para uma maior sobrevida.

Cursos de SBV e SAV são oferecidos regularmente no Brasil com a supervisão e permissão da AHA, proporcionando assim o conhecimento com tecnologia adequada e

certificação da atuação desses profissionais, propor um programa de capacitação para o atendimento da PCR/RCP é aproximar da sua realidade conhecimentos acerca do assunto trabalhado, contribuindo também para uma padronização e uniformização do atendimento da PCR/RCP (BELLAN; ARAÚJO; ARAÚJO, 2010).

O curso de graduação deve possibilitar ao futuro enfermeiro sua operacionalização para que possa vir a intervir na sua realidade, favorecendo assim, sua organização e reorganização do seu trabalho (ITO et al, 2006).

Um tópico de interesse para muitos professores que ensinam urgência e emergência, e em especial para as concepções dos currículos de enfermagem é a educação em Enfermagem em RCP para estudantes de graduação, com o propósito de desenvolver percepções de pensamento, de julgamento, de habilidade e avaliação desse estudante de enfermagem, para um atendimento de PCR, preparando-os para um maior enfrentamento em situação de emergência (LOURENCINI, 2011).

A Enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento dos conhecimentos em ressuscitação cardiopulmonar, sendo facilitadora no entendimento de transformações na assistência, no ensino e na pesquisa, com embasamento nos conhecimentos científicos para, que possa responder as perguntas em relação a essas realidades. (LOURENCINI, 2011).

A sistematização de ações frente ao atendimento da PCR/RCP é de grande importância para a minimização de erros e perda de tempo diante dessa emergência. (CANOVA, 2012)

Dados demonstram a importância da enfermagem estar sempre alerta as alterações dos sinais vitais como forma de avaliação para os riscos de PCR e assim todas as queixas junto com os sinais vitais devem ser consideradas, observadas e registradas. (LUZIA; LUCENA, 2009).

O autor supracitado ainda dá ênfase no seu estudo sobre o reconhecimento da importância do papel do enfermeiro na observação das alterações apresentadas pelos pacientes antes da PCR, assim como sua atuação diante desses sinais e sintomas, aumentando a vigilância e dessa forma prevenindo a PCR várias vezes, como também possibilitando um atendimento mais precoce.

Os enfermeiros das unidades de emergência por possuírem mais domínio no modo de cuidar voltados para clientes portadores de agravos à saúde de urgência e emergência, devem atuar conforme um processo de gerenciamento de cuidado, a partir de protocolos criados e aprovados por esses serviços, devendo assim acompanhar os pacientes em todo seu processo clínico, até a definição e conclusão do seu tratamento. (VALENTIM; SANTOS, 2009)

A aplicação de protocolos proporcionam ao Enfermeiro um melhor desempenho e segurança na classificação qualificada do usuário, sendo assim um apoio na tomada de decisões e na avaliação dinâmica (LOPES, 2011).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

A pesquisa é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Para Gil (2008) a investigação com caráter descritivo viabiliza observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais, assim como detalhar acontecimentos, depoimentos e situações que qualificam a análise dos discursos de forma mais ampla.

Já a abordagem qualitativa responde a questões muito singulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, o que equivale a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado com alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande no campus da cidade de Cajazeiras no estado da Paraíba. Cajazeiras está situada na região oeste do estado, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e a leste), Nazarezinho (sudeste), São José de Piranhas (sul), Cachoeira dos Índios, Bom Jesus (os dois últimos a oeste) e Santa Helena (noroeste). A área do município, distante 468 quilômetros da capital estadual aproximadamente, é de 565,899 km². Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).



Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (acesso 17/10/2014)

Figura 01. Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Antes de iniciar essa discussão, é imprescindível ressaltar que para Minayo (2007) a ideia de amostragem não é a mais indicada para certos tipos de pesquisas, especialmente aqueles de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o “universo” em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

Os participantes desta investigação foram constituídos por 29 acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras. Foi adotado como critérios de inclusão somente os estudantes regularmente matriculados no oitavo e nono período e que estavam cursando as disciplinas “Estágios Supervisionado I – Rede Básica de Saúde” e “Estágio Supervisionado II – Rede Hospitalar”, que no período 2014.2 correspondeu a 59 alunos. A escolha do oitavo e nono períodos se deve em decorrência desses alunos já terem cursado todas as disciplinas teóricas. Foi adotado como critérios de exclusão os acadêmicos que já tiveram realizado um curso extra-universitário sobre Suporte Básico e Avançado de Vida na Ressuscitação Cardiopulmonar.

O encerramento da coleta de dados ocorrerá a partir do momento que for identificada a saturação teórica, ou seja, quando perceber que os depoimentos já exploraram uma determinada variação de elementos relativos ao tema, e nas entrevistas subsequentes não surgirem elementos novos para a sua compreensão (FLICK, 2009).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de informações foi realizada mediante entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), pois esta, segundo Gil (2008) ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, proporciona todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

Foram realizadas individualmente, constaram cinco questões abertas norteadoras sobre o assunto e respeitando a livre expressão de suas representações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados. Antes de começar a transcrição, as entrevistas foram ouvidas várias vezes, visando à compreensão das falas.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para proceder à ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos acadêmicos de enfermagem selecionados para esta investigação, foi recorrido ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta que propõe a soma das ideias não de maneira numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo por meio do discurso. É um processo complexo, que resulta, ao final, em um conjunto de discursos subdividido em vários momentos, efetuados por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado na pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A proposta do DSC consiste, basicamente, em analisar o material construído por uma coletividade por meio dos depoimentos e em seguida, extrair as Ideias Centrais (IC) e suas respectivas Expressões-Chaves (ECH). Ao final, o conteúdo das respostas de sentido semelhante é reunido em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular. Esse

discurso-síntese representa a expressão da coletividade que o originou. É como se um único indivíduo, representante do grupo, falasse em nome de todos aqueles os quais representa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC tem como finalidade, enquanto estratégia metodológica, visualizar com maior clareza uma dada representação que surge a partir de uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração, como foi abordada, segue uma lapidação analítica de decomposição e é caracterizado, inicialmente, pela seleção das principais IC presentes nos discursos individuais e constituídos, posteriormente, em um único discurso, dando a idéia de que todos estão representados por uma única pessoa (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

A correta utilização destas figuras metodológicas (ECH, IC e DSC), descritas a seguir, proporciona ao pesquisador um campo seguro para a organização e tabulação dos depoimentos, como também uma análise e interpretações seguras.

As Expressões-Chaves (ECH) podem ser definidas como fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência de todo o conjunto do discurso observado. Apresentam-se, portanto, como uma espécie de comprovação e justificativa da existência da IC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Recomenda-se retirar das ECH tudo que é irrelevante, inexpressivo, secundário, além das particularidades da fala do sujeito que demonstram as individualidades, como por exemplo, nomes, datas, estado civil, idade e história individual, retendo o máximo possível da essência do pensamento, tal como ele aparece no discurso analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Além disso, é fundamental ter cautela ao decompor o discurso, resultando assim em um material rico e significativo de ECH, produzindo com mais facilidade o DSC correspondente. Se não forem retiradas as particularidades da fala do sujeito, este virá repleto de atributos individuais que, provavelmente, irão impedir ou dificultar a construção de um discurso mais genérico que envolva a Representação Social (RS) sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Já a Ideia Central IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de cada um dos discursos analisados, e de cada conjunto homogêneo de ECH, que irá dar origem posteriormente, ao DSC. Essas IC podem expressar descrições diretas do sentido do depoimento, revelando “o que foi dito”, ou descrições indiretas que apresentam o tema do depoimento “ou sobre o que” seu sujeito enunciatador fala (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves que possuem a mesma IC, é a principal dentre as figuras metodológicas aqui discutidas, sendo também uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal.

Por meio do DSC, o discurso produzido pelos depoimentos não se anulam e nem se reduzem a categorias. O que se busca é a reconstrução, utilizando-se pedaços dos discursos individuais, de discursos-síntese que expressem um determinado modo de pensar característico de determinado grupo presente em um mesmo contexto (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

O objetivo do DSC é construir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um sujeito, e isso não por um passe de mágica, nem a partir de uma instância científica supostamente transcendente, mas, como dita o rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, passíveis, desta forma, de críticas e contestações (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O pensamento coletivo não está conectado ao somatório dos pensamentos individuais, portanto, a uma representação numérica percentual, mas, ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento preexistente. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Logo, o DSC representa um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns, compartilhando entre seus membros. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O pensamento, materialmente falando, planeja-se como discurso e conseqüentemente demonstra a importância de se conhecer o discurso da coletividade para, assim, conhecer como o coletivo pensa. Ao se conhecer o teor do pensamento desta coletividade, pode-se compreender a forma como ela age (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Vale ressaltar que com o DSC, não se busca uma simples soma aritmética, ou agregação dos discursos iguais apresentados por diferentes sujeitos, com intuito de se formar

um “bolo discursivo”. Mais do que isso, ele visa construir a expressão simbólica do contexto ao qual pertencem os indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Em relação à análise do conteúdo das entrevistas dos acadêmicos, inicialmente, foi realizado a leitura flutuante das falas com o intuito de compreender o conjunto das transcrições. Posteriormente, foram necessárias leituras sucessivas para que fosse possível identificar os núcleos de sentido relacionados às questões norteadoras que compuseram o roteiro da entrevista. Em seguida, foram identificadas as Expressões-Chaves (ECH) em cada resposta, representadas pelas falas literais dos estudantes. Destas expressões, foram construídas as Ideias Centrais (IC), que foram organizadas em categorias e agrupadas e divididas em temáticas para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). Vale destacar que cada temática surgiu como resultado das respostas das perguntas norteadoras realizadas pelo pesquisador durante as entrevistas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras sob o número do processo 883.162 (ANEXO B). A participação no estudo foi iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, assinado pelo convidado a participar da investigação, bem como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constam o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

O estudo respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Foi realizado, aos sujeitos do estudo, esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

O estudo possuiu riscos mínimos, já que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, mas poderia ter ocorrido insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estava

preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Após o término da pesquisa, as entrevistas gravadas e demais materiais utilizados foram guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação deste trabalho de conclusão de curso.

5. ANÁLISE E DISCURSÃO DOS RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 29 acadêmicos de enfermagem, dos quais 23 eram do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Isso se explica pelo fato do curso de Enfermagem ser historicamente formado majoritariamente por mulheres, uma vez que o gênero feminino em sua essência está atrelado à questão materna e consequente ao cuidado. Com relação à idade dos participantes dessa investigação constatou-se que a média de idade é 23 anos o que demonstra a jovialidade dos estudantes. Em relação ao estado de origem a predominância de alunos é da Paraíba com 17 alunos, porém, por ser a Universidade localizada numa região de fronteira constatou-se nessa investigação alunos de outros estados como: Ceará (cinco); Pernambuco (dois); Rio Grande do Norte (três); Alagoas (um); São Paulo (um).

5.2. APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS

Temática 01- Suporte Básico e Avançado de vida a partir dos conhecimentos dos acadêmicos de Enfermagem.

Quadro 01- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 01. Cajazeiras-PB, 2015.

Categorias	N^a de Acadêmicos
Categoria 01- Conhecimentos dos acadêmicos sobre Suporte Básico e Avançado de Vida	15
Categoria 02- Facilidades sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida	13
Categoria 03- Dificuldades sobre o conteúdo	11

ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida	
---	--

A primeira categoria aborda sobre a fragilidade do conhecimento dos acadêmicos acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram 15 acadêmicos (ACAD.02; ACAD.03; ACAD.04; ACAD.05; ACAD.06; ACAD.08; ACAD.09; ACAD.11; ACAD. 13; ACAD.14; ACAD.16; ACAD.19; ACAD.21; ACAD.25; ACAD.27).

Categoria 01- Conhecimentos sobre Suporte Básico e Avançado de Vida.

DSC01- *Suporte Básico são os primeiros cuidados que se dá a um paciente em qualquer situação de emergência, são ações mais básicas para estabilizar o paciente, é o mínimo que a gente possa fazer. Vai ser utilizado diante de uma situação, por exemplo, que a gente possa amenizar a dor, um paciente com estado febril, ou que desmaia por causa de uma hipoglicemia, ou no caso de um acidente onde tenha fratura. O suporte básico poderia auxiliar para que pudesse estancar algum sangramento ou hemorragia decorrente, faria a manutenção do sistema venoso para evitar perda excessiva de líquidos, estancamento de hemorragias com compressões no local, talas para imobilização de possíveis fraturas, poderia ser utilizado também, num pico hipertensivo que o paciente está se sentindo mal, ou no aumento da glicemia de um portador de diabetes que necessita de atendimento. Nos procedimentos do suporte básico entra a questão de aferir os sinais vitais do paciente, fazer a anamnese, tem também essa questão da escuta de tentar controlar ali a situação do paciente, fazer um exame físico e a partir daí serão realizados um acesso periférico, uma medicação simples como dipirona, um anti-hipertensivo ou um diurético. Já o Suporte Avançado de Vida é aquele suporte mais bem estruturado, com mais equipamentos, com mais recursos materiais, que tem um aparato maior para a sua realização. Se usa em casos de AVC (Acidente Vascular Cerebral), em casos de hemorragias, de acidentes graves, num trauma mais grave com risco de TCE (Traumatismo cranioencefálico) , ou hemorragia interna com acúmulo de sangue em alguma cavidade, que vai drenar esse sangue, ou fazer alguma infusão de concentrado de hemácia, medicação central, ou o caso de intubação, tem até algumas ambulâncias que já tem o material de intubar no local do acidente, tem também a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) móvel que é quando você vai prestar o socorro mais aprofundado para que o paciente chegue ao hospital, esse é um suporte que tem mais*

procedimentos invasivos e mais específicos, tem a presença de um profissional médico, e os pacientes necessitam de um suporte mais avançado, então nesse suporte contém os equipamentos de intubação, de desfibrilação, até traqueostomia também pode fazer, entre outras coisas que podem ser usadas também na PCR (Parada Cardiorrespiratória), infarto, ou seja, quando há risco iminente de morte pro paciente.

Nota-se nesse DSC a imprecisão na definição do que realmente seria o Suporte Básico e Avançado de Vida, uma vez que os mesmos correlacionam essas ações de suporte com o trabalho feito pelas equipes do Suporte Móvel de Urgências, definindo como Suporte Básico aquele que pertence a ambulância básica, e o Suporte Avançado ao que é assistido pela ambulância avançada, nesse caso a Unidade de Suporte Avançado (USA).

Entende-se que o Suporte Básico de Vida (*Basic Life Support – BLS*) é um conjunto de procedimentos básicos de emergência, com o objetivo de fazer o atendimento inicial do paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR) e na aplicação das manobras de ressuscitação (FALCÃO; MEIRELES; FILHO, 2010).

A SBC, como já apresentando, define Suporte Básico de Vida como as ações realizadas durante os primeiros minutos de atendimento a uma emergência crítica em relação a sobrevivência da vítima, o SBV possui uma sequencia primária para salvar vidas, em uma situação de PCR utiliza-se um mnemônico para simplificar essa assistência, o “CABD”, onde o “C” corresponde a Checar responsividade e respiração da vítima, Chamar por ajuda, Checar o pulso da vítima e Compressões (30 compressões); “A” Abertura das vias aéreas, “B” Boas ventilações (2 ventilações), “D” Desfibrilação. Por mais eficiente e adequado que seja o suporte avançado, se as ações do suporte básico não tiverem sido realizadas de maneira adequada, a possibilidade de sobrevivência de uma vítima de PCR será extremamente baixa. (SBC, 2013).

Identifica-se, então, a imprecisão dos acadêmicos não só sobre a definição de Suporte Básico de Vida (SBV), mas também em que contexto esse suporte acontece. O SBV apresenta-se, na fala dos estudantes, como uma atividade confusa, visto que acaba agregando elementos de outros tipos de atendimento, como por exemplo, às urgências clínicas realizadas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o que evidencia fragilidade no conhecimento sobre esse tema.

Corroborando com esse discurso sobre a fragilidade de conhecimento sobre SBV, Josipovic, Webb e Mc Grath (2009), em investigação que incluía estudantes de enfermagem na Austrália, observaram a dificuldade dos alunos em relacionar a proporção correta das

compressões, onde 17% dos participantes da pesquisa foram incapazes de identificar a proporção correta.

Ainda sobre o estudo supracitado, quando questionados sobre a relação da profundidade de compressões requeridas para uma RCP eficaz no tocante a SBV, foram obtidas resposta insuficientes, uma vez que 54% dos estudantes de enfermagem responderam a esta pergunta de forma incorreta, sendo, assim, incapazes de identificar compressões adequadas.

Esses achados convergem com os dados do estudo de Roh e Issenberg (2014), onde investigaram a qualidade da RCP no SBV relacionada a habilidades psicomotoras de estudantes de enfermagem. Foi avaliado por meio de observação estruturada usando manequins, que os alunos apresentaram desempenho abaixo do ideal, assim como a qualidade geral da RCP em compressões e ventilação não atenderam aos padrões estabelecidos pelas diretrizes da American Heart Association (AHA).

Conforme abordando anteriormente, a AHA enfatiza a necessidade da realização de uma RCP de alta qualidade, onde está incluída: Frequência de compressão mínima de 100/minuto; Profundidade de compressões mínimas de 5cm no adulto, 4cm no bebe e 5cm no máximo na criança; Retorno total do tórax após cada compressão; Minimização das interrupções nas compressões torácicas; e por fim, evitar excesso de ventilação (AHA, 2010), ações estas que irão garantir um melhor prognóstico ao paciente.

Já em relação ao Suporte Avançado de Vida (SAV), identifica-se no DSC01 um conhecimento sucinto e em alguns fragmentos incoerentes, como no caso da menção à traqueostomia como parte do SAV. Por sua vez, o SAV é entendido como a continuidade do SBV, onde há a realização de procedimentos mais complexos tais como: via aérea avançada se necessário (intubação traqueal), como também cuidados com a fixação do tubo endotraqueal; monitorização fisiológica; acesso venoso; infusões de medicamentos e avaliação de ritmo (AHA, 2010).

Nota-se, então, que há fragilidade no conhecimento sobre o protocolo do Suporte Básico e Avançado de Vida, segundo o Guidelines da AHA. Esta deficiência não está presente apenas nos estudantes de enfermagem desse estudo, mas faz parte da realidade de outros países (JOSIPOVIC, WEBB, MC GRATH, 2009; ROH, ISSENBERG, 2014).

A segunda categoria aborda as facilidades sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória, participaram desse DSC 13 acadêmicos (ACAD.01; ACAD.02; ACAD.03; ACAD.04; ACAD.06; ACAD.07; ACAD.08; ACAD.09; ACAD.11; ACAD.14; ACAD.18; ACAD.19; ACAD.20).

Categoria 02- Facilidades sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida.

DSC02- A facilidade envolve a questão da didática do professor que transfere clareza. Obtive conhecimento acerca do conteúdo, pois a professora era muito dinâmica e passava o assunto de forma bem descontraída. Ela é muito inteligente o que facilitou as coisas, e as aulas não era tão chatas como a maioria do curso, a gente teve um bom suporte teórico, esclareceu mais sobre as manobras, como se deve fazer mesmo, como a melhor forma, melhor posição, então a teoria ela supra um pouco das dúvidas que temos de conhecimento prévio que já existe, isso porque o conteúdo ministrado em sala de aula é de fácil acesso e não é tão difícil de compreender. Outras facilidades (no conteúdo ministrado) é saber lidar com a situação que é estressante, a partir disso eu consegui descrever e perceber melhor a situação do paciente, então o que a gente viu deu pra absorver muito bem e preparar para uma situação prática, em relação a parada a gente já ter passado no início da graduação pela disciplina de Primeiros Socorros nos faz ter uma noção do que é SBV(Suporte Básico de Vida) e SAV (Suporte Avançado de Vida), e o que facilitou mais ainda foi no final dos períodos passar pela disciplina de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e Urgência e Emergência, onde a gente retoma esses conhecimentos e ai sim a gente vai pra prática no laboratório, tem o boneco que a gente pode treinar como se faz a massagem cardíaca, como proceder com o desfibrilador, a gente viu na prática como deve proceder e juntou com a teoria, a professora passava bastante segurança aos alunos, a gente teve uma professora excelente que ao meu ver era perfeita, explicava muito bem, o conteúdo no geral era muito bom, eu acho que a professora soube repassar todos os procedimentos.

As facilidades abordadas no DSC02 referem-se as estratégias educacionais do professor que facilita o processo de ensino e aprendizagem, utilizando meios didáticos envolventes para esse fim. Desta forma, é imprescindível metodologias criativas afim de sensibilizar e fomentar o interesse dos alunos pelo conteúdo ministrado.

Para Freire (2005), há a necessidade de eliminar, no processo de ensino e aprendizagem, a concepção tradicional da educação nos métodos centrados na autoridade do educador que detém o saber. Então, ele mesmo, propõe uma educação conscientizadora que é parte da experiência e da percepção do educando. Entende-se, pois, que o processo de ensino e aprendizagem deve basear-se em metodologias criativas, abordando o conhecimento prévio,

fluindo daí questionamentos abertos, que viabilizam ao aluno ser agente ativo e pensante, crítico e reflexivo, sujeito às mudanças e transformações, o que possibilita maior interesse e apreensão do conteúdo abordado.

Outro ponto destacado como facilitador foi a existência de uma disciplina que aborda primeiro socorros no início da formação acadêmica, o que possibilita agregar saberes que irão se revistos e aprofundados ao longo do curso. Logo, a presença de mais de uma disciplina que discute sobre urgência e emergência, como também a associação com aulas práticas nos laboratórios, torna mais acessível a captação da temática supracitada.

Observa-se ainda no discurso a admiração e interação existente na relação aluno-professor, facilitando o processo de ensino e aprendizagem, já que o docente é um fator de grande importância no processo de construção do conhecimento.

A relação entre aluno-professor é bastante favorável e fornece segurança perante o novo, nesse caso, novos saberes. Considera que através do vínculo primário de afeto com o professor possa estar instaurando uma relação de familiaridade com o conhecimento que vem através deste profissional (FIGUEIREDO, 2001).

De acordo com o autor citado anteriormente, é atribuído ao professor fundamental importância no processo ensino/aprendizagem, e que o vínculo entre discente e docente rememora a relação de vínculo afetivo das primeiras inter-relações travadas nos laços familiares, o que contribui para a relação de educação.

Esse fenômeno de vínculo afetivo com o professor que rememora o vínculo familiar sadio, pode ser notado no estudo de Couto (2004), onde pode-se perceber a importância das interações sociais e do fenômeno emocional no processo de aprendizagem.

Sendo assim, a utilização de estratégias educacionais ativas pelo professor juntamente com a relação existente entre o mesmo e os alunos, facilitaram o processo de aprendizado e o controle emocional diante de situações de estresse trazidas pelas urgências e emergências.

Porém, mesmo diante das facilidades mencionadas, o que se percebe são incongruências com relação ao saber acerca do SBV e SAV, visto que no DSC01, os alunos se distanciaram das definições corretas sobre esses eventos, o que demonstra que existe a necessidade de aliar às estratégias educacionais ativas e a criação do vínculo professor e aluno, metodologias que possam avaliar permanente o conhecimento dos alunos sobre assunto tema desta investigação, pois a partir do momento em que esses estudantes consigam apreender efetivamente tal conteúdo, irá repercutir positivamente em sua futura prática profissional.

A terceira categoria fala sobre as dificuldades sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória. Participaram desse DSC 28 acadêmicos (AC.01; AC.02; AC.03; AC.04; AC.05; AC.06; AC.07; AC.08; AC.09; AC.10; AC.12; AC.13; AC.14; AC.15; AC.16; AC.17; AC.18; AC.19; AC.20; AC.21; AC.22; AC.23; AC.24; AC.25; AC.26; AC.27; AC.28; AC.29).

Categoria 03- Dificuldades sobre o conteúdo ministrado na graduação sobre Suporte Básico e Avançado de Vida.

DSC03- É uma cadeira com carga horária mínima, faltou mais práticas, a faculdade ficou devendo pra gente um ambiente que pudéssemos desenvolver o que foi aprendido na sala. Então, para se ter a formação de um profissional habilitado pra atuar na questão de urgência e emergência você tem que aliar a teoria a prática, as aulas no campo de estágio também é muito reduzido, e essas práticas muitas vezes são insuficientes, são em pequena quantidade e não supra o que a gente tanto precisa, aprendemos mesmo com a vivência e não com a Universidade na graduação em si, a gente foi ao campo prático para conhecer, principalmente para conhecer a estrutura da unidade básica e avançada (ambulância), mas isso não foi suficiente porque apenas conhecemos como é realizado o procedimento, a gente não realizou, não tivemos a oportunidade de realizar no campo prático, a gente fica só restrito a Universidade nas aulas teóricas. Senti carência na parte dos estágios extra-muros e também a questão do material da própria Universidade que a gente deveria ter mais materiais para que conseguíssemos realmente ter uma percepção melhor, os laboratórios poderiam ser mais equipados e equipamentos novos, ter uma única professora para administrar uma disciplina com bastante conteúdo, conteúdos pra duas cadeiras, um peso muito grande na formação, não sei se pelo fato dela administrar a disciplina todinha sozinha, acredito que foi um ponto fraco, outra dificuldade é que a gente não tem um campo prático de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e muito menos de Primeiros Socorros, cheguei a sentir falta de mais aulas práticas, mas é porque é da ementa do curso, acho que não tem como a professora mudar isso.

No DSC03 nota-se que a principal dificuldade enfrentada pelos acadêmicos foi a falta de práticas no campo de estágio que acaba não sendo suficiente para suprir suas

necessidades, assim como a carga horária da disciplina que chega a ser deficiente para a quantidade de conteúdos ofertados.

Uma questão ainda muito discutida no âmbito acadêmico e que ainda não foi superada é a dicotomia entre teoria-prática, que está atrelada a educação, principalmente a área da saúde que tanto necessita dessa aliança, sendo assim um desafio a ser superado.

O ensino de enfermagem não prepara suficientemente o enfermeiro para o exercício profissional o que o torna pouco adequado ao mercado de trabalho, afirmação esta, que muitas vezes é constatada pela manifestação da dicotomia presente entre teoria e prática (ITO et al, 2006).

Diante do exposto fica evidente a necessidade de mudanças no ensino, já que a formação profissional está diretamente ligada ao bom desempenho no mercado de trabalho. Logo, superada a dicotomia existente na formação acadêmica, há uma maior adequação ao mercado de trabalho.

Na formação do enfermeiro o grande desafio é passar o que é determinado pela Lei de Diretriz e Bases da Educação Nacional (LDB) e pelas Novas Diretrizes Curriculares ao formar profissionais superem o domínio teórico-prático que é exigido pelo mercado de trabalho, sendo inseridos e valorizados no mundo de atividades (ITO et al, 2006).

Portanto, superando a lacuna presente no quesito da insuficiência das práticas, irá contribuir na formação do aluno, já que ao inserir o estudante na realidade em que ele está envolvido, facilitará na construção de novos conhecimentos, habilidades e atitudes no SBV e SAV, e consequentemente uma ação mais ética, eficiente e eficaz.

Outro ponto abordado no DSC é a deficiência de materiais e estruturas físicas que possam possibilitar o exercício de tais atividades de urgência e emergência. Essa é uma realidade nacional, onde historicamente o ensino superior não é uma prioridade de governo. Além disso, em decorrência da crise econômica que atinge o país, as universidades públicas vêm sofrendo redução de investimentos, o que dificulta a aquisição de novos recursos materiais, bem como a realização de concursos para professores que possam suprir a deficiência existente em diversas instituições de ensino, problemática esta apontado inclusive nesta pesquisa pelos alunos, já que a sobrecarga no conteúdo pode prejudicar na formação.

Temática 02- Parada Cardiorrespiratória e a interface com os saberes dos acadêmicos de Enfermagem

Quadro 02- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 02. Cajazeiras-PB, 2015

Categorias	N^a de Acadêmicos
Categoria 04- Imprecisão na identificação da Parada Cardiorrespiratória	11
Categoria 05- Acertos nos procedimentos em situação de Parada Cardiorrespiratória	8
Categoria 06- Insegurança ao realizar a Parada Cardiorrespiratória	11
Categoria 07- Sugestões para o aperfeiçoamento do conteúdo na formação acadêmica	14

A quarta Categoria nos mostra a imprecisão dos acadêmicos na identificação de uma Parada Cardiorrespiratória, tendo participado desse DSC 11 acadêmicos (ACAD.03; ACAD.05; ACAD.08; ACAD. 10; ACAD. 13; ACAD.14; ACAD.15; ACAD.25; ACAD.26; ACAD.27; ACAD.28).

Categoria 04- Imprecisão na identificação da Parada Cardiorrespiratória

DSC04- Os sintomas serão a dor precordial, acompanhada de sudorese, pele fria e pegajosa, taquipnéia com frequência respiratória aumentada, pode ter taquicardia ou bradicardia, eu identifiquei uma paciente com PCR (Parada Cardiorrespiratória) primeiro verificando cianose das extremidades. Outro ponto é que podemos ver a questão da diminuição da pressão arterial, e a diminuição da perfusão periférica que é um bom sinal para descrever a parada cardiorrespiratória, então o paciente vai apresentar um mal súbito, com pulso fino e fraco, vai apresentar ausência dos batimentos cardíacos, cansaço, com ausência de ausculta cardíaca, o pulso periférico é quase nulo, dor no peito, dificuldade para respirar, tosse, tontura, dor de cabeça, falta de ar, palidez, então, você vai identificar primeiro olhando o pulso periférico, e a ausência do pulso também será um indicativo de parada.

Sobre o DSC04, percebe-se a fragilidade na identificação de uma Parada Cardiorrespiratória (PCR), visto que os sintomas relatados não correspondem a PCR em si, mas a outras doenças e situações de urgências e emergências atreladas ao sistema cardiopulmonar.

De acordo com a American Heart Association (AHA), a PCR é a cessação da circulação e da respiração, sendo reconhecido pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração, em um paciente inconsciente (AHA, 2005). O reconhecimento da PCR se dá por meio da tríade: inconsciência; ausência de respiração e ausência de pulso (carotídeo ou femoral) (FALCÃO; MEIRELES; FILHO, 2010).

Por sua vez, o choque, situação confundida como PCR pelos estudantes, pode ser definido como uma síndrome clínica, caracterizada por desequilíbrio entre a oferta de oxigênio celular e tecidual, e nutrientes e seu consumo. Os principais sinais de disfunção orgânica acometem o sistema cardiocirculatório (o que pode levar a PCR), sistema nervoso central, respiratório, digestório, urinário, hematológico e a pele (ONARI; FALCÃO, 2010).

Segundo os autores supracitados, os sinais clínicos de disfunção orgânica nos diversos sistemas devido à má perfusão tecidual em decorrência do choque são: Alteração no nível de consciência (rebaixamento, agitação, quadro confusionais, etc); hipotensão arterial, tempo de enchimento capilar lentificado, extremidades frias, elevações dos níveis de lactato ($>2\text{mmol/L}$); desconforto respiratório (taquipnéia, dispneia, etc), hipóxia, hiperventilação ou hipoventilação, estase, obstrução intestinal, elevação das enzimas hepáticas, perda da função hepática, oligúria, insuficiência renal aguda, plaquetopenia, trombozes, alargamento dos tempos de coagulação, tendência a diátese hemorrágica, pele pegajosa e fria, livedo reticular, etc. Alguns desses elementos foram apontados no DSC dos estudantes como sendo características da PCR.

Nota-se assim, a incoerência do discurso ao descrever os sintomas da PCR, já que segundo a AHA (2010) os sintomas são: inconsciência; ausência de pulso central e ausência de respiração, então o que se pode observar foi a correlação da PCR com estado de Choque.

Com isso, observa-se o despreparo dos acadêmicos em identificar uma PCR, de acordo com seus sintomas, fazendo-se necessário a reflexão crítica e reformulação tanto a nível de disciplina quanto ao Projeto Político Pedagógico do curso.

Na quinta categoria são abordados os acertos sobre a melhor forma de atender um paciente em situação de PCR. Participaram desse DSC 8 acadêmicos (ACAD.01; ACAD.06; ACAD.07; ACAD.10; ACAD. 11; ACAD.14; ACAD.26; ACAD.27).

Categoria 05- Acertos nos procedimentos em situação de Parada Cardiorrespiratória

DSC05- Independente do local eu iria primeiro fazer uma visualização do espaço, pois nesse caso o protocolo diz que a primeira coisa que se deve fazer é a segurança da cena, para não colocar a vida do profissional em risco e complicar ainda mais a situação. Chegar até a vítima, identificar a parada cardiorrespiratória, caso confirmada, chamar o serviço especializado de urgência, afastaria o pessoal do local, deixaria a vítima deitada e começaria as compressões, já para não perder a atividade do músculo, então nas manobras eu iria seguir o CAB, as compressões geralmente são 30 compressões para 2 ventilações se você tem auxílio, mas se você estar sozinho tenta fazer 100 compressões por minuto, justamente para não perder esse aporte sanguíneo ao cérebro e diminuir as sequelas da vítima, no caso de está acompanhado e perceber uma PCR (Parada Cardiorrespiratória), você pede que acionem o serviço de urgência e começa a prestar a assistência, de acordo como o novo protocolo você pode fazer apenas as compressões caso você não saiba ou se sinta seguro para fazer a respiração boca-boca, mas que sejam compressões firmes e contínuas, é muito importante também, antes de tudo, entrar em contato com o paciente, tentar alertá-lo pra ver se realmente está parado, nunca se expor ao paciente se não conhecê-lo, enquanto isso o individuo que foi pedir ajuda deve afirmar que é um quadro de PCR e pede para trazer o dispositivo, o DEA (Desfibrilador Externo Automático), caso ele não ressuscite você pode utilizar o DEA e quando ele chegar os outros profissionais vão atuar realizando o choque, seguido de massagem, há também aquelas técnicas para ajudar na respiração que se eu não me engano é Shin-lift e Shaw –thrust, e você pode também utilizar a cânula de guedel em pacientes inconscientes para evitar a queda da língua.

No DSC05 observa-se coerência no que se refere ao atendimento prestado ao paciente vítima de PCR, seja estando sozinho ou acompanhado. Identifica-se também o conhecimento dos acadêmicos em relação ao protocolo do Suporte Básico de Vida (BLS) da America Heart Association (AHA), quando dizem que devem seguir o CAB e dá prioridade as compressões torácicas.

De acordo com o Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) da AHA (2010), a avaliação de SBV é uma abordagem sistêmica, onde enfatiza a RCP e a desfibrilação precoce, não inclui intervenções avançadas, como técnicas de via aérea avançada ou administração de medicamentos. A execução das ações da Avaliação de SBV aumenta significativamente a possibilidade de sobrevivência do paciente, assim como um bom resultado neurológico.

No discurso relatado acima pode-se perceber essa abordagem sistêmica para se realizar o SBV, nota-se também o conhecimento dos acadêmicos em relação a como se deve agir diante de uma possível vítima de PCR, seja num ambiente intra ou extra-hospitalar.

O DSC05 vai de encontro ao DSC04, já que são abordados os acertos, porém há mais estudantes na construção do DSC04, o que demonstra que há mais fragilidades em relação aos erros do que a potencialidade nos acertos.

É importante relatar também que para a construção do DSC05 participaram 08 acadêmicos, uma minoria se comparado ao DSC01, que aborda as fragilidades do conhecimento sobre Suporte Básico e Avançado de Vida, tendo 15 acadêmicos, o que faz as fragilidades superarem os acertos desse assunto abordado.

Em 2009, baseado no algoritmo da AHA no atendimento à PCR, após acionarem uma equipe de suporte avançado e solicitarem o desfibrilador, eram realizadas 2 ventilações de resgate, seguidas de 30 compressões torácicas. Entretanto, atualmente, foi constatado que a taxa de sobrevivência pós PCR é três vezes maior em pessoas que foram submetidas apenas às compressões torácicas (FERREIRA JUNIOR, 2010).

Com essa mudança no algoritmo, as compressões passaram a serem prioridades no atendimento à vítima de PCR, uma vez constatada que seus benefícios são maiores quando o seu intervalo de tempo é reduzido para sua realização. Essa mudança de conduta faz parte das novas diretrizes da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR) que no ano de 2010, passaram a valer em todo o mundo (GOMES; BRAZ, 2012), o que foi constatado na presente pesquisa pelo DSC dos estudantes.

Por fim, é importante destacar que no DSC05, não foi possível observar menção aos procedimentos na PCR com base no SAV, o que evidencia que os acadêmicos ainda estão limitados aos procedimentos mais simples e de complexidade inferior nessa situação de cuidado crítico.

A sexta categoria nos mostra a insegurança dos acadêmicos ao realizar uma Reanimação Cardiopulmonar (RCP) ou presenciar uma PCR. Participaram desse DSC 11

acadêmicos (ACAD.06; ACAD.08; ACAD.18; ACAD. 19; ACAD.20; ACAD.22; ACAD. 23; ACAD.24; ACAD.25; ACAD.26; ACAD.27).

Categoria 06- Insegurança ao presenciar a Parada Cardiorrespiratória

DSC06- Eu não me sinto totalmente preparado não, porque em muitas situações eu demorei a agir de forma coerente, porque não tinha muita prática ou muito conhecimento da situação, já que a prática que a gente tem na faculdade é pouca, e isso a gente só vai desenvolver com a vivência mesmo, quando passar a trabalhar. Bom, já presenciei uma PCR (Parada Cardiorrespiratória) e quando eu cheguei o paciente já estava em parada, aí eu até fiz a massagem lá e tudo, só que não deu certo, ele não retornou, ele também já era idoso, eu lembro que uma coisa que foi errada foi o paciente está em uma maca com o colchão fofo, já dificultando, então, a gente sabe muita coisa na teoria, mas que na prática acaba que não realizando, a falta de prática também leva você a não ter confiança no que está fazendo. Penso que poderia até atrapalhar, prejudicar o paciente, sei lá, ainda não tenho capacidade suficiente para me deparar com uma situação dessa e para socorrer, mas a solução é resgatar o que foi me passado teoricamente pra que eu possa atuar na prática. É complicado, existe a dificuldade na realização da ação, mas tento aplicar tudo aquilo que aprendi, mesmo não me sentindo seguro, essa minha insegurança é pela falta de prática principalmente, confesso que na minha personalidade em relação a questão de urgência e emergência não sou tão habilidoso, principalmente a emergência que eu não me sinto tão seguro.

Observa-se no DSC06 que há insegurança em realizar procedimentos voltados à PCR. Essa insegurança é justificada pelos estudantes em decorrência das poucas experiências e vivências práticas, o que já foi observado na Categoria 03 sobre as dificuldades no conteúdo ministrado na graduação acerca do SBV e SAV. Outro ponto identificado no discurso foi o receio e medo de causar danos à vítima de PCR, nota-se então, um despreparo para atuar nessa situação de estresse.

No campo de estágio, enquanto acadêmicos, ao presenciar uma parada cardiorrespiratória, vivencia-se um misto de sentimentos, como o medo, a insegurança e o despreparo para atuar diante dessa situação crítica. O conhecimento teórico adquirido pelos alunos em sala de aula, não é suficiente para que participem ativamente e com segurança no atendimento à PCR (GOMES; BRAZ, 2012).

Ainda de acordo com autores citados acima, esse tema paralisa os acadêmicos pelo fato de imaginarem que a realização de uma conduta incorreta pode custar à vida de um ser humano, e que habilidade e raciocínios rápidos não são os únicos requisitos para um atendimento eficaz. Faz-se necessária a associação entre teoria e prática, o que deve ser imprescindível para atender uma vítima de PCR. O exposto acima corrobora com que se encontra no discurso, quando o sujeito relata sobre a dificuldade e a demora de agir com coerência.

Conforme o estudo de Gomes e Braz (2012) percebeu-se que o conhecimento teórico adquirido até o momento pelos estagiários, não foi o suficiente para que pudessem participar ativamente e com segurança na situação de parada cardiorrespiratória.

Essa insegurança proporciona estresse, cansaço, ansiedade e depressão. Situações que colocam a segurança do paciente, bem como a da equipe e dos estudantes em risco, sendo necessários intervenções a fim de sua prevenção.

Neste trabalho também houve esse questionamento, uma vez que 11 acadêmicos relatam sentirem insegurança ao presenciarem uma PCR, deixando assim uma dúvida sobre sua atitude diante de uma situação estressante.

Na sétima categoria destaca-se as sugestões para o aperfeiçoamento do conteúdo na formação acadêmica, participaram desse DSC 14 acadêmicos (ACAD.01; ACAD.02; ACAD.03; ACAD.04; ACAD.05; ACAD.06; ACAD.09; ACAD.10; ACAD.13; ACAD.14; ACAD.18; ACAD.20; ACAD.21; ACAD.24).

Categoria 07- Sugestões para o aperfeiçoamento do conteúdo na formação acadêmica

DSC07- Mais práticas, porque é a pratica quem realmente ensina o aluno, mais horas de aula, pois acho a carga horaria desse assunto muito pequena, colocar mais professores para dar mais suporte, porque uma professora sozinha fica com muitas responsabilidades, então tendo dois ou ate mais ficaria bem melhor, um daria a teoria e outro a prática, não ficar se limitando apenas as aulas práticas no hospital, mas abrir também para as UPA's (Unidades de Pronto Atendimento) as unidades de pronto atendimento, para os SAMU's (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), tendo esse acompanhamento o aluno vai ter mais conhecimento da realidade, deve ser estimulada a prática individual diante de um paciente, ou de qualquer coisa, porque quando cada um se ver na situação é que pode ser capaz de minimizar a dificuldade que sente diante da situação, é interessante correlacionar a teoria com a prática que é o maior déficit da graduação por mim percebida e pelos meus demais

colegas, essas aulas práticas deveriam ser trabalhadas em laboratórios equipados o suficiente para os alunos se sentirem preparados para atuar, leva-los para por a mão na massa, fazer os procedimentos de uma forma no mínimo parecido com a realidade na hora da necessidade, colocar também alguns vídeos, alguma dinâmica que abrangesse um fato como se fosse real e não fictício, acredito que uma simulação teria muito mais aprendizagem do que só uma simulação em sala de aula, há uma carência também quando chega na parte infantil em que os protocolos são totalmente diferentes e que a gente só ver infelizmente no adulto, eu acho que deveria ter mais disciplinas práticas que ajudassem a gente a agir nesse momento de urgência e emergência, muitos alunos já fizeram curso de APH (Atendimento Pré-Hospitalar) na graduação, eu acho que é uma maneira deles tentarem se aperfeiçoar de um suporte que a gente não tem tanto na Universidade, e se a gente estar procurando é porque temos uma deficiência. Eu acho importante desmembrar a disciplina e ampliar a carga horária, como agora vai ser 10 períodos no curso de Enfermagem eu acho que uma boa oportunidade de desmembrar seria essa, então poderia ter algum tipo de avaliação para as coisas práticas, porque quando o aluno tem uma avaliação de provas práticas ele acaba se dedicando mais aquilo e aprende mais conseqüentemente.

Observa-se no DSC07 que uma das sugestões está implicada com a lacuna presente nas vivências práticas, a qual foi apontada no DSC03 como deficiente a carga horária destinada à PCR. Logo, há a necessidade de ampliação de ofertas das aulas teórico-práticas, assim como o uso de campo de estágios diversificados, não só no laboratório ou no próprio hospital, mas como os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e serviços de pediatria, conforme observados no DSC supracitado.

A prática diminui a sensação de medo e insegurança existente entre os acadêmicos, já que presenciar situações de urgências que encontrará futuramente como profissional, diminuirá tal sentimento, uma vez que já estará pronto e terá experiência em alguns procedimentos para um atendimento adequado.

De acordo com Bosquetti e Braga (2008), a vivência do estágio curricular tem grande importância ao conhecer essas manifestações, pois com isso os professores poderão trabalhar melhor os medos, a ansiedade e as emoções sentidas pelos alunos ao entrarem em contato com o ambiente onde são desenvolvidos cuidados críticos.

Ficou demonstrado no estudo de Fernandes et al (2013) que a dificuldade em conseguir campos de práticas é a superlotação do espaço, uma vez que é grande o número de

faculdades de Enfermagem e os cenários de práticas em saúde são poucos, o que interfere o processo de formação dos alunos.

Ainda sobre o estudo supra citado, a dificuldade no campo de prática faz com que muitos cursos desenvolvam algumas atividades em laboratórios virtuais, levando o aluno a um distanciamento com o cliente, tornando o processo de formação livresco, sem uma aderência às práticas em saúde.

Talvez isso explique de certa forma o motivo de poucas práticas reladas no discurso. De fato existem poucos cenários de práticas disponíveis para o número de alunos de Enfermagem existentes na região, o que faz surgir uma superlotação nas instituições de saúde. Com isso, uma das soluções das instituições de ensino superior de saúde seria equipar os laboratórios de forma a suprir tais necessidades, e para isso fazem-se necessárias simulações que se assemelhem a situações reais. Além disso, é imprescindível ampliar as redes de parcerias com as instituições de saúde, afim de elevar o leque de opções de campo de práticas e conseqüentemente qualificar o processo de aprendizagem dos alunos em situações de SBV e SAV na PCR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo geral, averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória. Priorizou-se os acadêmicos do oitavo e nono período, pois os mesmos já haviam passado por todas as disciplinas teórico-práticas.

Durante a análise foi possível perceber, o despreparo dos acadêmicos, assim como suas inseguranças relacionadas à PCR. A falta de práticas os deixam receosos, responsabilizando a instituição de ensino por não disponibilizar ambientes que os preparem melhor às situações estressantes de emergências, que requerem conhecimento e habilidade para agirem com rapidez no atendimento.

As fragilidades no conhecimento sobre Suporte Básico e Avançado de Vida, e sobre os sinais da Parada Cardiorrespiratória foram evidenciadas durante a análise desse estudo, o que pode colocar em risco a segurança do paciente.

Esta pesquisa identificou também as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos acadêmicos sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida na PCR durante todo seu percurso na instituição, onde receberam as informações necessárias sobre o assunto trabalhado neste trabalho.

O estudo mostrou a necessidade do fortalecimento na formação acadêmica dos futuros enfermeiros, já que, aumentando as práticas e aproximando os acadêmicos da realidade que irão enfrentar diminuirá essa lacuna existente no aprendizado, assim como deixar claro a real função do Suporte Básico e Avançado de Vida na PCR.

É importante ressaltar que os resultados obtidos nessa investigação possuem limitações, uma vez que foi realizada com apenas duas turmas da instituição de ensino superior pública, não podendo generalizar as demais turmas e todas as demais instituições de ensino superior pública do Brasil, pois depende do plano de aula dos professores e do plano de curso das Instituições, assim como a realidade da região em oferecer mais cenários práticos em saúde para os estudantes dessa área específica.

Destaca-se também que muitos acadêmicos ficaram receosos em responder as perguntas, pois tinham insegurança sobre seus conhecimentos nessa área, sendo também uma limitação para o desenvolvimento do estudo.

Essa área trabalhada ainda requer muita exploração, o ambiente acadêmico é a base para a formação profissional e a ingressão ao mercado de trabalho, por esse motivo tem que se

buscar constantemente estratégias que melhorem o processo de formação para atender as demandas requeridas pelo novo contexto mundial, assim como investigar sobre como está sendo conduzida essa formação. Os profissionais devem ser capazes de enfrentar os desafios que apontam nos seus serviços de saúde e para isso, estes devem ser preparados para enfrentar com consciência e senso crítico.

Por tal razão, esta pesquisa tem por finalidade despertar e sensibilizar novas discussões sobre o cenário acadêmico, como está sendo realizada a formação dos novos enfermeiros, dando ênfase aos conhecimentos dos alunos sobre como trabalhar nas emergências e serviços de saúde, pois estes farão parte do atual mercado de trabalho. Por fim, nota-se a necessidade da realização de novas pesquisas, principalmente as de cunho intervencionistas, para assim mudar uma determinada realidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION- AHA. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation**, v. 112, n. 24, p.IV- 1-IV-211, dez 2005. Suplemento 1.

_____. **Destaque das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. 2010.**

_____. **Suporte Avançado de Vida Cardiovascular (ACLS) - Manual do Profissional.** Guarulhos: Sesil LTDA, 2012.

ALMEIDA , A. O. et al. Conhecimento teórico dos Enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.08, mar/abr. 2011.

ALVES, C. A; BARBOSA, C. N. S; FARIA, H. T. G. Parada Cardiorrespiratória e Enfermagem: O conhecimento acerca do Suporte Básico de Vida. **Cogitare Enfermagem.** São Sebastião do Paraíso, v. 18, n. 2, p. 296-301, abr-jun. 2013.

ARAÚJO, I.E.M. Ressuscitação Cardiorrespiratória. In: CINTRA, E.A, NISHIDE, V.M, NUNES, W.A, organizadores. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico.** São Paulo: Atheneu; 2000.

BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. Capacitação Teórica do Enfermeiro para o Atendimento da Parada Cardiorrespiratória. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1019-27, nov/dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 27 ago 2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência,** Brasília: Ministério da Saúde 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BOSQUETTI, L. S; BRAGA, E. M. Reações comunicativas dos alunos de Enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v. 42, n. 4, p. 690-96, 2008.

CABRAL, A.P.S; SOUZA, W.V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** Recife, v. 11, n. 4, p. 530-40, 2008.

CANOVA, J. C. M. **Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar:** vivências da equipe de enfermagem de um hospital escola. 2012. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2012.

CHUGH, S. S. et al. Current burden of sudden cardiac death: multiple source surveillance versus retrospective death certificate-based review in large U.S. community. **Journal of American College of Cardiology**, United States, v. 44, n. 6, p. 1268-75, 2004.

COUTO, M. M. **A influência da relação Professor/Aluno no Processo de Aprendizagem**, 2004. 38f. Monografia (pós-graduação em Psicopedagogia). Universidade Candido Mendes. Rio de Janeiro, 2004.

DAL SASSO, G.T. M.; SOUZA, M. L. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, jun 2006.

DOLOR, A. L. T. **Atendimento Pré-Hospitalar:** Histórico do papel do Enfermeiro e os desafios ético-legais. 2008. 118f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de São Paulo. São Paulo. 2008.

DUARTE, S. J. H; LUCENA, B. B; MORITA, L. H. M. Atendimento prestado pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** Cuiabá, v. 13, n. 3, p. 502-7, jul/set 2011.

FALCÃO, L. F. R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. **Emergências – Fundamentos e Práticas.** São Paulo: Martinari, 2010.

FALCÃO, L. F. R; MEIRELES, N. M. O; FILHO, G. S. F. Ressuscitação Cardiopulmonar Cerebral. In. FALCÃO, L. F. R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. **Emergências – Fundamentos e Práticas.** São Paulo: Martinari, 2010.

FERNANDES, J. D. et al. Aderência de Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Escola Anna Nery.** Salvador, v. 17, n. 1, p. 82-89, jan-mar. 2013.

FERREIRA JUNIOR, D.A. **Manobras de reanimação cardiorrespiratória no ensino Fundamental:** uma proposta da Educação Física. Volta Redonda, 2010. 52f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Aranha. Centro universitário Volta Redonda - UNIFOA, Volta Redonda, 2010.

FIGUEIREDO, Ana Valéria de. **A representação do bom professor.** PUC- Rio, Dissertação de Mestrado em Educação [mimeo.], 2001.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 44 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 217p.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, J. A. P; BRAZ, M. R. Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Cadernos UNIFOA**, 18 ed. abr 2012.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO. E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

HAZINSKI, M. F. et al. Major changes in the 2005 AHA Guidelines for CPR and ECC: reaching the tipping point of change. **Circulation**, v. 112, supl 24, p. 206-11, 2005.

KAWAKAME, P. M. G. **Avaliação do processo ensino aprendizagem dos estudantes de graduação na área de saúde**: manobras de ressuscitação cardiopulmonar com desfibrilador externo automático. 2011. 201 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 02 ago. 2011.

ITO, E. E et al. O ensino de Enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopias x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-75, 2006.

JACOBS, I. et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein Templates for resuscitation registries. A statement for healthcare professionals from a task force of the Internacional Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Councils of Southern Africa). **Circulation**, Dallas, v. 110, n. 21, p. 3385-3397, nov. 2004.

JOSIPOVIC, P; WEBB, M; MC GRATH, I. Basic life support knowledge of undergraduate nursing and chiropractic student. **Australian Journal of Advanced Nursing**. v. 26, n. 4, p. 58-63, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EducS, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LIMA, S. G. et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, dez. 2009.

LINO, M. M; CALIL, A. N. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 777-783, 2008.

LOPES. J. B. **Enfermeiro em classificação de risco em Serviço de Emergência**: revisão integrativa. 2011. 37 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011.

LOURENCINI, R. R. **O ensino da ressuscitação cardiopulmonar em adultos na graduação de enfermagem**: uma revisão integrativa da literatura. 2011. 151 f. Dissertação

(Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2011.

LUZIA, M. F; LUCENA, A. F. Parada Cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30, n. 2, p. 328-337. jun 2009.

MACHADO, C.V; SALVADOR, F.G.F; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 519-28, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10^a. ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad Saude Publica**. 2008 ago; v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago 2008.

MORETTI, M. A.; FERREIRA, J. F. M. Um novo conceito: ressuscitação cardiocerebral. **Rev. Soc. Cardiol**. v. 20, n. 2, p. 224-229, 2010.

ONARI, E. S; FALCÃO, L. F. R. Choque. In. FALCÃO, L. F. R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. **Emergências – Fundamentos e Práticas**. São Paulo: Martinari, 2010.

PASCOE, T. et al. The educational needs of nurses working in Australian general practices. **Aust J Adv Nurs**. v. 24, n. 3, p. 33-7, 2007.

PAULA K. A.; PALHA P. F.; PROTTI S. T. Intersetorialidade uma vivencia pratica ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito oeste-Ribeirão Preto. **Rev Interface-Comunic Saúde Educ.**, Botucatu (SP), v. 8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

PFEIRER, G. M. Getting better at CPR: New AHA guidelines emphasize basic life support. **American J. Nurs**. v. 2, n. 19, 2006.

ROH, Y. S; ISSENBERG, S. B. Association of cardiopulmonary resuscitation psychomotor skills with knowledge and self-efficacy in nursing students. **International Journal of Nursing Practice**, v. 20, p. 674–679, 2014.

ROMANI, H. M. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SARDO, P. M. G.; DAL SASSO, G. T. M. Aprendizagem baseada em problemas em ressuscitação cardiopulmonar: suporte básico de vida. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 42, n. 4, dez. 2008 .

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia: **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. v. 101, n. 2, Supl. 3, ago 2013.

SERRANO, J. R. C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. (eds). **Tratado de cardiologia**. SOCESP. 2 ed. São Paulo: Manole; 2009.

SILVA, A. B.; MACHADO, R. C. Elaboração de Guia teórico de Atendimento em Parada Cardiorrespiratória para Enfermeiros. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 14, n. 4, p. 1014-1021, set. 2013.

SOUZA, M. F. M; ALENCAR, A. P. Mortalidade por Doença Cardiovascular no Brasil. In. JUNIOR, C. V. S; TIMERMAN, A; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009.

TIMERMAN et. al. Ressuscitação no Brasil e no mundo e o Ilcor (Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação): Histórias e consenso 2010 de Ressuscitação cardiopulmonar e emergências cardiovasculares. **Rev. Soc. Cardiol**. v. 20, n. 2, p. 207-233, 2010.

VAILLANCOURT, C; STIELL, I. G. Cardiac arrest care and emergency medical services in Canada. **The Canadian journal of cardiology**, v. 20, n. 11, p. 1081-1090, 2004.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de Saúde em Emergência e a Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr/jun. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros: _____
4. Tem filhos: () Não () Sim Quantos: _____
5. Cidade de origem: _____
6. Religião: _____
7. Mora sozinho () Com os pais () Outros familiares () Outros: _____
8. Financeiramente você é: Dependente () Independente () Parcialmente dependente ()
9. Você trabalha: () Não () Sim Qual atividade: _____

Questões norteadas:

1. O que você entende por Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida?
2. Descreva quais as características estão presentes na identificação da Parada Cardiorrespiratória:
3. Quais as ações realizadas ao paciente em Parada Cardiorrespiratória?
4. Qual a sua percepção das facilidades e dificuldades sobre o conteúdo ministrado na graduação acerca do Suporte Básico e Avançado de Vida na PCR?
5. O que você sugere para o aperfeiçoamento desse conteúdo na formação acadêmica?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) estudante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de conclusão de curso intitulada “**SUORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública**”, que tem como objetivo averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista que poderá ser gravada se você concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: identificação do panorama dos conhecimentos do Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória no âmbito acadêmico e conseqüentemente propor possíveis adequações na grade curricular.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: acadêmica de enfermagem **Fernanda Thamy Feitosa Valêncio**: (83) 9950-4122; e Orientador da pesquisa **Prof^a. Me. Marcelo Costa Fernandes**: (85) 9922-1287.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras, CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
Campus de Cajazeiras

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorespiratória: Conhecimentos dos Acadêmicos de Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior Pública**”, a ser desenvolvida pela pesquisadora **Fernanda Thamy Feitosa Valêncio**, sob orientação do Professor Marcelo Costa Fernandes, lotado na Unidade Acadêmica de Enfermagem, UAENF/CFP/UFCG, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, fica condicionada à apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa..

Cajazeiras, 03 de novembro de 2014


ANTÔNIO FERNANDES FILHO
DIRETOR CFP/UFCG

Antônio Fernandes Filho
DIRETOR DO CFP/UFCG
MATRICULA SIAPE Nº 1514508

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38578914.4.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 883.162

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa visa a conclusão do curso de enfermagem tratando-se portanto, de um TCC cujo tema é SUPORTE BÁSICO AVANÇADO DE VIDA NA CARDIORRESPIRATÓRIA: CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PÚBLICA tendo como público: "participantes desta investigação serão constituídos pelos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras. Será adotado como critérios de inclusão somente os estudantes regularmente matriculados no oitavo e nono período e que estão cursando as disciplinas "Estágios Supervisionado I – Rede Básica de Saúde" e "Estágio Supervisionado II – Rede Hospitalar", que no período 2014.2 correspondem a 59 alunos". A coleta de informações será realizada mediante entrevista semiestruturada sobre o tema.

Objetivo da Pesquisa:

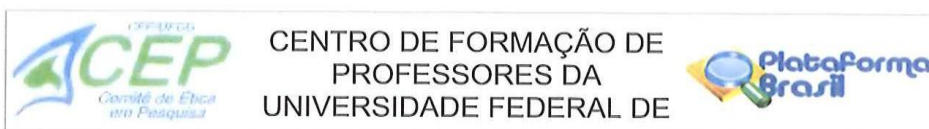
Averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública sobre o Suporte Básico e Avançado de Vida na Parada Cardiorrespiratória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisa se apresenta como possuindo riscos mínimos para os envolvidos uma vez que não envolve a realização de procedimentos invasivos. Podendo ocorrer insatisfação do entrevistado em

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br

CONTINUAÇÃO – PARECER CONSUBTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 883.162

decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa bem fundamentada se apresenta relevante para a percepção do conhecimento de temática tão significativa no campo da saúde e dos profissionais da área .

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados conforme obrigatoriedade com as devidas assinaturas dos responsáveis.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 24 de Novembro de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br