

**UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO  
ATUALIZA ASSOCIAÇÃO CULTURAL**

**RENATA OLIVEIRA GUERRIERI**

**ENTENDIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM  
DE UM HOSPITAL DE SALVADOR SOBRE PARADA  
CARDIORRESPIRATÓRIA**

Salvador  
2010

**RENATA OLIVEIRA GUERRIERI**

**ENTENDIMENTO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM  
DE UM HOSPITAL DE SALVADOR SOBRE PARADA  
CARDIORRESPIRATÓRIA**

Monografia apresentada à Universidade Castelo Branco e Atualiza associação Cultural, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Emergência.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Fernando Reis do Espírito Santo

Salvador  
2010

G935e Guerrieri, Renata Oliveira

Entendimento dos técnicos de enfermagem de um hospital de Salvador sobre parada cardiorrespiratória / Renata Oliveira Guerrieri. – Salvador, 2010.  
38f.; 50 cm.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Reis do Espírito Santo  
Monografia (pós-graduação) – Especialização *Lato Sensu* em Enfermagem em Emergência, Universidade Castelo Branco, Atualiza Associação Cultural, 2010.

1. Enfermagem em emergência 2. Parada cardiorrespiratória 3. Técnico de enfermagem 4. Entendimento I. Espírito Santo, Fernando Reis II. Universidade Castelo Branco III. Atualiza Associação Cultural IV. Título.

CDU 616-083

*Dedico esta monografia, aos meus pais, Antonio Renato e Edinilsa e em especial a minha querida e amada irmã por todo o incentivo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente, quero agradecer a Deus, porque sem a imensa fé que tenho na sua existência, jamais conseguiria colocar em prática meus objetivos.

Agradeço à Universidade Castelo Branco e Atualiza Associação Cultural por proporcionar meios para concluir este trabalho.

Agradeço também ao Hospital Santa Izabel por autorizar a coleta de dados nas unidades de internação.

Aos Técnicos de Enfermagem que colaboraram e autorizaram para que a coleta de dados fosse realizada.

*“Quase sempre fazemos algo por obrigação,  
mas o mais importante é fazer porque  
queremos”.*

(LEGRAND)

## RESUMO

Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a cessação das atividades cardíacas e respiratórias, tendo como sinais clássicos a ausência de pulso em grandes artérias, movimentos respiratórios agonizantes ou apnéia, diminuição do nível de consciência e midríase. A reanimação cardiopulmonar é a medida adotada para reverter uma situação de PCR. Este estudo tem como objetivo avaliar o entendimento dos técnicos de enfermagem de duas unidades de internação do Hospital Santa Izabel, sobre Parada Cardiorrespiratória, procurando avaliar desde o conceito até a atuação de cada um, em uma situação de PCR. Trata-se de uma abordagem qualitativa e descritiva, que utilizou como instrumento para coleta de dados, formulário semi-estruturado, aplicado a dezesseis técnicos em enfermagem que se encontravam em exercício profissional, na assistência direta aos pacientes durante o mês de janeiro de 2008. Os resultados da pesquisa demonstram que os técnicos de enfermagem possuem um conhecimento insuficiente a respeito da parada cardiorrespiratória, sendo sugerida para melhorar essa situação, reciclagem com cursos de capacitação e a construção de protocolos para poder uniformizar as ações e medidas tomadas.

**Palavras-chave:** Parada Cardiorrespiratória. Técnico de Enfermagem.  
Entendimento.

## RESUMEN

Parada Cardio Respiratoria (PCR) es la cesación de las actividades cardíacas y respiratorias, teniendo como señales clásicas, la ausencia de pulso en grandes arterias , movimientos respiratorios agonizantes o apnea, disminución del nivel de consciencia y midriase. La reanimación cardiopulmonar es la medida adoptada para revertir una situación de PCR. Este estudio tiene como objetivo evaluar el conocimiento de los técnicos de enfermería de dos unidades de internación del Hospital Santa Isabel , sobre Parada Cardio Respiratoria , tratando de evaluar desde el concepto hasta la situación de cada uno, en una situación de PCR. Se trata de un abordaje cualitativo y descriptivo, que utilizo como instrumento para la colecta de datos, formulario semi-estructurado , aplicado a dieciséis técnicos de enfermería que se encontraban en ejercicio profesional , en asistencia directa de los pacientes durante el mes de enero de 2008. Los resultados del estudio demuestran que los técnicos de enfermería poseen un conocimiento insuficiente al respecto de la parada cardio respiratoria, siendo sugerido para mejorar esta situación , reciclaje con cursos de capacitación y reconstrucción de protocolos para poder uniformizar las acciones y medidas tomadas.

**Palabras-claves:** Parada Cardio Respiratoria; Asistencia; Técnico de Enfermería.



# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA .....	12
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	20
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	20
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	21
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	21
3.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	21
<b>3.5.1 Definição de PCR</b> .....	<b>22</b>
<b>3.5.2 Sinais de PCR</b> .....	<b>24</b>
<b>3.5.3 Proporção entre massagem cárdica e respiração de resgate, antes da entubação</b> .....	<b>26</b>
<b>3.5.4 Terapêutica medicamentosa utilizada durante as manobras de PCR</b> .....	<b>26</b>
<b>3.5.5 Intervenção, por ordem de prioridade, do técnico de enfermagem frente a uma PCR</b> .....	<b>28</b>
<b>3.5.6 Materiais essenciais para uma manobra de reanimação cardiopulmonar</b> ....	<b>30</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>33</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>35</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	35
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	36
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

Parada cardiorrespiratória (PCR), segundo Araújo e Araújo (2001), pode ser definida como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória, ocorrendo danos celulares irreparáveis, em curto espaço de tempo. Assim sendo, o diagnóstico rápido, a pronta implementação das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) e o restabelecimento da função circulatória espontânea, dentro do menor tempo possível, são fundamentais para uma recuperação global das funções orgânicas do paciente, especialmente a neurológica.

Sendo considerada por ZAGO ET AL. (2006) como uma emergência médica em que o tempo decorrido entre o início do evento e a instauração das medidas de suporte básico e avançado, assim como o correto atendimento específico para cada situação clínica, constituem fatores decisivos para o sucesso terapêutico em uma reanimação cardiopulmonar.

A reanimação cardiopulmonar de acordo com Huddleston e Ferguson (2006) constitui um conjunto de procedimentos que devem ser adotados para manejar uma situação de parada cardiorrespiratória, incluindo medidas de suporte básico e avançado.

Devido a parada cardiorrespiratória ser a mais urgente de todas as emergências médicas, requerendo o mais rápido e perfeito atendimento, Alves (1976) determina que o sucesso na reanimação depende de um diagnóstico rápido, tratamento imediato e conhecimento adequado das medidas utilizadas para corrigir a cessação da atividade eficaz do coração.

Desta forma, devem existir condições mínimas de equipamentos e pessoal treinado para que os resultados satisfatórios possam ser obtidos, sendo para isto de acordo com López (1982), necessário uma familiaridade dos profissionais com o método, exigindo agilidade, rapidez de ação e obediência a uma hierarquia de prioridades na seqüência do atendimento. Portanto, faz-se necessário profissional perfeitamente treinamentos para atuar no processo, oferecendo dessa forma, mais velocidade e eficiência no procedimento de reanimação cardiopulmonar (RCP).

Dos componentes da equipe de saúde, os técnicos de enfermagem constituem os profissionais que prestam os cuidados nas 24 horas durante a assistência ao paciente, dessa forma, inúmeras vezes, costumam ser os primeiros a identificar sinais predisponentes de PCR, por isso tem importante papel nas intervenções a serem implementadas frente a essa situação de emergência, devendo estar sempre preparados para intervir, prestando os devidos cuidados ao paciente.

A escolha desse tema para estudo surgiu a partir da vivência da autora, enquanto enfermeira das unidades de internação do SUS, onde atuou nas manobras de reanimação cardiorrespiratória (RCP), constatando a importância do conhecimento técnico-científico do profissional Técnico de Enfermagem para desenvolver intervenções rápidas e seguras para o paciente, contribuindo efetivamente em todos os eventos do processo de RCR.

Durante este período, foi observado que os técnicos de enfermagem mostravam-se inseguros durante uma situação de PCR, o que prejudicava na assistência aos pacientes, a partir desta constatação que surgiu o interesse de pesquisar a respeito do entendimento teórico-prático destes profissionais de enfermagem.

O objetivo deste trabalho é avaliar o entendimento dos técnicos de enfermagem de duas unidades de internação do Hospital Santa Izabel, sobre Parada Cardiorrespiratória, procurando avaliar desde o conceito até a atuação de cada um, em uma situação de PCR.

Os sujeitos desta pesquisa são os Técnicos de Enfermagem lotados nas enfermarias São José e Santa Maria duas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital Santa Izabel, destinadas ao atendimento nas especialidades de cirurgias geral e oncológica, ortopedia e oncologia clínica onde a autora atuou por maior período.

Trata-se de uma abordagem qualitativa e descritiva, que utilizou como instrumento para coleta de dados, formulário semi-estruturado, aplicado a dezesseis técnicos em enfermagem que se encontravam em exercício profissional, na assistência direta aos pacientes durante o mês de janeiro de 2008.

Este estudo está constituído de dois momentos, onde primeiro buscou-se embasamento teórico sobre o tema Parada Cardiorrespiratória, com a finalidade de

oferecer subsídio para analisar as respostas dos entrevistados, e no segundo momento deu-se a apresentação e discussão dos resultados. A análise dos dados foi realizada através da literatura e interpretação das respostas dos sujeitos, a partir da transcrição dos discursos e técnica de análise de conteúdo, comparando-os com a literatura referenciada.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Araújo e Araújo (2001) definem Parada Cardiorrespiratória (PCR) como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficácia circulatória ou por cessação da função respiratória ocorrendo danos celulares irreparáveis, em curto espaço de tempo. Deve-se ter em mente que lesões cerebrais graves e potencialmente irreversíveis ocorrerão logo após os primeiros cinco minutos de PCR em normotermia. Assim sendo, o diagnóstico rápido, a pronta implementação das manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) e o restabelecimento da função circulatória espontânea, dentro do menor tempo possível, são fundamentais para uma recuperação global das funções orgânicas do paciente, especialmente a neurológica.

Pires, Ferreira e Rezende (1999) afirmam que o tempo máximo de anóxia suportado pelo cérebro é muito variável, dependendo das condições existentes, percebe-se que quanto mais jovem o paciente, maior a capacidade de tolerar a isquemia cerebral. Apenas para fins didáticos, considera-se cinco minutos o tempo máximo de isquemia tolerável.

Entretanto, Nasi (2005), afirma que o ideal para aumentar as chances de sobrevivência e a alta hospitalar sem seqüelas é iniciar as manobras de suporte vital até quatro minutos após a PCR. As chances de seqüelas neurológicas reduzem em 10% para cada minuto de atraso no restabelecimento da circulação efetiva. Bahia (2004) relata que o maior índice de alta hospitalar nos casos de Parada Cardiorrespiratória, são com pacientes que receberam as primeiras medidas do Suporte Básico de Vida (SBV) dentro de quatro minutos, e considera que no tempo de 0 a 4 minutos não há danos ao cérebro da vítima, de 4 a 6 minutos é possível ocorrer danos ao cérebro, de 6 a 8 minutos é provável ocorrer danos ao cérebro e entre 7 a 10 minutos ocasiona danos ao cérebro.

Vários são os fatores e circunstâncias clínicas que, segundo Alves (1976), tendem a predispor ou a precipitar a Parada Cardiorrespiratória. Os mesmos podem atuar

isoladamente ou associados e, em muitos casos, é difícil estabelecer com segurança qual ou quais deles foram responsáveis pelo evento, especialmente quando ocorre inesperadamente em pacientes não cirúrgicos. O diagnóstico etiológico deve sempre ser definido, pois em certas condições é indispensável o tratamento da causa específica.

Sendo considerada por Zago et al. (2006) como uma emergência médica em que o tempo decorrido entre o início do evento e a instauração das medidas de suporte básico e avançado, assim com o correto atendimento específico para cada situação clínica, constituem fatores decisivos para o sucesso terapêutico em uma reanimação cardiopulmonar.

Devido à parada cardiorrespiratória ser a mais urgente de todas as emergências médicas, requerendo o mais rápido e perfeito atendimento, Alves (1976) determina que o sucesso na reanimação depende de um diagnóstico rápido, tratamento imediato e conhecimento adequado das medidas utilizadas para corrigir a cessação da atividade eficaz.

<b>Respiratória</b>	<b>Cardiovascular</b>	<b>Metabólica</b>	<b>SNC</b>	<b>Medicamentos/ hipersensibilidade</b>
Obstrução das vias aéreas	IAM	Acidose e alcalose	TCE	Digitálicos
Pneumonias	Tamponamento cardíaco	Hiper e hipopotassemia	Hemorragia intracraniana	Antiarrítmicos
Pneumotórax	Cardiopatias congênitas	Hiper e hipocalcemia	Neuropatias	Vasopressores
Afogamento	Choque	Hiper e hipomagnesiemia	Estado epiléptico	Antibióticos
Broncoaspiração	ICC	Hipoglicemia		Anestésicos
Embolia pulmonar	Arritmias			Sedativos
Insuficiência Respiratória				Tranqüilizantes

**Figura 1 – As principais causas de PCR segundo Pires, Ferreira e Rezende (1999) são:**

Segundo López (1982), a Parada Cardiorrespiratória possui alguns sinais iminentes mais freqüentes, possibilitando a detecção precoce e facilitando a reanimação. São eles: Insuficiência Respiratória devido à retenção de secreções na árvore traqueobrônquica, espasmo de laringe, convulsões, manifestando-se por cianose, taquipnéia intensa, alteração súbita do ritmo e da freqüência respiratória; arritmias

graves, especialmente bradicardias e traquicardias, ou deslocamento inferior do marca-passo; distúrbios metabólicos como acidose e hipercalemia.

Clinicamente utilizam-se os seguintes parâmetros para o diagnóstico da parada cardiorrespiratória: ausência de pulso em grandes artérias (femoral e carótida), sendo este o mais utilizado e confiável segundo Pires, Rezende e Ferreira (1999), pois muitas vezes a ausculta cardíaca pode ser negativa e dificultada, podendo existir batimentos cardíacos nos casos de enfisema e pneumotórax, dentre outras condições; presença de movimentos respiratórios agonizantes ou apnéia; diminuição do nível de consciência; sinais de choque, com sudorese, hipotonia e hiporreflexia; midríase, sendo este um sinal tardio, pois se começa 45 segundos após interrupção do fluxo sanguíneo cerebral.

Nos pacientes monitorados pode-se obter o diagnóstico específico caso a causa seja a assistolia (ausência de atividade elétrica e mecânica); dissociação eletromecânica (presença de atividade elétrica, geralmente com complexos QRS alargados e aberrantes, sem atividade contrátil correspondente); fibrilação ventricular (incoordenação da atividade elétrica sem contração muscular correspondente); e bradi e taquiarritmias em que as contrações musculares muito baixas ou altas resultando em um débito cardíaco incapaz de manter a vida do paciente. (PIRES; REZENDE; FERREIRA, 1999).

O tratamento da PCR consiste basicamente, na Reanimação Cardiopulmonar (RCP), com o início das manobras o mais breve possível, compreendendo as ações voltadas para a assistência circulatória, respiratória e o uso de drogas específicas. (FORTES, 1986).

De acordo com Nasi (2005) o Suporte Básico de Vida (SBV) é qualquer suporte à vida de uma pessoa, que pode ser realizada em qualquer local, fora ou dentro do hospital, em que se realiza uma seqüência de ações durante os primeiros minutos em casos de emergência, como na PCR, podendo ser realizada por qualquer pessoa, desde que seja treinada. As ações preliminares do suporte básico de vida são, segundo o referido autor:

- Chamar por ajuda;
- Avaliar o nível de consciência;
- Posicionar adequadamente o paciente;
- Liberar as vias aéreas;
- Realizar respiração de resgate;
- Verificar presença de pulso em grandes artérias;
- Realizar massagem cardíaca, no caso de ausência de pulso;
- Usar o desfibrilador automático

Sendo assim, Vieira e Brauner (2003) afirmam que a Reanimação Cardiopulmonar básica consiste no posicionamento adequado do paciente e a aplicação do ABCD, ou seja, abertura e desobstrução das vias aéreas (A), respiração de resgate (B), restaurar circulação sanguínea pela compressão torácica externa (C) e desfibrilação precoce com uso de desfibrilador automáticos (D), quando indicado.

No suporte Avançado de Vida (SAV), são tomadas as mesmas medidas que o SBV, porém, com mais precisão. Deve-se avaliar o nível de consciência do paciente e caso não apresente responsividade, providenciar imediatamente um desfibrilador; liberar as vias aéreas através da inspeção e remoção de qualquer corpo estranho ou secreção e através da hiperextensão da cabeça e tração da mandíbula, fazendo com que a base da língua se desloque da região inferior da garganta permitindo uma maior passagem de ar (nos casos de suspeita ou lesão na cervical, realizar apenas a tração da mandíbula); restabelecer a respiração através de medidas mais eficazes que no SBV, como a ventilação com o Ambu (airway manual breathing unit) com oxigênio suplementar a 15 L/min ou com o uso da intubação endotraqueal; avaliar presença de pulso realizando massagem cardíaca na sua ausência; usar o desfibrilador logo que possível; puncionar acesso periférico calibroso para administração das medicações o mais breve possível e manter o paciente monitorado. (NASI, 2005).

Quanto à circulação, deve ser restabelecida através da massagem cardíaca externa e interna, sendo que essa última só é realizada quando a vítima está em um procedimento cirúrgico em que se encontra com o tórax aberto. A massagem cardíaca externa deve ser realizada com o paciente posicionado em decúbito dorsal sobre uma superfície rígida, possibilitando a correta realização da massagem,



fazendo com que o coração seja esvaziado, comprimindo-o entre a coluna vertebral posteriormente e o esterno anteriormente, restabelecendo assim, a circulação. (PIRES; REZENDE; FERREIRA, 1999).

De acordo com Hafen, Karren e Frandren (2002) a compressão deve ser realizada com uma das mãos, dois dedos acima do processo xifóide, com a palma da outra mão sobre a primeira, deixando sempre os braços esticados fazendo uma força de compressão de aproximadamente quatro a cinco centímetros em uma vítima adulta e com frequência de 100 compressões por minuto.

A American Heart Association – AHA (2005), relata que, a realização das compressões torácicas durante a parada cardíaca podem provocar uma pressão arterial sistólica de 60 a 80 mmHg, porém a pressão arterial diastólica é baixa. A pressão arterial média na artéria carótida raramente excede 40 mmHg e cada vez que se interrompem as compressões torácicas a pressão de perfusão coronária cai abruptamente.

A partir dessa constatação da queda abrupta da pressão de perfusão coronária, estabeleceu-se um tempo menor para o retorno da circulação espontânea e uma maior oxigenação sistêmica e cerebral a partir de 30 compressões para 02 respirações de resgate.

A quarta e última etapa das manobras iniciais de reanimação é a aplicação de desfibrilação, na qual consiste em aplicar um choque elétrico no músculo cardíaco do paciente com objetivo de reverter a PCR, entretanto, só são aplicados em caso de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV). A desfibrilação normalmente realizada é a externa, onde as pás são colocadas de modo a proporcionar uma maior corrente elétrica possível para o miocárdio. Uma pá é colocada no lado direito do esterno na região infraclavicular e outra no nível do ápice do coração, na linha média axilar esquerda. (VIEIRA; BRAUNER, 2203).

A desfibrilação precoce, no Suporte Básico a Vida, pode ser realizada por meio do desfibrilador convencional e o automático. O primeiro necessita de um profissional treinado para o reconhecimento das arritmias cardíacas. Já o DEA, possui a capacidade de reconhecer as arritmias cardíacas, independente da presença do profissional qualificado para o diagnóstico do tipo da PCR. (ZAGO et al., 1999).

Nasi (2005, p. 43) afirma que:

O desfibrilador deve estar disponível o mais rápido possível, para acessar o ritmo e proceder à desfibrilação logo que possível. No processo de acreditação por que passam diversos hospitais no Brasil, o atendimento a PCR incluindo a desfibrilação precoce tem sido particularmente estimulado.

O tratamento medicamentoso para Vieira e Brauner (2003), é realizado com as seguintes drogas:

A **Epinefrina** é o medicamento de escolha em todas as modalidades de PCR, restaurando o tônus vascular, proporcionando um melhor fluxo sangüíneo cerebral e coronariano.

Apesar de ser terapia padrão há mais de 40 anos e de mostrar excelentes resultados por elevar a pressão de perfusão coronariana, aumentar o fluxo sangüíneo cerebral e miocárdico e aumentar a taxa de desfibrilação com sucesso, não existe evidências de que melhore o prognóstico da RCP, motivo pelos quais, novos vasoconstritores têm sido testados como é o caso da Vasopresina. A Vassopressina tem mostrado efeitos benéficos á elevação da pressão de perfusão coronariana, melhora do fluxo sanguíneo cerebral e miocárdico além de aumento de sobrevida em curto prazo.

A **Atropina** é uma medicação usada nos casos de assistolia e atividade elétrica sem pulso quando não houver resposta as doses de iniciais de adrenalina.

As droga antiarrítmicas mais usadas são a **Lidocaína** e a **Amiodarona**, elas são as drogas de escolha nos casos de taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular quando não houve melhora com a desfibrilação elétrica e com a adrenalina.

O **Bicarbonato de Sódio** só é usado em casos especiais quando há acidose metabólica e/ou respiratória ou quando a RCP é de longa duração. Já o Cálcio não existe efeitos benéficos com o seu uso, sua indicação se restringe aos casos de dissociação eletromecânica, hiperpotassemia, hipocalemia, hipermagnesiemia e por intoxicação excessiva de bloqueadores de canais de cálcio.

Outras drogas úteis em situação de emergência, que não são usadas da PCR propriamente dita, mas como drogas coadjuvantes, antes, durante, ou após uma PCR, incluem a dopamina, dobutamina, nitroprussiato, corticóide, aminofilina, glicose, insulina, diurético, analgésicos e sedativos etc.

Para correta realização da RCP avançada, devem existir condições mínimas de equipamento e pessoal treinado para que os resultados satisfatórios possam ser obtidos.

Faz-se necessário uma familiaridade dos profissionais com o método, pois apesar do atendimento da RCR em seus aspectos fundamentais serem relativamente simples, exige agilidade, rapidez de ação e obediência a uma hierarquia de prioridades na seqüência do atendimento. É preciso, então, que os profissionais estejam perfeitamente treinados para atuar no processo, oferecendo dessa forma, mais velocidade e eficiência no procedimento de PCR. (LÓPEZ, 1982).

Vieira e Brauner (2003) preconizam que os pacientes recuperados de uma PCR que ainda não estejam internados em UTI, devam prontamente ser removidos para essa unidade onde deverão ser submetidos a uma série de cuidados intensivos como: avaliação clínica, laboratorial e radiológica; monitorização dos sinais vitais, diurese, eletrocardiograma, hemodinâmica; manutenção em ventilação mecânica; uso de drogas e técnicas específicas e os devidos cuidados com o sistema nervoso central.

A atuação da enfermagem em situações de emergência como em uma PCR, tem como objetivo restaurar a estabilidade hemodinâmica do paciente. Para tanto, requer do mesmo conhecimento do conceito e técnicas, para a avaliação adequada e a terapia apropriada. (HUDDLESTON; FERGUSON, 2006).

A assistência de enfermagem também deve estar voltada para a privacidade do paciente com uso de biombo caso seja uma enfermaria com outros pacientes; retirar os familiares ou qualquer outra pessoa que esteja por perto; fornecer apoio à família ajudando a preparar-se para ver o paciente em uso de cânulas e sondas ou dando apoio nos casos de óbito. (GOMES, 2004).

Em uma ambiente hospitalar, em que se deve prestar um Suporte Avançado de Vida, é necessário ter sempre disponível e em fácil acesso o carro de emergência, que deve ter presente materiais e medicamentos específicos e em quantidade suficiente para

prestar um adequado suporte na RCP. Devido a grande importância do carro de emergência, é indispensável que os Técnicos de Enfermagem tenham familiaridade a fim de facilitar o manuseio, otimizando o atendimento durante uma PCR.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002, p. 87) “[...] pesquisa qualitativa é aquela que aprofunda-se no mundo dos significados das ações das relações humanas, sendo este um método de pesquisa holístico, preocupando-se com os indivíduos e seu meio, já que o pesquisador não impõe limites”. Já os estudos descritivos proporcionam a identificação das várias formas dos fenômenos, sua ordem e classificação, podendo segundo Oliveira (1999) dar “[...] margem ‘a explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos, dando ao pesquisador melhor compreensão de fatos e fatores que influenciam um dado fenômeno”. Aplicada, pelo seu interesse em ser utilizada, imediatamente, na solução de problemas que sejam identificados. (ANDER-EGG, 1978 apud MARCONI e LAKATOS, 1999)

Quanto ao procedimento foi utilizado a pesquisa de campo, que segundo Minayo (2002) é definida como investigação empírica realizada no local onde se dispõe os elementos para explicar o fato estudado. Pode incluir questionários, formulários, observação, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com problema estudado.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Santa Izabel, localizado no bairro de Nazaré, Salvador-Ba, Hospital com mais de 400 leitos, tendo consolidado suas referências em cardiologia, ortopedia, neurologia e oncologia.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi às enfermarias São José e Santa Maria duas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital Santa Izabel, destinadas ao atendimento nas especialidades de cirurgias geral e oncológica, ortopedia e oncologia clínica onde a autora atuou por maior período.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra foi composta por 16 técnicos de enfermagem que estavam atuando nas unidades Santa Maria e São José que compõe as enfermarias destinadas aos pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde), que trabalhavam na assistência direta, nos turnos diurnos e noturnos, escolhidos de forma aleatória, sem critério de exclusão.

Os princípios éticos estabelecidos na Resolução N<sup>o</sup> 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata e regulariza as diretrizes e normas envolvendo pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996), foi respeitado. Portanto, a coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2008, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel e esclarecimento do estudo aos sujeitos, seguindo de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos mesmos. Para preservar a identidade dos pesquisados foram utilizados nomes romanos, na análise dos resultados.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário semi-estruturado, cujo conteúdo foi dividido duas partes. A primeira refere-se à caracterização do sujeito, identificando-o quanto a idade, nível de formação profissional, tempo de formação e atuação na assistência hospitalar e se possui outro vínculo empregatício. A segunda parte é composta por questões que abordam o entendimento do técnico de enfermagem a cerca da definição de Parada Cardiorrespiratória; Sinais da PCR; Proporção massagem cárdica x respiração na PCR; Terapêutica medicamentosa utilizada durante manobras de reanimação; Intervenção por ordem de prioridade frente a uma PCR; Equipamentos e materiais utilizados durante a manobra de Reanimação Cardiopulmonar.

### 3.5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dos 16 Técnicos de Enfermagem que fizeram parte da pesquisa, apenas 01 pertence ao sexo masculino, com idades entre vinte e dois a quarenta e dois anos.

Quanto ao tempo de formação profissional, dos dezesseis pesquisados, oito possuem menos de cinco anos de formação; seis entre cinco e dez anos; e dois mais de dez anos de formação. Quanto ao tempo de atuação na área hospitalar, oito informam ter menos de cinco anos; quatro entre cinco e dez anos; e quatro mais de dez anos. Sete deles informam ter vínculo empregatício em outras instituições, onde trabalham nos setores de Pediatria, Urgência, Endoscopia, Clínica Médica e coleta de sangue.

Com base no formulário aplicado aos 16 Técnicos de Enfermagem que prestavam assistência direta aos pacientes internados nas unidades São José e Santa Maria, que são enfermarias destinadas ao internamento de pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas especialidades; ortopedia e cirurgia geral, oncologia e cirurgia oncológica, buscou-se apreender o entendimento dos mesmos sobre parada cardiorrespiratória (PCR). Para isso, a análise se deu a partir seis subcategorias: Conhecimento dos Técnicos de Enfermagem em torno da definição de PCR; Sinais de PCR; Proporção massagem cardíaca x respiração na PCR; Terapêutica medicamentosa utilizada durante manobras de reanimação; Intervenção por ordem de prioridade frente a uma PCR; Equipamentos e materiais utilizados durante a manobra de Reanimação Cardiopulmonar.

### 3.5.1 Definição de PCR

No que diz respeito à definição de PCR os informantes afirmaram:

*“Cessação dos batimentos cardíacos e das incursões respiratórias” (Téc. I)*

*“Ausência de Consciência, perda de respiração e/ou ausência de pulso” (Téc.II)*

Técnico III não respondeu

*“Quando não há presença de pulso e movimentos respiratórios” (Téc. IV)*

*“Parada ou perda das funções cardíacas e respiratórias” (Téc. V)*

*“Ausência de nível circulatório e respiratório” (Téc. VI)*

*“É quando o aparelho respiratório não consegue receber uma quantidade de oxigênio satisfatório para o nosso organismo” (Téc. VII)*

*“Falência do coração e sinais vitais” (Téc. VIII)*

*“Quando o indivíduo para de respirar, por falta de oxigênio e o coração para de bater ou fibrila” (Téc. IX)*

*“Perda das funções cardíacas e respiratórias” (Téc. X)*

*“Ausência de pulso nas grandes artérias, respiração e nível de consciência” (Téc. XI)*

*“Não funcionamento do coração, não levando oxigênio suficiente para o cérebro, ocasionando a perda da memória” (Téc. XII)*

*“Falência de órgãos vitais” (Téc. XIII)*

*“Definida através dos sinais e sintomas como sudorese, cianose, hipotensão, dispnéia e bradicardia” (Téc. XIV)*

*“Ausência dos sinais vitais” (Téc. XV)*

*“É quando ocorre a falência dos órgãos” (Téc. XVI)*

As respostas dos técnicos I, V, VI e X, estão de acordo com a afirmativa de Nasi(2005), uma vez que os quatro técnicos definem PCR como a cessação das atividades cardíacas e respiratórias.

Araújo e Araújo (2001) definem PCR como uma condição súbita e inesperada de deficiência da oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória e ou por cessação da função respiratória. Verifica-se que as falas dos técnicos VII e IX são os que mais se aproximam da definição dos autores, desconsiderando apenas o termo fibrilação do técnico IX.

Os técnicos VIII e XII definem respectivamente como falência do coração e não funcionamento do coração em suas primeiras falas, que estão em consonância com Nasi (2005) que afirma que o coração para de bater quando o músculo cardíaco não é perfundido adequadamente com oxigênio e nutriente. Entretanto a segunda afirmação dos referidos técnicos correspondem a sinais de parada cardiorrespiratória, segundo referidos autores, sendo que na fala do técnico XII, em sua última colocação: “ocasionando a perda da memória” onde se lê memória o correto é dizer perda da consciência, que segundo Peres, Rezende e Ferreira (1999) são um dos sinais de PCR.



Os técnicos XIII e XVI definiram como falência dos órgãos vitais e falência dos órgãos respectivamente, não sendo especificados quais órgãos seriam, o que não condiz com as afirmações de Nasi (2005) e Araújo (2001), que consideram a PCR como um evento caracterizado pela deficiência ou cessação das funções respiratórias e circulatórias, sendo assim os órgãos vitais envolvidos coração e pulmão.

As respostas dadas pelos técnicos II, IV, IX, XIV e XV não estão enquadrados em nenhum dos conceitos de PCR pesquisados, pois apontam os sinais como definição da PCR. O técnico III não respondeu a pergunta.

### 3.5.2 Sinais de PCR

Com relação a essa subcategoria, os sujeitos pesquisados apresentaram as seguintes respostas:

*“Ausência de pulso em artérias de grande calibre, extremidades frias e sem perfusão, cianose e sudorese” (Téc. I)*

*“Perda de consciência, ausência de pulso e respiração” (Téc.II)*

*“Pressão arterial inaudível, pupilas dilatadas, cianose, pele fria e úmida, ausência do nível de consciência” (Téc.III)*

*“Pele fria, apnéia, ausência de pulso, cianose, rebaixamento do nível de consciência” (Téc.IV)*

*“Perda do nível de consciência, diminuição ou ausência dos sinais vitais (principalmente pulso e respiração), cianose das extremidades, apnéia” (Téc. V)*

*“Ausência do nível circulatório de sangue nas grandes artérias (carótida e femoral) rebaixamento do nível de consciência e ausência de respiração” (Téc. VI)*

*“Dispnéia, hipotensão, pele fria e pegajosa, extremidades frias e cianótica” (Téc.VII)*

*“Perda da consciência, cianose, hipoxemia” (Téc.VIII)*

*“Não responde solicitações, ausência de pulso, ausência de respiração” (Téc.IX)*

*“Perda do nível de consciência, diminuição ou ausência dos sinais vitais, cianose em extremidades e apnéia” (Téc. X)*

*“Ausência de pulso nas grandes artérias (carótida e femural), ausência de respiração, ausência do nível de consciência” (Téc.XI)*

*“Pulso inaudível, perda da memória” (Téc.XII)*

*“Perda da consciência, cianose de extremidades, ausência de pulso e respiração” (Téc.XIII)*

*“Cianose, hipotensão, apnéia, bradicardia” (Téc.XIV)*

*“Palidez, cianose, sudorese, ausência de nível de consciência” (Téc.XV)*

*“Ausência de pulso, perda de consciência, cianose das extremidades” (Téc.XVI)*

Os sinais de PCR, segundo Pires, Rezende e Ferreira (1999) são: ausência de pulso em grandes artérias (femural e carótida), sendo este o mais utilizado e confiável, pois muitas vezes a ausculta cardíaca pode ser negativa, podendo existir batimentos cardíacos nos casos de enfisema e pneumotórax, dentre outras condições; presença de movimentos respiratórios agonizantes ou apnéia; diminuição do nível de consciência; sinais de choque, como sudorese, cianose, pele fria, palidez cutânea, hipotomia e hiperflexia; midríase, sendo este um sinal tardio, pois se instala 45 segundos após interrupção do fluxo sanguíneo cerebral.

A ausência de pulso foi o sinal mais citado pelos Técnicos de Enfermagem, sendo respondido por 12 dos 16 entrevistados, porém apenas os técnicos I, VI e XI sinalizaram que a verificação do pulso deve ser feito em grandes artérias (femural e carótida). A presença de movimentos agonizantes de apnéia foi apontada pela metade dos técnicos entrevistados. O nível de consciência não foi citado por quatro dos dezesseis técnicos.

A sudorese só foi lembrada pelos técnicos I e XV, sendo a midríase citado apenas por um técnico. A cianose foi relatada por nove dos dezesseis pesquisados. Já a palidez cutânea e pele fria foram lembrados por três entrevistados, só que separadamente.

Assim constata-se através das falas transcritas acima, que os Técnicos entrevistados pontuam os sinais da PCR de forma incompleta. Dos 16 indivíduos pesquisados o Técnico III foi o que mais se aproximou da totalidade dos sinais de PCR, segunda Pires, Rezende e Ferreira (1999).

Os sinais de PCR devem ser bastante claros para os profissionais, principalmente para a enfermagem, já que assistem o paciente nas 24h. Logo, quanto mais breve o diagnóstico, mais rápido se poderá dar início às manobras de PCR, diminuindo o risco de danos neurológicos ao paciente.

### **3.5.3 Proporção entre massagem cardíaca e respiração de resgate, antes da entubação**

A American Heart Association (2005) recomenda uma única relação compressão-ventilação de 30/2 para todos socorristas que atuem sozinhos, para ser utilizado em todas as vítimas desde lactentes (exceto recém-nascidos) até adultos. Essa reanimação se aplica a todos os socorristas leigos e os profissionais de saúde que realizam RCP por um socorrista. Essa modificação na relação compressão-ventilação esta baseada na ênfase das compressões torácicas eficazes, já que ela restabelece o fluxo sanguíneo durante a RCP.

De acordo com AHA (2005) “As compressões torácicas produzem uma pequena quantidade de fluxo sanguíneo para órgãos vitais, como cérebro e o coração”. Quanto mais alta a relação compressão-ventilação, mais compressões torácicas são aplicadas, aumentando assim, o fluxo sanguíneo para coração e cérebro e outros órgãos vitais, dessa forma, durante os primeiros minutos de uma PCS (Parada Cardíaca Súbita), a ventilação de resgate provavelmente não é tão importante quanto às compressões. Com base no que foi relatado, segundo a AHA (2005), dos 16 Técnicos entrevistados apenas oito acertaram a nova recomendação.

### **3.5.4 Terapêutica medicamentosa utilizada durante as manobras de PCR**

Ainda tratando do conhecimento sobre Parada Cardiorrespiratória, os Técnicos de Enfermagem foram questionados sobre as medicações utilizadas no momento da PCR, as respostas encontradas foram:

*“Atropina, Fentanil, Adrenalina, Amiodarona, Dobutamina” (Téc. I)*

*“Atropina, Adrenalina, Dobutamina” (Téc. II)*

- “Atropina, Adrenalina, Dormonid, Lidocaína” (Téc. III)*
- “Atropina, Fentanil, Adrenalina, Dormonid” (Téc. IV)*
- “Atropina, Adrenalina, Dobutamina” (Téc. V)*
- “Atropina, Bicarbonato de Cálcio, Adrenalina, Amiodarona” (Téc. VI)*
- “Atropina, Fentanil, Adrenalina, Aminofilina” (Téc. VII)*
- “Atropina, Bicarbonato de Cálcio, Adrenalina, Dobutamina, Lidocaína” (Téc. VIII)*
- “Atropina, Adrenalina” (Téc. IX)*
- “Atropina, Adrenalina, Dobutamina” (Téc. X)*
- “Atropina, Bicarbonato de Cálcio, Adrenalina, Amiodarona, Lidocaína” (Téc. XI)*
- “Atropina, Adrenalina” (Téc. XII)*
- “Atropina, Adrenalina, Bicarbonato de Cálcio” (Téc. XIII)*
- “Atropina, Fentanil, Adrenalina, Dormonid” (Téc. XIV)*
- “Atropina, Bicarbonato de Cálcio, Adrenalina” (Téc. XV)*
- “Atropina, Bicarbonato de Cálcio, Adrenalina, Dobutamina, Lidocaína” (Téc. XVI)*

Todos os Técnicos de Enfermagem responderam que a adrenalina e a atropina são as drogas mais utilizadas na PCR.

O Bicarbonato de Cálcio que é utilizado nos casos de acidose metabólica e de respiratória, ou RCP de longa duração foi mencionado por seis entrevistados.

Referente às drogas antiarrítmicas indicadas nos casos de taquicardia ventricular sem pulso e Fibrilação Ventricular, três citaram amiodarona e apenas um citou a lidocaína.

As outras drogas citadas pelos Técnicos não correspondem, de acordo com Vieira e Brauner (2003), as drogas usadas na PCR propriamente dita e sim como drogas coadjuvantes do referido evento. São elas: Dobutamina, Fentanil e Dormonid.

O Técnico XI foi o único que citou corretamente as principais drogas utilizadas na PCR.

A partir das falas apresentadas, constata-se que os sujeitos pesquisados têm um conhecimento regular no que diz respeito às drogas mais utilizadas na PCR, o desconhecimento das medicações de maior demanda durante as manobras de PCR, pode comprometer a rapidez do atendimento esperado.

### 3.5.5 Intervenção, por ordem de prioridade, do técnico de enfermagem frente a uma PCR

Questionados quanto à intervenção de Técnico de Enfermagem frente a uma situação de PCR, os sujeitos apontaram:

*“Acionar o restante da equipe, puxar o carro de emergência para próximo do paciente, iniciar as manobras de massagem cardíaca até o posicionamento dos demais da equipe” (Téc. I)*

*“Identificar PCR, pedir ajuda a equipe, verificar o nível de consciência, verificar pulso, respiração, liberar vias aéreas, colocar placa e começar massagem cardíaca” (Téc. II)*

*“Chamar a equipe informando sobre a PCR, começar as manobras de reanimação” (Téc. III)*

*“Pedir ajuda, acionar a equipe de enfermagem, puxar o carro de emergência, chamar o plantonista, colocar o paciente em posição, aguardando o médico, fazer as manobras de massagem e respiração” (Téc. IV)*

*“Tentar restabelecer os sinais do paciente como pulso, pressão arterial através da oferta de oxigênio e massagem cardíaca, providenciar uma punção venosa com acesso calibroso e aspiração, caso necessite e auxiliar o médico durante a entubação orotraqueal” (Téc. V)*

*“Verificação do ABC; comunicar ao médico; monitorização; administração das medicações; testar o laringoscópio” (Téc. VI)*

*“Desobstruir as vias aéreas; entubação e administração das medicações necessárias; ambusar; massagem cardíaca” (Téc. VII)*

*“Observar nível de consciência, sinais vitais como respiração, pulso, chamar o socorro médico, levar o carro de emergência e começar a manobra de reanimação” (Téc. VIII)*

*“Chamando firmemente, checar pulso e respiração, fazer respiração de resgate, checar novamente os sinais vitais e ABC, fazer varredura de boca, caso não respire iniciar PCR” (Téc. IX)*

*“Tentar restabelecer os sinais vitais do paciente através de oxigênio, massagem cardíaca, administração das medicações por acesso calibroso, aspiração se necessário e auxiliar o médico na entubação orotraqueal” (Téc. X)*

*“Abertura das vias aéreas, verificação do nível de consciência e circulação, comunicar ao médico, monitorização, acesso venoso calibroso, administração de medicamentos e soluções” (Téc. XI)*

*“Verificar perda da memória, respiração e pulso, confirmado a PCR, iniciar massagem cardíaca com carro de emergência ao lado, avisar o procedimento” (Téc. XII)*

*“Conferir pulso e respiração, retirar prótese dentária fazendo a varredura, comunicar ‘a equipe, começar as manobras de reanimação até p médico chegar” (Téc. XIII)*

*“Comunicar a Enfermeira responsável pelo plantão, pegar o carro de emergência e colocar ao lado do paciente e montar o aspirador” (Téc. XIV)*

*“Verificar sinais vitais, nível de consciência, pedir ajuda, pegar carro de emergência, iniciar as massagens, chamar plantonista” (Téc. XV)*

*“Conferir respiração e pulso, comunicar a equipe, começar as manobras de reanimação até a equipe chegar e o médico” (Téc. XVI)*

Dos dezesseis técnicos que responderam o questionário, nove apontam a realização do ABC nas suas primeiras falas, onde listaram de forma seqüenciada o ABC.

Os técnicos VIII e XV priorizaram levar o carro de emergência ao iniciar a massagem cardíaca, contradizendo o que prioriza o Suporte Básico de Vida (SBV), que consiste no reconhecimento de obstrução das vias aéreas, de parada respiratória e cardíaca e na aplicação da PCR. É no Suporte Avançado de Vida (SAV) que se utiliza o equipamento, adicional, sendo assim, não é a medida inicial.

Os Técnicos V e X foram os únicos que falaram simultaneamente sobre o SBV e o SAV, porém de forma desordenada e incompleta.

Os Técnicos IV e XIV delegam para os demais membros da equipe (Enfermeira, Médico e outros Técnico de Enfermagem) a responsabilidade de iniciar as medidas de SBV e SAV, colocando-se apenas como coadjuvantes.

Essa atitude de se ausentar no momento em que devem ser iniciadas as manobras de reanimação como o SBV e SAV, para entrar em contato com outros membros da equipe de enfermagem ou médico podem ser interpretadas como insegurança dos técnicos em prestar a devida assistência ao paciente, deixando a responsabilidade das manobras para outro profissional.

De todos os envolvidos na pesquisa, nenhum citou o uso do desfibrilador durante as manobras de PCR, contrariando Nasi (2005) que determina o uso do desfibrilador com uma das ações pertinentes no Suporte Avançado de Vida.

Com base na literatura sobre o tema, entende-se que profissional Técnico de Enfermagem, como membro da equipe de saúde, deve ter conhecimento que lhe capacite para iniciar as manobras de reanimação, referentes ao Suporte Básico de Vida, independente da presença do profissional médico, a fim de aumentar as chances do paciente em obter sucesso no processo de reanimação, uma vez que o tempo é decisivo no resultado desejado. (ALVES, 1976; LPOES, 1982; ARAUJO e ARAUJO, 2001; ZAGO ET AL, 2006).

Assim, Técnico de Enfermagem tem que possuir conhecimento suficiente sobre SBV, realizando manobras pertinentes ao ABCD, e com a chegada do médico, preparar e administrar as medicações prescritas e instalar os equipamentos necessários, a fim de prestar uma assistência de qualidade e colaborar junto à equipe multiprofissional para que a RCP seja um sucesso para o restabelecimento da vida do paciente, diminuindo possíveis danos.

### **3.5.6 Materiais essenciais para uma manobra de reanimação cardiopulmonar**

*“Ambú, monitor cardíaco, desfibrilador, lâminas de laringoscópio, cânula de entubação” (Téc. I)*

*“Carrinho de emergência, ambú, desfibrilador, laringoscópio, medicações” (Téc. II)*

*“Ambú, cardioversor, carrinho de emergência contendo materiais necessários para a manobra e drogas que são utilizadas no momento” (Téc. III)*

*“Cânula, laringoscópio, carro de emergência completo, cardioversor, ambu completo e equipe preparada: (Téc. IV)*

*“Aspirador, oxigênio, desfibrilador, material para intubação, ambu, tábuas de reanimação, material para acesso calibroso, Equipamento de Proteção Individual (EPI), medicações específicas, monitor cardíaco” (Téc. V)*

*“Cardioversor, desfibrilador, ambu, medicações mais usadas e soluções, oxigênio, laringoscópio, cânula” (Téc. VI)*

*“Kit de aspiração, ambu, materiais de entubação, cateter de oxigênio, fisioterapeuta, cânulas” (Téc. VII)*

*“Carro de emergência, ambu, cânula endotraqueal, laringoscópio, oxigenoterapia” (Téc. VIII)*

*“Carinho de emergência, acesso venoso calibroso, medicações, tábua rígida, escadinha, cânulas, seringa de 20 ml, ambu, umidificador, aspirador montado, laringoscópio, lâminas e esparadrapo” (Téc. IX)*

*“Aspirador, oxigênio, desfibrilador, material para entubação, ambu, tábua de reanimação, material para punção venosa calibrosa, EPIs, monitor cardíaco, medicações específicas” (Téc. X)*

*“Desfibrilador, cardioversor, ambu, medicações e soluções, oxigênio, laringoscópio, cânula” (Téc. XI)*

*“Carro de emergência, ambu, laringoscópio com lâmina funcinante, material de entubação, fio guia, material de função venosa periférica e medicações necessárias para restabelecer os pacientes” (téc. XII)*

*“Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, carro de emergência, ambu, estetoscópio, medicamentos, oxigênio, material para entubação” (Téc. XIII)*

*“Tábua de reanimação, carro de emergência, aspirador e oxigênio montado, monitor cardíaco, desfibrilador” (Téc. XIV)*

*“Carro de parada, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, desfibrilador, laringoscópio, cânula de entubação” (Téc. XV)*

*“Oxímetro de pulso, estetoscópio, monitor cardíaco, ambu, material para entubação” (Téc. XVI)*

Dos dezesseis técnicos estudados, dez pontuam o desfibrilador como equipamento essencial em uma PCR. No que diz respeito à monitorização cardíaca, apenas sete responderam como material utilizado. Sobre a obtenção de via respiratória e ventilação, apenas um técnico não citou os equipamentos utilizados para restabelecer a ventilação da paciente durante a PCR. No entanto o técnico XV comenta sobre os equipamentos para obtenção da via respiratória mais não relata sobre a ventilação, ou seja, o suporte de oxigênio. Quanto à obtenção da via venosa e administração de medicamentos, apenas quatro citam a punção venosa e outros nove falam sobre a administração de medicação, totalizando apenas quatro os que citaram os dois respectivamente.

No que diz respeito aos materiais utilizados em uma PCR, os técnicos mostram um conhecimento insuficiente neste quesito.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere à definição de parada cardiorrespiratória, constatou-se que apenas quatro técnicos definem adequadamente, conforme a literatura consultada. Com relação aos sinais de PCR, grande parte dos entrevistados apresentaram um conhecimento incompleto, deixando de abordar alguns sinais clássicos no diagnóstico da PCR. No questionamento sobre proporção entre massagem cardíaca e respiração de resgate antes da intubação, houve um acerto de 50% das respostas. Na subcategoria sobre terapêutica medicamentosa usada na PCR, observou-se que os técnicos entrevistados não conhecem todas as medicações, já que a grande maioria citou apenas as duas drogas mais utilizadas (Adrenalina e Atropina), abordando as drogas coadjuvantes como drogas de escolha para a PCR. Em relação à ordem de prioridade em uma PCR, bem como aos materiais necessários, os técnicos mostraram conhecimento insuficiente nos dois questionamentos.

Portanto, o conhecimento dos técnicos de enfermagem das unidades de internação São José e Santa Maria, mostra-se insuficientes no que diz respeito à definição e aos sinais da PCR, um conhecimento moderado sobre proporção massagem cardíaca X respiração de resgate.

Através do exposto pelos sujeitos da pesquisa a respeito das intervenções do técnico de enfermagem em ordem de prioridade frente um paciente em PCR, pôde-se identificar que os mesmos desconhecem a realização do SBV e SAV, uma vez que, quando citado, não foi relatado com a seqüência correta, desrespeitando a hierarquia de prioridades da PCR.

Sendo uma pesquisa aplicada, os resultados deverão ser utilizados para intervir na realidade identificada, no que diz respeito ao entendimento dos técnicos de enfermagem das unidades de internação do SUS, São José, e Santa Maria, do Hospital Santa Izabel.

Assim, sugere-se que os profissionais sejam reciclados através de cursos de capacitação sobre PCR e que se proceda a elaboração de protocolo com o intuito de uniformizar o atendimento, contribuindo para a eficácia e maior agilidade nas manobras de PCR.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Emmanuel. **Medicina de Urgência**. 6 ed. São Paulo: Atheneu, 1976, p. 236- 239.

AMERICAN HEART ASSOCIATION, **SBV Manual para Provedores de Saúde**. Trad. André Jabló. Rio de Janeiro: Fundação InterAmericana do Coração, 2005.

ARAÚJO, Sebastião; ARAÚJO, Izilda. **Ressuscitação Cardiorespiratória**. Ribeirão Preto, 2001. Disponível em < <http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em 20 de out. 2006.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Capacitação em urgências e emergências**: módulo de enfermagem. Vol 1. Salvador: SESAB, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 22 out. 2006.

GOMES, Alice Martins. **Emergência: planejamento e organização da unidade**; assistência de enfermagem. 2 reimpressão. EPU: São Paulo, 2004, p. 45- 56.

HAFEN, Brent; KARREN, Keith; FRANDREN, Kathryn. **Guia de Primeiros Socorros para Estudantes**. 7 ed. Babuere: Manole, 2002, p. 244-253.

HUDDLESTON, Smith Sandra; FERGUSON, Sandra. **Emergências Clínicas: abordagens, intervenções e auto-avaliação**. 3 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2006, p. 52-56.

FORTES, Júlia Ikeda. **Enfermagem em Emergência**. 3 reimpressão. São Paulo: E.P.U, 1986, p. 13-22.

LÓPEZ, Mário. **Emergências Médicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, p. 9-22.

MARCONI, M de A; Iakatos, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, Maria Célia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2002, p.87- 92.

NASI, Luiz Antônio. **Rotinas de Primeiros Socorros**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 42-50.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1999, p. 114- 117.

PIRES, Marco Túlio; REZENDE, Nilton Alves; FERREIRA, Carlos Magno Mourão. Reanimação Cardiopulmonar. In: PIRES Marco Túlio Baccarini. **Erao Manual de Urgência em Pronto- Socorro**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 718- 732.

VIEIRA, Silvia Regina; BRAUNER, Janete Salles. Ressuscitação Cardiorespiratória. In: BARRETO, Sérgio Saldanha et al.. **Rotinas em Terapia Intensiva**. 3º ed. Porto Alegre, 2003, p. 31-43.

ZAGO et al.. **Ressuscitação Cardiorrespiratória: atualização, controvérsias e novos avanços**. Porto Alegre, 1999. Disponível em < [http: www. Publicações. Cardiol.br/abc/1999](http://www.Publicações.Cardiol.br/abc/1999)> Acesso em 20 de out. 2007.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Santa Isabel

Venho por meio deste documento solicitar autorização por parte desta Instituição para a realização de pesquisa nas enfermarias Santa Maria e São José, com o objetivo de coletar dados de suporte para elaboração do trabalho de conclusão de curso da enfermeira Renata Oliveira Guerrieri, para a aquisição do título de Especialista em Emergência, que será apresentado à Universidade Castelo Branco e Atualiza Associação Cultural em março de 2007, intitulado, Conhecimento dos Técnicos de Enfermagem em um hospital de Salvador sobre Parada Cardiorrespiratória.

O referido tema foi escolhido, devido à ocorrência de Parada Cardiorrespiratória nas referidas Unidades, o que exige dos profissionais de saúde, entre eles o Técnico de Enfermagem, ações rápidas e eficientes, vitais para o resultado final desejado, ou seja, preservar a vida do paciente com a melhor qualidade possível, devolvendo-o ao convívio familiar e social de forma plena.

A pesquisa que ora solicitamos sua autorização, tem como objetivo apreender o conhecimento dos Técnicos de Enfermagem de um Hospital de Salvador sobre Parada Cardiorrespiratória.

A coleta de dados deverá ocorrer no período de fevereiro de 2008, sendo realizada através de um formulário com questões pertinentes ao tema, que será realizada com os Técnicos de Enfermagem locados nas referidas Unidades, que aceitarem participar do estudo através do Termo de consentimento Livre e Esclarecido.

Será resguardado ao Comitê Ética e Pesquisa do Hospital o direito de aceitar ou recusar a autorização da pesquisa, bem como retirar seu consentimento em qualquer etapa da mesma, ficando o pesquisador à disposição para esclarecer dúvidas a respeito do estudo, sendo todos os gastos por conta do mesmo.

Atenciosamente,

---

Renata Oliveira Guerrieri  
(autora)

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, em caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Esta pesquisa intitulada: Conhecimento dos Técnicos de Enfermagem de um Hospital de Salvador sobre Parada Cardiorrespiratória, será apresentada à Universidade Castelo Branco e Atualiza associação Cultural para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em Emergência, atendendo as recomendações instituídas pelo Ministério da Educação.

Esta pesquisa tem como objetivo apreender o conhecimento dos Técnicos de Enfermagem de um Hospital de Salvador sobre Parada. Cardiorrespiratória.

De acordo com a Resolução 196/96 ser-lhe-à resguardado o anonimato e garantido a livre escolha de consentir ou recusar a participação em qualquer etapa do processo. Para identificação dos trechos das respostas colhidas, serão utilizados números, visando preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa.

O presente termo de consentimento tem por finalidade solicitar a autorização do emprego de suas respostas nesta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa/representante legal do sujeito da pesquisa, que fui devidamente esclarecido sobre esse estudo desenvolvido pela enfermeira Renata Oliveira Guerrieri, sobre os procedimentos nele envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade; que o meu anonimato será preservado; que não terei quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Autorizo o uso das informações para fins de publicação no âmbito da Universidade Castelo Branco e Atualiza Associação Cultural, em eventos e artigos científicos.

Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

---

Assinatura do declarante

## APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de Formação: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na assistência hospitalar: \_\_\_\_\_

Trabalha em outras instituições? ( ) Sim ( ) Não Setor \_\_\_\_\_

PARTE II

1º) Defina Parada Cardiorrespiratória (PCR).

---

---

---

2º) Quais os sinais imediatos de PCR?

---

---

---

3º) Qual a proporção entre a massagem cardíaca e a respiração de resgate, antes da intubação?

- ( ) 15 compressões X 1 respiração de resgate
- ( ) 15 compressões X 2 respirações de resgate
- ( ) 30 compressões X 2 respirações de resgate
- ( ) 30 compressões X 3 respirações de resgate

4º) Sinalize as medidas utilizadas numa situação de PCR:

( ) Atropina

( ) Dormonid

( ) Lidocaína

( ) Fentanil

( ) Amiodarona

( ) Nitropussiato

( ) Bicarbonato de Cálcio

( ) Aminofilina

( ) Adrenalina

( ) Dobutamina

5º) Enumere de forma seqüenciada a sua ação frente a uma situação de PCR.

---

---

---

6º) Quais os equipamentos e matérias essenciais para uma manobra de reanimação cardiopulmonar?

---

---

---