

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE ATENDIMENTO DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PARÁ DE MINAS, PAPAGAIOS E PITANGUI / MG

Marisa Gonçalves Brito Menezes¹
Rogério Diniz Abreu²
Tânia Maria Viegas de Faria²
Marlene dos Santos Rios²
Filipe Fagundes Cardoso²
Márcia Pereira da Silva²

RESUMO

Com o objetivo de elucidar o conhecimento de 153 profissionais de Enfermagem, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, nas cidades de Pará de Minas, Papagaios e Pitangui / MG, e como se dá o treinamento sobre o atendimento emergencial em parada cardiorrespiratória (PCR), foi realizada uma pesquisa descritiva com variáveis quantitativas. A coleta de dados foi realizada através de um formulário e os dados foram analisados com base em literatura específica. Evidenciou-se que 30,9% dos profissionais não souberam reconhecer os sinais de PCR, e ainda assim, 93% se consideram aptos para realizar o atendimento de reanimação cardiopulmonar (RCP). Constatou-se ainda que mais da metade dos profissionais nunca obtiveram nenhum tipo de treinamento para obtenção de conhecimento técnico/científico sobre o assunto, o que é de suma importância, devido às inúmeras mudanças dos protocolos, que favorecem o atendimento da RCP. Faz-se então necessário sensibilizar os gestores das Instituições de Saúde para que promovam aprimoramentos através de educação permanente/continuada, pautada na realidade vivenciada de cada Instituição, a fim de promover um melhor atendimento à população.

Palavras-chave: Enfermagem; Parada cardiorrespiratória; Reanimação cardiopulmonar

1 INTRODUÇÃO

Desde o nascimento, o homem tem como certo apenas a morte, no entanto, compete aos profissionais de saúde retardá-la e para que isso aconteça, deve –se promover mudanças de comportamentos, aprimoramentos frequentes através de atividades de reciclagem.

As equipes de Enfermagem, mesmo nas instituições hospitalares, muitas vezes se veem em situações em que se faz necessário prestar os primeiros atendimentos: massagem torácica e ventilação por máscara, até que o profissional Médico chegue e

¹ Mestre em Enfermagem pela UFMG. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM). Especialista em Terapia Intensiva pela PUC/MG.

² Graduandos do 6º Período do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Pará de Minas (FAPAM).

assuma o procedimento e quando isso acontece, a Enfermagem deverá auxiliar nos procedimentos de intubação, administração de drogas, monitoramentos diversos e outros mais que sejam cabíveis no momento.

A criação da Liga Internacional de Comitês de Ressuscitação (ILCOR) estabeleceu uma oportunidade única para a colaboração mundial nas diretrizes de ressuscitação e treinamento nos últimos 15 anos. Produziu as primeiras Diretrizes Internacionais de RCP em 2000 e promoveu uma ampla revisão com base em evidências científicas, que culminou com o Consenso Internacional de Ciência em RCP e Atendimento em Emergências Cardiovasculares com Recomendações de Tratamento na Conferência de janeiro de 2005. (TIMERMAN et al., 2006).

Assim sendo, os profissionais devem se atualizar através dos cursos: Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida. A ILCOR trabalha não só com os profissionais de saúde mas também com os leigos, a fim de promover experiências nas práticas de RCP, pois as informações recebidas e enviadas, durante esse processo, acabam influenciando o comportamento dos indivíduos, gerando, assim, diversas mudanças comportamentais de cada profissional.

De acordo com Filgueiras Filho et al. (2006), o suporte avançado de vida (SAV) foi desenvolvido pela *American Heart Association* (AHA) nos anos 1970, é um curso conhecido mundialmente pela sigla ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*). O SAVC ensina técnicas de Suporte Básico de Vida (SBV) e de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia em ambiente hospitalar para profissionais da área da saúde.

Porém, devido aos altos custos, à falta de disponibilidade de horários para o aprimoramento e outros motivos relevantes, vários são os profissionais não favorecidos pelos serviços oferecidos, dificultando assim os atendimentos e conseqüentemente será o cliente o ser mais prejudicado.

Desta forma, quer-se estimular os profissionais de Enfermagem a participarem de atividades que favoreçam a obtenção de novos conhecimentos, a fim de melhorar e otimizar essa prática.

Os objetivos deste artigo são desvendar a fundamentação teórica dos profissionais de Enfermagem que trabalham com emergência; conhecer o perfil dos profissionais quanto às áreas de atuação; verificar se os profissionais realizam cursos de atualização sobre o tema; descobrir o conhecimento que os profissionais possuem sobre o atendimento de PCR; oferecer aos graduandos do curso de Enfermagem da Faculdade

de Pará de Minas (FAPAM) um reforço teórico-prático no que se refere ao atendimento de PCR; introduzir esses acadêmicos no exercício de atividades de pesquisa.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Contexto histórico-científico

De acordo com Leitão et al (2005), os primeiros indícios do surgimento da RCP originaram-se da medicina dos Hebreus. O primeiro relato de PCR encontra-se no antigo testamento da Bíblia Sagrada, no livro de II Reis, capítulo 4, versículos 31 a 36. Este revela que o profeta Elizeu, ao deparar com a criança morta deitada em seu leito, rezou a Jeová, depois se deitou sobre a criança e começou a soprar o ar proveniente de sua boca dentro das narinas da criança que então espirrou e depois abriu os olhos, no entanto, os primeiros relatos oficiais de RCP da *Society for recovery of persons apparently drowned* foi em Amsterdã, no ano de 1776. Nesse relato consta-se que, em quarenta anos, 150 pessoas foram reanimadas seguindo passos propostos para vítima de afogamento.

Ainda Leitão et al (2005), nas décadas de 30 e 40 de século XX, com base nos experimentos de James Elam, a comprovação da superioridade da ventilação boca a boca em relação à pressão torácica com os braços levantados foi realizada por Peter Safar, um anestesiológico residente nos Estados Unidos. O mesmo desenvolveu ainda uma importante técnica buscando a permeabilização e a desobstrução das vias aéreas, que consistia na inclinação da cabeça para trás, projetando a mandíbula para cima.

De acordo com Zago et al (1999), em 1865, Charles Augustus Leale, um jovem oficial médico do exército americano, desenvolveu um modelo de ressuscitação cardiorrespiratória semelhante ao atual suporte básico de vida (SBV).

Timeran et al (2005), revela que em 1889 Prevost e Batelli, após notarem que grandes voltagens aplicadas através do coração de um animal poderiam fazer parar a fibrilação ventricular, elaboraram o primeiro conceito de desfibrilação elétrica.

Por volta de 1960, Kouwenhoven, um engenheiro eletricista, desenvolveu a desfibrilação externa. Durante seus experimentos, descobriu as compressões torácicas como possibilidade de RCP a tórax fechado. O primeiro desfibrilador externo portátil à bateria foi desenvolvido por Paul Zoll (LEITÃO et al., 2005).

Nota-se que um simples ato praticado há várias décadas era capaz de salvar vidas vítimas de afogamentos, inalação gasosa, dentre outros. Hoje, com as técnicas já

aprimoradas e susceptíveis a reavaliações, tem sido de suma importância para aumentar as chances de vida de vítimas socorridas no ato do acidente e de vítimas de arritmias malignas.

Percebe-se ainda que com a evolução do homem houve a necessidade de conhecer e entender os mecanismo de funcionamento do corpo humano, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida. No que se refere a PCR, várias formas e tentativas de RCP foram criadas e aperfeiçoadas ao longo do tempo, elaborando-se assim protocolos e diretrizes para a padronizar o atendimento e evidenciar o real significado do conceito de PCR.

No que se refere a RCP, ainda há muito para aprender, pois o sucesso no procedimento decorre de um atendimento de qualidade em tempo hábil e de uma equipe bem treinada. A padronização no manejo da RCP é ponto fundamental na sobrevida de pacientes pós PCR, dessa forma o profissional da saúde deverá estar atualizado quanto às novas diretrizes publicadas.

Na atualidade, existem a nível mundial os cursos de suporte básico de vida (BLS) e suporte avançado de vida (ACLS), para a capacitação do profissional Médico nos atendimentos de urgência e emergência, já que a meta de todo socorrista é salvar vidas. Segundo Filgueiras Filho et al. (2006), em 1995, mais de 300 mil pessoas foram treinadas nos Estados Unidos. No Brasil, desde 1997, cerca de 3.900 Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas receberam treinamento pelo Comitê Nacional de Ressuscitação (CNR) do Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia (FunCor) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). De acordo com Filgueiras Filho et al (2006), os cursos de suporte de vida foram introduzidos no Brasil há mais de 14 anos e já são amplamente difundidos pelo território nacional.

Ressuscitação Cardiopulmonar

A PCR pode ser definida como a cessação súbita e inesperada dos batimentos cardíacos, mais especificamente a interrupção repentina da atividade mecânica ventricular, associada à ausência de respiração.

De acordo com Nogueira (2005), para que o paciente retorne à sua função neurológica basal ao final da RCP, é necessário manter a perfusão cerebral até que a função cardiorrespiratória seja restaurada.

O tempo de constatação e início do atendimento ao paciente é primordial, pois alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral poderão ocorrer. De acordo com Barbosa et al (2006) a avaliação do paciente não deve levar mais que 10 segundos e a ausência de manobras de reanimação não devem ultrapassar aproximadamente cinco minutos.

É essencial que todo profissional de saúde tenha conhecimento para o atendimento da PCR, independente de sua especialidade. O diagnóstico rápido e correto é uma das garantias para o sucesso da RCP.

O “ABCD” primário do Suporte Básico de Vida (SBV) compreende as condutas iniciais adotadas antes da chegada do Suporte Avançado de Vida (SAV).

Entende-se por SBV, o reconhecimento precoce da PCR, o acionamento do serviço médico de emergência do local e a compressão torácica alternada com ventilações. (MORAIS, 2007).

O SBV compreende em A (*airway*) – abertura das vias aéreas, B (*breathing*) - ventilação boca a boca, C (*circulation*) - compressão torácica e D (*defibrillation*) – desfibrilação. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005)

O SAV utiliza-se de equipamentos adequados para maior oxigenação e ventilação associadas ao uso de medicamentos e à busca do diagnóstico. A - estabelecer via aérea definitiva (intubação); B – ventilação (ambuzar o paciente); C – circulação (acesso venoso e monitorização); D - diagnóstico diferencial e administração de medicamentos específico. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005 p. 4 - 5)

Mediante a uma suposta PCR a primeira conduta a ser adotada é testar a responsividade do paciente através estímulo verbal e tátil. Caso não haja resposta, providenciar imediatamente a ajuda especializada.

Iniciam-se então as medidas definidas pelo SBV, enquanto o SAV é providenciado.

O paciente deverá ser constantemente avaliado tanto quanto a execução correta das técnicas de RCP, pois um atendimento eficaz e eficiente reduz a possibilidade de sequelas mais graves.

Faz-se então necessário que os profissionais de Enfermagem dominem no mínimo as técnicas do SBV.

Condutas no atendimento de SBV e SAV

De acordo com Cardoso et al (2005), para que a RCR seja eficiente, deve-se posicionar a vítima em decúbito dorsal sobre superfície dura, firme e plana.

Com objetivo de tornar as vias aéreas pervias, o socorrista deverá atentar-se para alinhamento da cabeça com o tronco, extensão do pescoço, tração anterior da mandíbula e averiguar presença de corpos estranhos visando à eficácia da ventilação (CARDOSO et al., 2005).

Após a abertura das vias aéreas, a respiração da vítima deverá ser avaliada, ou seja, olhar a expansão torácica, ouvir e sentir os ruídos aéreos. Caso o paciente não possa respirar espontaneamente promover duas ventilações de resgate (AEHLERT, 2007).

De acordo com American Heart Association (2005), as ventilações devem ser aplicadas durante um segundo e promover a elevação do tórax, no entanto deve-se evitar número excessivo de ventilações ou ventilações muito longas.

Na sequência, será avaliada a presença de pulso ou sinais de circulação, na ausência dos mesmos, aplicam-se as manobras de compressão torácicas para restabelecimento do fluxo sanguíneo. American Heart Association (2005) revela que as compressões devem ser fortes, rápidas e contínuas. Deve-se permitir, ainda, que o tórax retorne à posição normal após cada compressão, para favorecimento do fluxo sanguíneo.

De acordo com Nogueira (2005) para os casos de PCR em ambiente fora do hospital e caso de fibrilação ventricular a desfibrilação é indicada.

De acordo com Aehlert (2007), após terem sido aplicados os choques, deve-se retornar imediatamente com as compressões torácicas e ventilações regulamentares e verificar o ritmo do paciente.

Estabelece-se a via aérea definitiva através da intubação para favorecer uma adequada ventilação e proteção das vias aéreas. As tentativas de intubação não devem exceder mais que 30 segundos, caso isso ocorra volta-se a ventilar antes da próxima tentativa. Após ser realizado a intubação, realizar-se-ão as ventilações artificiais (CARDOSO et al., 2005).

Providencia-se então acesso venoso periférico calibroso ligado ao soro fisiológico. Através desse acesso administram-se as drogas específicas. De acordo com American Heart Association (2005), medicamentos tais como, epinefrina, lidocaina, atropina, vasopressina, naloxona devem ser administrados pelo profissional competente via tubo endotraqueal.

Segundo American Heart Association (2005), o objetivo do diagnóstico diferencial é identificar a causa da parada, ou seja, identificar causas reversíveis e que necessitem de terapia específica, garantindo assim sucesso durante as manobras de ressuscitação.

Cuidados de Enfermagem

O Enfermeiro tem papel de coordenador durante o processo de reanimação de um paciente, pois é ele que na maioria das vezes, avalia primeiramente o paciente. Ele está ao lado do médico no processo de RCP, coordenando os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Segundo Gallo e Hudak (1997), o Enfermeiro responsável pelo paciente tem encargo contínuo no procedimento da RCP, a monitorização do ritmo cardíaco e os sinais vitais (PA, FC, FR), a desfibrilação, a administração de medicamentos, o registro de fenômenos, o controle das pessoas e a notificação ao médico atendente, além do apoio à família e amigos.

De acordo com American Heart Association (2005), os cuidados iniciais pós-ressuscitação não devem ultrapassar um período de 30 minutos que corresponde ao tempo necessário para o restabelecimento de circulação espontânea e a transferência para unidade de terapia intensiva, uma vez que o prognóstico principal diz respeito às funções neurológicas.

Para otimizar a perfusão tecidual, especialmente a cerebral, deve-se fornecer imediatamente suporte cardiorrespiratório através da avaliação primária e secundária. (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005)

Ainda segundo American Heart Association (2005), o paciente, após a ressuscitação, pode apresentar-se desde uma condição desperta e alerta, estável hemodinamicamente, a um estado comatoso, necessitando assim de monitorização hemodinâmica.

As diretrizes de 2005, American Heart Association (2005), ressaltam a importância do controle da temperatura e tratamento da febre pós-ressuscitação cardiopulmonar por parte dos profissionais. Enfatiza ainda que em paciente em estado comatoso após a ressuscitação de uma PCR deve se evitar a hipertermia e preferir os possíveis benefícios da hipotermia induzida (32 a 34°C) por 12 a 24 horas. Mostram também, estudos em pacientes adultos e pequenos resfriamentos cefálico e corporal em recém-nascidos têm trazido efeitos benéficos após a agressão isquêmica.

É importante ter em mente que o reconhecimento imediato de uma PCR e o tratamento da causa, objetivando evitar sequelas irreparáveis, e o monitoramento constante, são importantes para o prognóstico do paciente.

3. METODOLOGIA

Tratou-se de um trabalho de campo de natureza descritiva, qualitativa com variáveis quantitativas e foi desenvolvido nas Instituições de saúde das cidades de Pará de Minas/MG, Pitangui/MG e Papagaio/MG. Em Pará de Minas, o local de coleta dos dados foi uma Instituição Hospitalar, enquanto que nas demais localidades ocorreram em Centros de Saúde, porém os profissionais desenvolviam atividades também em hospitais.

A população foi constituída por todos os membros da equipe: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem que exerciam atividades nos turnos diurnos e noturnos e que desenvolviam suas atividades nos setores de pronto - socorro (PS), centro de terapia intensiva (CTI), bloco cirúrgico (BC), hemodiálise (HD) e na unidade de internação (UI) que envolve os apartamentos e enfermarias.

Foi elaborado e validado um formulário para obtenção de informações pertinentes ao estudo, composto de três partes. A primeira foi designada à identificação do profissional, já a segunda, revelou o perfil profissional e a última notificou o saber dos profissionais sobre o tema estudado. A coleta de dados foi realizada pelos alunos de Enfermagem do 6º período da FAPAM, após teste piloto, dentro do horário de jornada de trabalho dos pesquisados, no período de março a maio de 2008, obedecendo aos critérios de seleção para definição da amostra, após a autorização dos responsáveis das Instituições de Saúde e a assinatura do termo de livre consentimento, as coletas foram realizadas. Foram observados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução nº 196/96. (BRASIL, 1996), que estabelece as diretrizes, o preceito ético, garantindo o anonimato e sigilo.

Os dados obtidos através dos formulários foram tabulados e foram apresentados após serem analisados à luz da literatura específica sobre parada e reanimação cardiorrespiratória.

4. RESULTADOS

Entre os 153 profissionais que fizeram parte da amostra, 15 (9,8%) eram Enfermeiros, 77 (50,3%) Técnicos de Enfermagem e 61 (39,9%) Auxiliares de Enfermagem. Quanto ao gênero, apenas 22 (14,3%) eram do sexo masculino. Os dados demográficos estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição de categorias e sexo dos profissionais de Enfermagem

	Masculino	Feminino	Total
Enfermeiro	03	12	15
Técnico de Enfermagem	14	63	77
Auxiliar de Enfermagem	05	56	61
Total	22 (14,37%)	131 (85,63%)	153 (100%)

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Através do Gráfico 1, percebe-se que a maioria dos profissionais 72 (47,1%) desempenhavam suas atividades na UI, 32 (20,9%) no PS, 18 (11,8%) no BC, 17 (11,1%) no CTI e 14 (9,1%) no setor de HD.

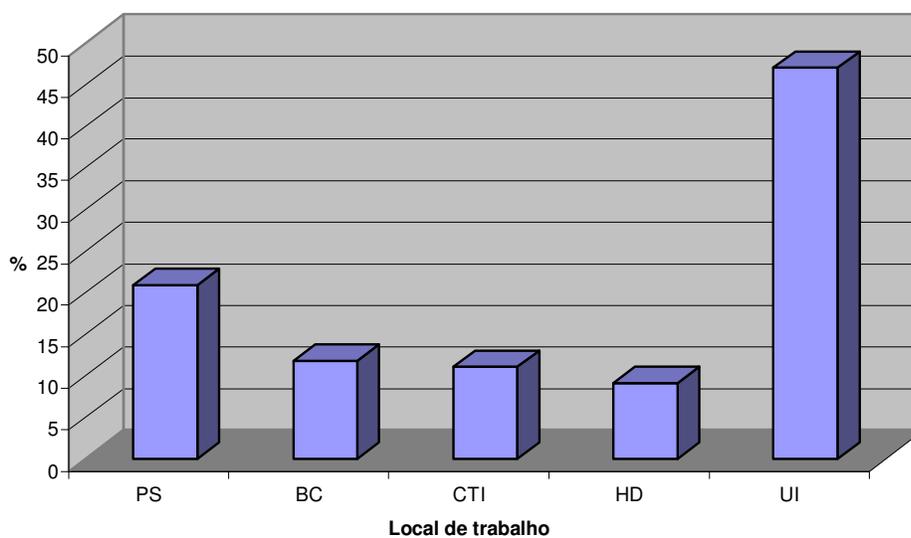


Gráfico 1 – Percentual dos profissionais de Enfermagem segundo local de trabalho

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Vislumbra-se através da Tabela 2, que 61 (39,9%) dos participantes possuíam um tempo superior a dez anos de formado, seguido daqueles formados no espaço de 5 a 10 anos, 22,8% e não houve participantes com menos de um ano da formado.

TABELA 2 - Distribuição de categorias e tempo de formado na respectiva classe dos profissionais de Enfermagem

	< 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	> 10 anos	Total
Enfermeiro	-	06	05	02	02	15
Técnico de Enfermagem	-	19	24	18	16	77
Auxiliar de Enfermagem	-	-	3	15	43	61
Total	-	25 (16,3%)	32 (21%)	35 (22,8%)	61 (39,9%)	153 (100%)

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Os turnos de desempenho das atividades são demonstrados no Gráfico 2.

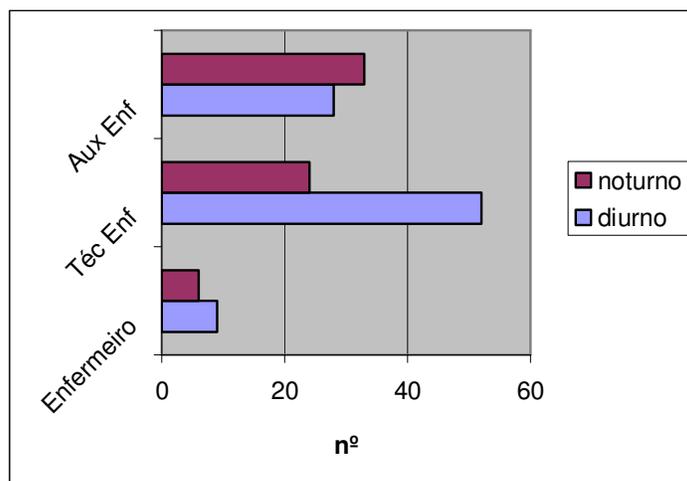


Gráfico 2 - Percentual de categorias profissionais por turnos de trabalho

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Mais da metade dos profissionais pesquisados nunca receberam nenhum tipo de treinamento sobre o tema, o que equivale a 52,9% e apenas 4 (2,6%) o adquiriram através do curso de suporte básico de vida, demonstrado na Tabela 3.

TABELA 3 – Atividades educativas realizadas pelos profissionais de Enfermagem, por categoria profissional.

	BLS	Especialização	Educação Continuada	Palestras/Seminários	Sem treinamento
Enfermeiro	2 (13,3%)	10 (66,7%)	1 (6,7%)	-	2 (13,3%)
Técnico de Enfermagem	2 (2,6%)	-	27 (35%)	14 (18,2%)	34 (44,2%)
Auxiliar de Enfermagem	-	-	10 (16,4%)	6 (9,8%)	45 (73,8)
Total	4 (2,6%)	10 (6,6%)	38 (24,8%)	20 (13%)	81 (53%)

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Dentre todas as formas de reciclagem, cursos, palestras e educação continuada, 15,6% se beneficiaram das mesmas em um espaço de tempo inferior a dois anos. Os dados estão evidenciados no Gráfico 3

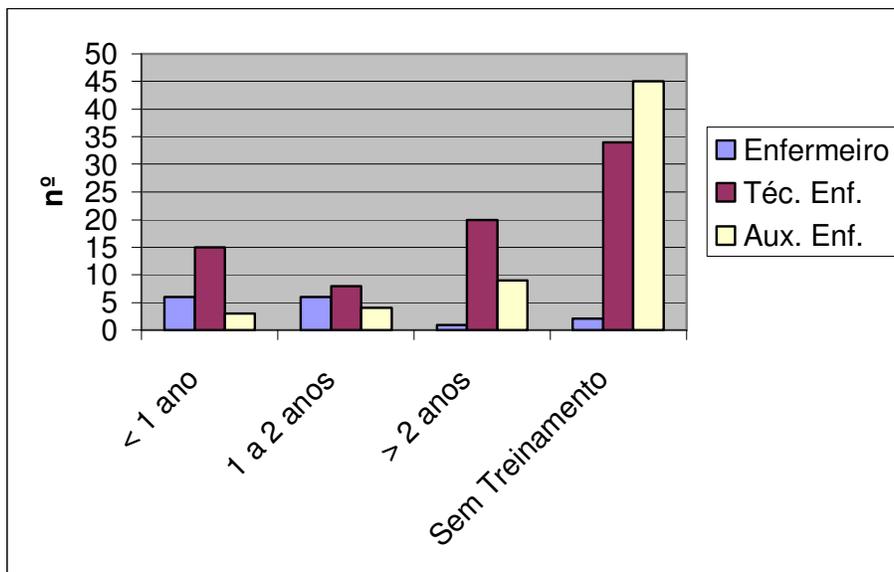


Gráfico 3 - Percentual de categorias profissionais por turnos de trabalho

Fonte: MENEZES, et al. 2008

De acordo com o Gráfico 4, quando questionados acerca dos sinais de PCR, 5 (33,3%) dos Enfermeiros reconheciam os sinais de PCR e 7 (60%) reconheciam apenas alguns deles. Dos Técnicos de Enfermagem, somente 9 (11,6%) souberam referir as esses sinais e 17 (22%) não os reconheciam. Já entre os Auxiliares de Enfermagem 55 (90,2%) mencionaram sobre os sinais e 6 (9,8%) não os distinguiram.

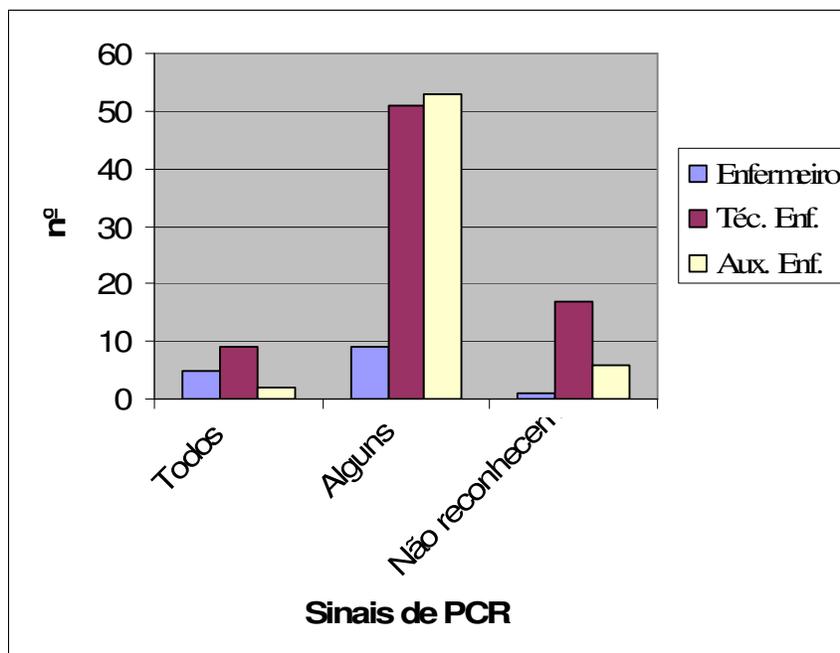


Gráfico 4 – Reconhecimento dos sinais de PCR por categoria profissional

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Já a Tabela 4, demonstra os sinais identificados pelos profissionais pesquisados.

TABELA 4 – Sinais de PCR identificados por categoria profissional, em porcentagem

	Inconsciência	Apnéia	Ausência de batimentos cardíacos	Não reconhecem
Enfermeiro	06	13	15	-
Técnico de Enfermagem	14	48	50	17
Auxiliar de Enfermagem	03	40	43	6

Fonte: MENEZES, M.G.B., et al. 2008

Entre os Enfermeiros 14 (93,3%) possuíam informação sobre a administração de drogas através do tubo endotraqueal, quanto aos Técnicos de Enfermagem, 61 (79,2%) e somente 31 (50,8%) dos Auxiliares detinham esse conhecimento. É importante revelar, porém, que Narcam não é uma droga comumente utilizada em quadro de PCR. A tabela 5 elucidada as drogas reveladas.

TABELA 5 – Conhecimento sobre as drogas a ser administradas em PCR, em porcentagem, por categoria profissional

	Adrenalina	Atropina	Lidocaina	Narcam	Vasopressina
Enfermeiro	13	8	3	-	-
Técnico de Enfermagem	50	21	5	4	-
Auxiliar de Enfermagem	29	12	5	-	-

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Quando questionados sobre os diagnósticos eletrocardiográficos das quatro modalidades de parada cardíaca, fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular (TV), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia que conduzem ao procedimento de RCP, evidenciou-se que 5 (33,3%) Enfermeiros não souberam reconhecê-los, quanto aos Técnicos de enfermagem 43 (55,8%). A Tabela 6 revela os ritmos mais reconhecidos.

TABELA 6 – Percentual de ritmos mais reconhecidos, por categoria profissional

	F.V.	T.V.	A. E.S.P.	Assistolia
Enfermeiro	6	6	8	10
Técnico de Enfermagem	12	16	29	34
Auxiliar de Enfermagem	6	12	22	31

Fonte: MENEZES, et al. 2008

Mesmo com os resultados revelados, 93 (60,7%) dos profissionais se consideraram aptos a prestarem esse tipo de atendimento (TABELA 7).

TABELA 7 – Auto-avaliação dos profissionais, por categoria profissional.

	Aptos	Não aptos
Enfermeiro	11 (7,1%)	4 (2,6%)
Técnico de Enfermagem	50 (32,6%)	27 (17,6%)
Auxiliar de Enfermagem	32 (21%)	29 (18,9%)

Fonte: MENEZES, M.G.B., et al. 2008

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção foi descobrir o nível de conhecimento sobre PCR dos profissionais de enfermagem, estimulando-os a participarem de atividades que

favoreçam a obtenção de novos conhecimentos, com finalidade de melhorar e aperfeiçoar essa prática.

Ficou evidente, que muito há para fazer e aprender, a ideia é que com a proposta da educação permanente em saúde, haja melhorias na educação dos profissionais, de forma a abarcar a aprendizagem significativa e melhorar a qualidade do atendimento ao consumidor final dos serviços de saúde.

Todos os profissionais, nos diferentes níveis, deverão estar centrados na sua importância e responsabilidades ao atendimento em todos os níveis de saúde, pois através desse atendimento pode-se diminuir o número precoce de óbitos e minimizar as sequelas decorrentes da má assistência prestada. Hoje, com as técnicas já aprimoradas e susceptíveis a reavaliações, tem sido de suma importância aumentar as chances de vida das pessoas socorridas no ato de acidentes e de vítimas de arritmias malignas.

Ainda há muito que aprender sobre RCP, pois o sucesso no atendimento decorre de uma assistência de qualidade em tempo hábil e de uma equipe bem treinada. A padronização no manejo da RCP é ponto fundamental na sobrevivência de pacientes pós PCR. Dessa forma, o profissional da saúde deverá estar atualizado quanto às novas diretrizes publicadas, principalmente os gestores e multiplicadores, através de uma visão descentralizada da promoção da saúde em benefício do próprio cliente.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, Barbara. **ACLS, Advanced Cardiac Life Support: emergências em cardiologia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida: manual para Provedores da Saúde**. Waverly Hispamica S.A, Ediciones Medicas em Espanhol y Português, 2005.

BARBOSA, Fabiano Timbó et al. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 15 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Resolução 196/96: diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Informe Epidemiológico do SUS**, v. 5, n. 2 p. 12 – 14, abr/jun. 1996.

CARDOSO, Luiz Francisco et al. **Hospital Sírio Libanês: manual Sírio Libanês sobre PCR**. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/manuais_guias/pdf/guiamanualpcr.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2008.

FILGUEIRAS FILHO, Nivaldo Menezes et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador – Bahia sobre o atendimento de vítimas com parada cardiorrespiratória. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 5, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001800014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2008.

GALLO, Barbara M.; HUDAK, Carolyn M. **Cuidados intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. cap. 13, p. 194-282.

LEITÃO, Érika de Azevedo et al. Atualização em ressuscitação cardiopulmonar. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 6, p. 4–12, jan./jun. 2005.

MORAIS, Daniela Aparecida. **Parada cardiorrespiratória em Ambiente pré-hospitalar: ocorrências Atendidas Pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2007. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

NOGUEIRA, José Mauro. Ressuscitação Cardiopulmonar. In: COUTO, Renato Camargos et al. **RATTON: emergências médicas e terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 14, p.122–138.

TIMERMAN, Sergio et al. Desfibrilação imediata: In: COUTO, Renato Camargos et al. **RATTON: emergências médicas e terapia intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 15, p.139–154.

TIMERMAN, Sergio et al. Ponto de vista: Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR). Papel nas novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2005-2010. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 5, nov. 2006.

ZAGO, A. C. et al. Ressuscitação cardiorrespiratória: atualização, controvérsias e novos avanços. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 363-374, mar. 1999. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7203/72030009.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2008.