



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ENFERMAGEM - BACHARELADO**

CAMILA CABRAL BRITO DE SOUZA

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO
CARDIOPULMONAR: EU CONHEÇO?**

**Salvador
2016**

CAMILA CABRAL BRITO DE SOUZA

**PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO
CARDIOPULMONAR: EU CONHEÇO?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para obtenção do título de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof^a Msc Suiane Costa Ferreira.

**Salvador
2016**

CAMILA CABRAL BRITO DE SOUZA

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: EU CONHEÇO?

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia- UNEB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___.

Banca Examinadora:

Orientadora- Suiane Costa Ferreira
Msc. Em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia
Professora da Universidade do Estado da Bahia

1ª examinadora- Ceci Figuerêdo da Silva
Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva
Professora da Universidade Estadual da Bahia

2ª examinadora- Cristiane Purificação de Oliveira Teixeira
Especialização em Centro Cirúrgico, SRPA e CME
MBA em Gestão de Saúde e Controle de Infecção
MBA em Auditoria e Serviços de Saúde
Professora da Universidade do Estado da Bahia

AGRADECIMENTOS

Enfim, mais uma etapa concluída. Todos os esforços foram necessários e válidos para o alcance deste objetivo, muitas pessoas foram importantes para a superação das dificuldades ao longo dessa jornada. Agradeço a DEUS pelo dom da vida, sem ele essa caminhada jamais seria possível.

Agradeço também aos meus pais por todo o amor e cuidado, as amizades conquistadas que colaboraram com essa construção, o meu imenso agradecimento, em especial a Martinha, Michelle, Lucas, Carlos meu preceptor de estágio por todas as contribuições e amparo quando necessitei.

As minhas professoras por todo o conhecimento compartilhado em especial a Professora Suiane Costa Ferreira, pela parceria para a realização desse trabalho, pelas suas correções e por ser uma excelente profissional, a qual me espelho.

Sigo a minha caminhada levando na bagagem tudo o que aprendi...

Tudo tem começo e meio. O fim só existe para quem não percebe o recomeço. (Autor desconhecido).

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como a ausência da atividade circulatória e respiratória em indivíduo com possibilidade de restauração da função cardiopulmonar e cerebral. Acometem milhares de pessoas no Brasil, com incidência de 200 mil mortes por ano. O suporte básico de vida é o principal meio de reversão da PCR. Por isso se faz importante a discussão sobre PCR e Suporte Básico de Vida (SBV) durante a graduação preparando o futuro profissional para uma atuação eficiente. O presente trabalho teve como objetivo verificar o nível de conhecimento dos graduandos de enfermagem de uma universidade pública estadual quanto aos sinais de parada cardiorrespiratória e a sequência assistencial para as manobras de reanimação cardiopulmonar. Trata-se de um estudo de campo de caráter descritivo exploratório, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), por meio de um questionário estruturado aplicado aos discentes cursando o penúltimo e último semestre do curso. Concluímos que poucos graduandos saberiam o que fazer diante de uma vítima de PCR, assim como realizar intervenções de suporte básico de vida necessárias para reversão da PCR. Isso é preocupante, pois a ausência destes conhecimentos comprometem a identificação o diagnóstico e a implementação correta do suporte básico de vida (SBV) adulto e pediátrico, tão importante para um melhor prognóstico nestes casos. A RCP é vital para a reversão dos quadros de PCR e deve ser conhecimento prioritário de todos os discentes que atuam na assistência ao paciente para que se possa promover um melhor prognóstico em casos de parada cardiorrespiratória.

Palavras-Chave: Ressuscitação Cardiopulmonar, Parada Cardiorrespiratória, Conhecimento de graduandos de enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos graduandos de enfermagem pesquisados em uma universidade pública estadual. Salvador, 2016	24
Tabela 2- Conhecimento teórico dos graduandos sobre os sinais que caracterizam a parada cardiorrespiratória. Salvador, 2016	25
Tabela 3- Ações para realizar o diagnóstico imediato de parada cardiorrespiratória de acordo com os graduandos de enfermagem. Salvador, 2016.....	26
Tabela 4- Ações de suporte básico de vida a serem realizadas frente a parada cardiorrespiratória no adulto de acordo com os graduandos. Salvador, 2016	29
Tabela 5- Ações de suporte básico de vida a serem realizadas frente a parada cardiorrespiratória em crianças de acordo com os graduandos. Salvador,2016.	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Conhecimentos suficientes/ conhecimentos insuficientes, baseado no percentual de acertos individual dos graduandos. Salvador, 2016	33
Gráfico 2- Discussões sobre suporte básico de vida nas disciplinas curriculares de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016.....	34
Gráfico 3- Realização de atualização sobre parada cardiorrespiratória de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016.....	35
Tabela 4- Motivo de realização da atualização sobre parada cardiorrespiratória durante a graduação de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016.	36

LISTA DE ABREVIATURAS

AESP	Atividade elétrica sem pulso
AHA	American Heart Association
DEA	Desfibrilador externo automático
FV	Fibrilação ventricular
PCR	Parada Cardiorrespiratória
SAV	Suporte avançado de vida
SBV	Suporte básico de vida
TV	Taquicardia ventricular

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 FISIOPATOLOGIA DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	14
3.2 RITMOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	15
3.3 SUPORTE BÁSICO DE VIDA	16
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	21
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO	21
4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA DO ESTUDO	21
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA	22
4.5 ANÁLISE DE DADOS	22
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	41
ANEXO	45

1. INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência muitas vezes inesperada que constitui uma grave ameaça à vida, sobretudo para os que sofrem parada cardíaca súbita fora do ambiente hospitalar.

A PCR é definida como a ausência da atividade circulatória e respiratória em indivíduo com possibilidade de restauração da função cardiopulmonar e cerebral (GUIMARÃES; FALCÃO; ORLANDO, 2009). Pode acontecer por diversas causas, sendo as mais comuns de origem cardíaca como a Doença Arterial Coronária, Arritmias Cardíacas, Infarto Agudo do Miocárdio, Doença Valvular Cardíaca, Miocardite, Doença Cardíaca Congênita, Tamponamento Pericárdico. Existem ainda as que são provocadas por causas não cardíacas, como a Embolia Pulmonar, Engasgo, Asfixia, Ingestão de Drogas, Hipoglicemia, Reações Alérgicas, Choque Elétrico, entre outras (AEHLERT, 2007).

No Brasil, a cada ano, estima-se uma incidência de 200 mil mortes referente à PCR, sendo que metade dos casos ocorre em ambiente hospitalar e a outra metade em locais como casas, aeroportos, shoppings centers, praia e estádios de futebol. A prevalência das PCRs é maior em adultos, no entanto crianças também são afetadas (GONZALEZ et al., 2013).

A sobrevida das vítimas está diretamente relacionada ao tempo de atendimento, assim como a qualidade das manobras de reanimação e a desfibrilação precoce, que influenciam não só na sobrevida, mas também no prognóstico neurológico.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que a desfibrilação ocorra até 5 minutos após a PCR, uma vez que a cada minuto transcorrido do início do colapso, sem a desfibrilação, as chances de sobrevivência diminuem em 7 a 10% (GONZALEZ; TIMERMAN, 2012). Com as manobras de reanimação, essa redução é mais gradual, entre 3 a 4% por minuto. Portanto as ações iniciais de atendimento, a reanimação cardiopulmonar e a desfibrilação, contribuem para sobrevivência de 75% dos quadros de PCRs (GONZALEZ et al., 2013).

A American Heart Association (2015) criou o conceito de cadeia de sobrevivência, para melhor assistir as vítimas de PCR, tanto extra como intra-hospitalar que inclui a prevenção, a identificação e a priorização de ações, a partir

do reconhecimento imediato da PCR o acionamento do serviço de emergência/urgência com início imediato das manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), ênfase nas compressões torácicas, rápida desfibrilação, suporte avançado de vida e cuidados pós PCR integrados.

A parada cardiorrespiratória é mais comumente observada nas áreas intra-hospitalares consideradas críticas como as unidades de emergência, unidades de terapia intensiva, unidade coronariana e salas de cirurgia. Porém, com crescente aumento na frequência de ocorrências em áreas não críticas e no ambiente pré-hospitalar, há a necessidade de conhecimento e capacitação para todos os profissionais de saúde (BELLAN, 2006).

Para Feitosa et al. (2006) o atendimento da PCR deve ser conhecimento prioritário de todo profissional de saúde, o que inclui o acadêmico de enfermagem.

De acordo com Kavakame (2011) os profissionais de enfermagem deparam-se continuamente com situações na assistência que envolve risco de morte e que demandam ações de média e alta complexidade. Bertoglio et al. (2008) em seus estudos referem que os profissionais de enfermagem são os primeiros a constatarem a PCR e iniciarem as manobras de suporte básico de vida enquanto aguardam a equipe de suporte avançado de vida chegar. Por isso, se faz importante que esta discussão sobre PCR e cadeia de sobrevivência seja discutida durante toda a graduação, preparando o futuro profissional para uma atuação eficiente.

A American Heart Association (2015) afirma que a presença de uma pessoa treinada melhora o prognóstico no atendimento da parada cardiorrespiratória. Deste modo, dentro deste contexto surge a seguinte questão norteadora: Qual o nível de conhecimento dos graduandos de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia sobre Parada Cardiorrespiratória e Suporte Básico de Vida?

A motivação para escolha desta temática surgiu a partir da minha vivência enquanto estagiária no Programa PERMANECER SUS, na emergência de um Hospital público estadual, no qual presenciei parada cardíaca súbita em pacientes e, muitas vezes, a desorganização da equipe diante desta intercorrência. A partir disso, passei a estabelecer correlações com a teoria discutida na Universidade e diante das diversas atualizações das diretrizes para o suporte básico de vida, surgiu em mim o desejo de verificar o conhecimento dos formandos de enfermagem para atuar diante de uma PCR.

Esta pesquisa poderá contribuir para ampliar a discussão sobre a importância do conhecimento de SBV entre os graduandos de enfermagem desta universidade. A formação de discentes na área de saúde com domínio em Reanimação Cardiopulmonar (RCP) é de fundamental importância para um melhor enfrentamento das situações de emergência que podem ocorrer em ambiente hospitalar ou não.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar o nível de conhecimento dos graduandos de enfermagem de uma universidade pública estadual quanto aos sinais de parada cardiorrespiratória e a sequência assistencial para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever os parâmetros utilizados pelos estudantes de enfermagem para realizarem o diagnóstico imediato de PCR
- Identificar as intervenções adotadas pelos estudantes diante de uma parada cardiorrespiratória.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: DEFINIÇÃO E FISIOPATOLOGIA

Na literatura existem diversos conceitos de Parada Cardiorrespiratória, no entanto todos convergem na gravidade da situação, onde nenhuma situação clínica supera sua prioridade no atendimento. (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006)

Para a Comissão Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória da Sociedade Brasileira de Cardiologia (1996, p. 377), “PCR é a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular, útil e suficiente, e da respiração levando a morte clínica”.

Dados brasileiros obtidos pelo DATASUS demonstram que 35% das mortes em adultos no país decorrem de doenças cardíacas, e que a maioria das PCRs é devido à doença arterial coronária (MARTINS et al., 2014). A PCR é frequentemente a primeira e única manifestação da aterosclerose coronariana, o que ressalta a importância dos esforços de prevenção e modificação dos fatores de risco (BERTOGLIO et al., 2008).

De acordo com Bevilacqua e Pinheiro (1995) a maioria das PCRs decorre da isquemia miocárdica, pois a ausência de circulação conduz ao desequilíbrio entre a oferta e consumo de oxigênio e ocasiona rapidamente acidose intracelular e extracelular, com perda da integridade da membrana celular e redução do potencial de repouso transmembrana.

Esses fatores celulares retardam a despolarização e a condução do estímulo elétrico, criando condições para uma atividade elétrica fragmentada e vias de reentradas locais, que facilitam o desenvolvimento de arritmias (BEVILACQUA; PINHEIRO, 1995).

O principal substrato anatomopatológico da PCR é a disfunção miocárdica provocada pela hipóxia celular que impede que as fibras musculares e as fibras de condução cardíacas possam manter os diferenciais normais de concentração de eletrólitos através de suas membranas, de forma tal que toda excitabilidade pode ser afetada contribuindo para o desaparecimento do ritmo organizado (GUYTON; HALL, 2011).

Na presença de um quadro suspeito, o diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível. A PCR é clinicamente diagnosticada na presença de condições

como inconsciência, apneia ou respiração agônica e ausência de pulso em grandes artérias (KNOBEL, 2006).

A inconsciência pode ser avaliada através de estímulo verbal ou tátil, se o socorrista não obtiver nenhuma resposta às vias aéreas deverão ser avaliadas, observando a expansibilidade torácica ou ruídos respiratórios, simultaneamente da checagem do pulso carotídeo ou femoral. O socorrista não deve levar mais do que 10 segundos verificando o pulso e, caso não tenha certeza de pulsação, deverá iniciar as manobras de reanimação cardiopulmonar imediatamente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Nos momentos iniciais de uma PCR a vítima poderá apresentar gasping agônico, que corresponde a uma respiração anormal, podendo apresentar-se como resfôlego, gemido ou ronco. Se a vítima apresentar esses sinais, mas não responder aos chamados, e não apresentar pulso é sinal de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e as ações de Suporte Básico de Vida (SBV) deverão ser colocadas em prática (GONZALEZ et al., 2013).

3.2 RITMOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Segundo o Consenso de Reanimação Cardiopulmonar da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), a PCR pode apresentar-se sobe a forma de quatro ritmos: Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular Sem Pulso (TVSP), Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) e Assistolia.

A assistolia é caracterizada como a ausência de qualquer atividade elétrica ou mecânica das células contráteis do coração, sendo a causa de PCR de pior prognóstico. A Fibrilação ventricular consiste na contração descoordenada do miocárdio em consequência da atividade de diferentes fibras miocárdicas, resultando na ineficiência em manter um fluxo sanguíneo adequado. Esse mecanismo de parada cardíaca corresponde a 80% dos casos em adultos. Devido à ausência de contração organizada inviabiliza-se a manutenção do débito cardíaco, o que gera perda da consciência, apneia e parada cardiorrespiratória (KNOBEL, 2006).

Na Taquicardia Ventricular Sem Pulso, há uma sucessão rápida de batimentos ectópicos que podem levar na deterioração hemodinâmica, ocasionando a ausência de pulso arterial palpável. A atividade elétrica sem pulso é caracterizada pela ausência de pulso detectável, mesmo na presença de atividade

elétrica cardíaca, que demonstra a existência de algum fator que impede o acoplamento entre a atividade elétrica organizada do miocárdio e a contração muscular efetiva que deveria resultar dessa atividade (MARTINS et al., 2014).

A Atividade Elétrica sem Pulso pode ser provocada por condições resumidas pelo mnemônico 5Hs e 5ts, sendo estas possíveis causas tratáveis da PCR: Hipovolemia, Hipóxia, Hipotermia, Hipo ou Hipercalemia, Acidose provocada pelo acúmulo do íon Hidrogênio, Tamponamento Cardíaco, Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo), Toxicidade (overdose de drogas), Trombose coração (síndrome coronária aguda) ou Trombose pulmonar (embolia pulmonar maciça) (AEHLERT, 2007).

Em ambiente extra-hospitalar a maioria das paradas é decorrente de ritmos como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, já em ambiente hospitalar prevalece à atividade elétrica sem pulso e assistolia (GONZALEZ; TIMERMAN, 2012). Esse perfil demonstra que a PCR em ambiente hospitalar é um evento que reflete uma deterioração clínica progressiva, diferente do que acontece no ambiente extra-hospitalar, em que grande parte das PCRs acontece de forma súbita devido a quadro isquêmico agudo do coração (GONZALEZ et al., 2013).

A sobrevivência dos pacientes que apresentam esses ritmos de PCR depende da integração do suporte básico de vida, do suporte avançado de vida e dos cuidados pós- reanimação.

3.3 SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Os aspectos fundamentais do SBV incluem o reconhecimento imediato da parada cardíaca súbita, ativação do sistema de resposta de emergência, início da RCP e a desfibrilação rápida com o desfibrilador externo automático (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O Suporte Básico de Vida pode ser realizado por profissionais de saúde e por leigos treinados. O fundamento desse suporte está nas compressões torácicas, ventilação e desfibrilação precoce (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Essas ações são substanciais para manter a viabilidade do sistema nervoso central, coração e outros órgãos até o reestabelecimento das funções cardíacas espontâneas. As compressões torácicas bombeiam sangue do coração para todo o

corpo, criando fluxo sanguíneo e permitindo que órgãos como cérebro que não armazenam oxigênio e glicose seja perfundido (KNOBEL, 2006).

O posicionamento adequado das mãos é primordial para a efetividade das compressões. Para realização das manobras de RCP o socorrista deverá posicionar a vítima em decúbito dorsal, sobre uma superfície rígida e plana, remover roupas que cobrem o tórax e posicionar a região hipotenar de uma das suas mãos no centro do peito despido, apoiar a outra mão entrelaçando os dedos, e comprimir o tórax. A pressão deve ser transmitida ao esterno pelo peso dos ombros e tronco com rapidez, numa profundidade de no mínimo 5 centímetros, e no máximo 6, e a cada compressão o retorno do tórax deve ser permitido para que o sangue flua para o coração, e as compressões criem fluxo sanguíneo para órgãos e tecidos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A American Heart Association (2015) recomenda ciclos de trinta compressões para duas ventilações (30:2), com compressões realizadas em uma frequência de no mínimo 100 e no máximo 120 por minuto para indivíduos de todas as idades, a exceção dessa regra para crianças e lactentes que recomenda 15 compressões para duas ventilações se dois socorristas. As compressões devem ser interrompidas somente para ventilação, verificação do pulso ou para a administração de choques. As compressões se forem realizadas de forma incorreta não produzem fluxo sanguíneo adequado para o cérebro além de provocar lesões em costelas e outras complicações.

Independente da técnica utilizada para aplicar as ventilações, será necessário à abertura da via aérea para a reanimação bem sucedida. Essa técnica poderá ser realizada com a manobra de inclinação da cabeça e elevação do mento, e se houver suspeita de trauma, o socorrista deverá utilizar a manobra de elevação do ângulo da mandíbula em virtude do risco de lesão da coluna cervical ou extensão de lesões pré-existentes. Com a cabeça devidamente posicionada e a orofaringe desobstruída, as ventilações devem ser realizadas em uma proporção de 30 compressões para 2 ventilações, com duração de 1 segundo cada, fornecendo quantidade de ar suficiente para promover a elevação do tórax (GONZALEZ et al., 2013).

A desobstrução das vias aéreas permite o retorno da ventilação espontânea em casos de asfixia por obstrução e favorece o início das manobras de ventilação. A ventilação com bolsa-válvula-máscara insuflador manual deve ser utilizada na

presença de dois socorristas, um responsável pelas compressões e o outro por aplicar as ventilações com o dispositivo (GONZALEZ et al., 2013).

A ênfase na desfibrilação precoce integrada com a RCP de alta qualidade é o tratamento específico para PCR em Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso. A desfibrilação consiste na aplicação de corrente elétrica de grande amplitude num curto período de tempo, que tem a finalidade de reversão das arritmias cardíacas (GONZALEZ; TIMERMAN, 2012). A corrente elétrica que atravessa o coração, determinará uma assistolia elétrica em todo o miocárdio permitindo que o sistema de condução elétrica intracardiaco, possa responder ao nó sinusal, marca-passo natural do coração e, com sincronismo, e de forma organizada o bombeamento é restabelecido em pacientes que apresentam Fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso (MARTINS et al., 2014).

O desfibrilador externo automático é o aparelho com a capacidade de interpretar o ritmo cardíaco e determinar se a desfibrilação será necessária, e com isso elimina a necessidade do médico interpretar o sinal do eletrocardiograma antes da desfibrilação. Seu uso também é recomendado para ambiente hospitalar como forma de facilitar a desfibrilação precoce especialmente nas áreas cujo profissionais não estejam capacitados para reconhecer ritmos ou em que o uso dos desfibriladores não sejam frequentes (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

De acordo com Guimarães e Lopes (2005), no Brasil, depois da morte de um jogador de futebol, em 2004, durante uma partida transmitida ao vivo, o Desfibrilador Automático Externo (DEA) se tornou mais conhecido e acessível à população. Em alguns municípios do país, como São Paulo, já foram estabelecidas legislações próprias que torna obrigatório a garantia de DEAs em locais como shopping centers, estações de metro, aviões, estádios de futebol, academias, que tenha uma circulação de 1.500 pessoas dia, e determina que pelo menos 30% das pessoas que trabalham nesses locais sejam treinados em suporte básico de vida.

As Diretrizes da American Heart Association (2015) também recomendam a disponibilização desses equipamentos em locais públicos, nos quais exista a probabilidade de PCR presenciada, assim como programas de treinamento em suporte básico de vida a população. As instituições de ensino e universidades por serem locais de grande circulação de pessoas deveriam ter incentivo na compra do DEA, assim como o treinamento de pessoas para agirem nessas situações e prestarem o SBV.

Em crianças, diferente dos adultos, a Parada Cardiorrespiratória é resultante em 90% dos casos devido a deterioração respiratória, ocasionado pela obstrução de vias aéreas. A parada primariamente cardíaca é rara nessa faixa etária, sendo caracterizada como um evento súbito tal como ocorre em adultos (JÚNIOR; BURNS, LOPEZ, 2014).

A mortalidade em crianças é maior do que em adultos e tem permanecido elevada, devido a inexistência de ações de suporte básico de vida das pessoas que a testemunham (GONZALEZ et al., 2013).

Visando otimizar o atendimento com o intuito de aumentar a chance de uma pessoa executar a RCP, a American Heart Association (2015) recomenda seguir a mesma sequência de ações praticadas no SBV em adultos, através das compressões torácicas, abertura das vias aéreas, ventilação e desfibrilação.

Nas crianças a faixa etária é frequentemente a característica primária que orienta a decisão de como aplicar as técnicas de reanimação cardiopulmonar, uma vez que, essas vão sofrer alterações, devido as variações anatômicas e fisiológicas de cada idade.

Para a constatação da PCR o socorrista deverá avaliar se a vítima está inconsciente. No lactente deve-se avaliar através de estímulos nos pés, e na criança através do toque nos ombros, se ambos não reagirem aos estímulos, é sinal de inconsciência (GONZALEZ et al., 2013).

Logo após, a respiração deverá ser avaliada através da observação da expansão do tórax e da elevação do abdome ou presença de respiração agônica. Se o lactente ou criança não estiver respondendo e não tiver respirando ou apenas apresentar gasping, os profissionais de saúde poderão aguardar até 10 segundos na tentativa de sentir o pulso (braquial em bebês e carotídeo ou femoral em crianças). Se, em 10 segundos, o socorrista não sentir o pulso, ou estiver inseguro quanto a localização, as compressões torácicas deverão ser iniciadas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

O ponto de referência para as compressões torácicas em Lactentes é abaixo da linha intermamilar. O socorrista deverá traçar uma linha imaginária entre os mamilos, colocar dois dedos logo abaixo da linha intermamilar, no centro do peito e comprimir o tórax numa profundidade de cerca de 4cm. Para crianças a partir de 1 ano até a idade adulta, a metade inferior do esterno é a localização adequada, as compressões poderão ser realizadas através da região hipotenar com 1 ou 2 mãos

dependendo do diâmetro anteroposterior da vítima, comprimir o tórax numa profundidade de cerca de 5 cm, e sempre permitir o retorno total do tórax, a sua posição inicial, após cada compressão (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

A proporção de compressão, ventilação deve ser de 30:2, com cerca de 5 ciclos de compressão/ventilação, desde lactentes até adultos para todos os socorristas que estão sozinhos. Para RCP com dois socorristas a proporção é de 15:2 para lactentes e crianças de 1 ano até a adolescência (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Muitos pacientes não revertem a parada cardíaca apenas com as manobras de suporte básico, e requerem a integração das ações com suporte avançado. No entanto as ações realizadas no SBV apresentam maior impacto sobre o prognóstico da vítima.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritiva exploratória, com abordagem quantitativa.

O enfoque quantitativo segundo Turato (2005) caracteriza-se pelo emprego de quantificação, no tratamento dos dados coletados, através de técnicas estatísticas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), campus I, Departamento de Ciências da Vida, localizado na cidade de Salvador-BA. No período de maio a agosto de 2016.

A UNEB é a maior instituição pública de ensino superior da Bahia, fundada em 1983, presente geograficamente em todas as regiões do Estado, estruturada no sistema multicampi.

Possui atualmente mais de 150 opções de cursos e habilitações na modalidade presencial e de educação a distância, oferecidos nos 29 departamentos. Dentre estes, destaca-se o Departamento de Ciências da Vida, situado no Campus I, Salvador-BA, que se constitui como uma das células básicas da Universidade, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão através dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, tornando um espaço de construção de conhecimento e práticas interdisciplinares.

4.3 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Os sujeitos deste estudo foram graduandos concluintes do curso bacharelado em enfermagem.

O critério de inclusão eleito para participar foi estar matriculado no último ano da graduação. Esse critério se justificou por entendermos que os graduandos estão em campo, exercendo suas atividades de forma mais independente em unidades básicas e de média e alta complexidade e a temática investigada tenha sido abordada em algum momento durante a graduação.

Como critério de exclusão definiu-se não possuir outra graduação na área da saúde ou ser profissional socorrista como bombeiro, salva-vidas.

Por se tratar de um estudo censitário a população incluiu todos os graduandos do penúltimo e último semestre do curso de enfermagem.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para realização desta pesquisa, foi aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE A), formado por questões abertas e fechadas, com o objetivo de caracterizar os estudantes e levantar seus conhecimentos gerais sobre a temática da pesquisa.

O questionário estruturado é um instrumento de coleta de dados, composto por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (APPOLINÁRIO, 2012)

As questões sobre Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Suporte Básico de Vida foram baseadas nas diretrizes da Sociedade Americana de Cardiologia sobre ressuscitação cardiopulmonar e emergências cardiovasculares (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados objetivos foram inseridos em planilhas no programa Excel 2011 (Windows) sendo em seguida realizado análise descritiva, calculando-se as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis estudadas.

Para as questões abertas do questionário, inicialmente foi realizada leitura flutuante de todo o material coletado, tentando apreender de uma forma global as ideias principais. Em seguida, as respostas foram classificadas em: corretas- quando todos os conteúdos mínimos foram citados, parcialmente correta - quando um ou mais conteúdos mínimos não foram citados e incorreta - quando nenhum dos conteúdos mínimos foram citados. Após essa classificação, os dados foram analisados descritivamente.

Para avaliação do grau de conhecimento sobre o tema, foram estabelecidas duas categorias baseadas no percentual individual de acertos do graduando, sendo: nível de conhecimento satisfatório – número individual de acertos $>$ ou $=$ a 75%; nível de conhecimento insatisfatório – número individual de acertos $<$ 75%. Para

delimitação desse percentual de acertos, levou-se em consideração os estudos realizados por Boaventura et al. (2010) e Couto (2011), que adotaram percentuais de 85% e 70%, respectivamente, de acertos para um conhecimento suficiente sobre suporte básico de vida (SBV). Além disso, os cursos de SBV existentes no Brasil consideram um percentual de acertos igual ou superior a 85% em seus exames para emissão dos certificados de aprovação.

Os dados foram representados sob forma de tabelas e gráficos. E discutidos com base na literatura específica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, este trabalho foi submetido a análise de um Comitê de Ética em pesquisa, recebendo a autorização sob o protocolo nº 1.519.149 (ANEXO A) Durante todo o período de realização da pesquisa foi obedecido todos os princípios éticos, respeitando a resolução 466/2012 a qual trata de aspectos, como a garantia de sigilo aos participantes a liberdade de recusa ou retirada do consentimento em qualquer fase do estudo.

Antes de responder ao questionário, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi garantido o sigilo de todos os sujeitos participantes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população deste estudo foi composta por 27 graduandos cursando o penúltimo e último semestre do curso de enfermagem, destes 1 contemplou o critério de exclusão, 1 aluno não foi encontrado, 2 não quiseram participar da pesquisa, 1 é a autora da pesquisa.

Assim, a amostra deste estudo foi composta por 22 graduandos-formandos, cuja maioria era do sexo feminino (86,4%), com média de idade de 25,7 anos, conforme tabela abaixo.

Tabela 1- Caracterização dos graduandos de enfermagem pesquisados em uma universidade pública estadual. Salvador, 2016. (n=22)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	19	86,4%
Masculino	3	13,6%
*Idade		
20 a 25	15	68,2%
26 a 30	5	22,8%
31 a 35	1	4,5%
36 a 40	1	4,5%
Semestre em curso		
Penúltimo	6	27,2%
Último	16	72,8%
*Média de idade: 25,7 anos		

Fonte: Elaboração própria

O predomínio de acadêmicos do sexo feminino nesta pesquisa corrobora com muitos estudos na literatura que ratificam o contexto histórico dessa profissão marcado pelo predomínio da força de trabalho feminina.

Com relação à idade, os discentes apresentaram uma média de 25,7 anos de idade, com mínimo de 22 e máximo de 40 anos. A presença de discentes mais jovens concluindo o curso de enfermagem pode ser considerada como fator positivo à medida que esses jovens profissionais poderão vivenciar novas oportunidades mais cedo, gerando perspectiva de crescimento e progresso na profissão. (BRITO; BRITO; SILVA, 2009)

Com relação ao conhecimento teórico dos discentes acerca dos sinais clínicos da parada cardiorrespiratória (PCR), constatou-se que 59,2% (13) discentes afirmaram que essa situação caracteriza-se pela perda da consciência, ausência de pulso e respiração.

Tabela 2. Conhecimento teórico dos graduandos sobre sinais que caracterizam a parada cardiorrespiratória. Salvador, 2016. (n=22)

Respostas dos graduandos	n	%
Inconsciência, ausência de pulso e respiração	13	59,2,%
Não citou nenhum conteúdo mínimo	5	22,8%
Ausência de pulso	2	9,0%
Inconsciência	1	4,5%
Inconsciência e ausência de respiração	1	4,5%

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Diretriz da American Heart Association (2015) e com a categorização feita nesta pesquisa, é possível afirmar que 59,2% dos graduandos responderam a questão de forma correta. Mas 18% (4) obtiveram resposta parcialmente correta e 22,8% (5) incorreta.

Isso é preocupante, pois a ausência do conhecimento referente aos sinais clínicos da PCR compromete a identificação e o rápido diagnóstico e conseqüentemente retarda o início do suporte básico de vida (SBV), tão importante para um melhor prognóstico nestes casos. Visto que cada minuto transcorrido que

uma vítima não recebe as manobras de RCP, ela perde de 7 a 10% de chance de sobreviver (GONZALEZ et al., 2013).

Neste estudo verifica-se que 22,8% (5) dos graduandos, não sabiam informar os sinais clínicos diagnósticos da PCR, e citaram em suas respostas conteúdos como taquicardia, hipotensão, bradicardia, pulso irregular, falta de ar, queda na temperatura corporal, etc. Demonstrando conhecimento insuficiente sobre o tema.

Em um estudo, desenvolvido com graduandos concluintes do curso de enfermagem, realizado em uma universidade pública localizada na região do recôncavo, sul do estado da Bahia, também identificou-se um déficit de conhecimento de graduandos sobre os sinais clínicos de PCR, no qual 12,5% dos discentes apresentaram conhecimento insatisfatório (SILVA et al., 2015).

Sobre o reconhecimento da PCR, Silva (2006) afirma que o diagnóstico deve ser feito com precisão e rapidez, através de uma avaliação sistematizada, mundialmente reconhecida, identificada por três aspectos principais: responsividade, respiração e pulso.

Para Bellan (2006), a verificação do pulso e respiração é imprescindível, pois somente o sinal de inconsciência pode surgir decorrente de outras alterações que não a PCR. Para a AHA (2015), o reconhecimento se baseia na verificação da responsividade, ausência de respiração ou apenas gasping e nenhum pulso.

Neste estudo, apenas 27,3% (6) dos graduandos descreveram corretamente as ações, conforme tabela abaixo.

Tabela 3- Ações para realizar o diagnóstico imediato de Parada Cardiorrespiratória de acordo com os graduandos de enfermagem. Salvador, 2016. (n=22)

Ações	n	%
Avaliação do pulso e respiração	7	31,8%
Avaliação da responsividade pulso em grandes artérias e respiração	6	27,3%
Avaliação do pulso	5	22,7%
Não citou nenhum conteúdo mínimo	3	13,7%

Avaliação do pulso e responsividade	1	4,5%
-------------------------------------	---	------

Fonte: Elaboração própria

Destacamos que a AHA (2015) aponta ainda que a verificação da respiração e do pulso pode ser feita simultaneamente, e em menos de 10 segundos. Nenhum aluno fez esse destaque em suas descrições.

O tempo gasto neste reconhecimento é importante porque minimiza atrasos entre o reconhecimento e o início do SBV além de incentivar rapidez ao socorrista e respostas simultâneas em vez de uma abordagem lenta e metódica.

Observa-se que o conteúdo com maior número de respostas referente a identificação da parada cardiorrespiratória foi a avaliação de pulso, citado em 86,3% das respostas, no entanto, apenas 27,3% dos graduandos, citaram a verificação de pulso em grandes artérias, como o carotídeo e femoral.

Para Colet et al. (2011), a avaliação do pulso em grandes artérias como carotídeo ou, eventualmente, o femoral é fundamental por serem o último a desaparecer e o primeiro a ser restabelecido numa situação de instalação e reversão da PCR.

Os Guidelines da AHA (2015) informam que a verificação do pulso é uma conduta que requer agilidade além do conhecimento técnico e deve ser realizado por profissionais de saúde. Para leigos, devido à dificuldade de avaliação de pulso recomenda-se apenas avaliação da respiração e inconsciência.

O diagnóstico correto e rápido da PCR é primordial, uma vez que poderá nortear as ações subseqüentes do elo da cadeia de sobrevivência recomendada pelas diretrizes da AHA (2015). Assim, o desconhecimento desses sinais poderá comprometer a assistência à vítima, retardando o seu atendimento e reduzindo consideravelmente as chances de sobrevivência (SILVA et al., 2015).

Para Araújo e Araújo (2001), a definição do estado de PCR, a pronta instituição das manobras de reanimação cardiopulmonar e o restabelecimento da função circulatória espontânea, dentro do menor tempo possível, são indispensáveis para uma recuperação global das funções orgânicas do paciente, especialmente a neurológica. Pois, lesões cerebrais graves e potencialmente irreversíveis ocorrerão logo após os primeiros cinco minutos de parada cardíaca em normotermia.

O atendimento correto e precoce é fundamental para o sucesso. Neste estudo, 59% (13) dos estudantes apresentaram respostas parcialmente correta e 13,7% (3) incorreta para o diagnóstico imediato da PCR.

Observou-se que 27,3% dos graduandos responderam de forma correta a questão, sendo verificado também por Boaventura (2010) em seus estudos que apenas 26% dos graduandos possuíam conhecimento satisfatório referente a detecção da PCR.

Em um estudo realizado por Gomes e Braz (2011) com acadêmicos de enfermagem cursando o 8º período do curso, foi evidenciado que 50% dos discentes não sabiam identificar uma pessoa em PCR, corroborando com os achados deste estudo. Foi demonstrado também um distanciamento do conhecimento científico que devem orientar as ações destes estudantes.

Esse distanciamento também foi comprovado neste estudo por meio das respostas dos graduandos, no qual 13,7% dos discentes desconheciam as ações preconizadas para o diagnóstico de PCR, citando conteúdos desconexos como verificar sinais vitais, batimentos cardíacos ou frequência cardíaca.

Para Capirolla (2002) existe uma preocupação generalizada com o preparo de profissionais para atender em situação de PCR e de pôr em execução as condutas de suporte básico de vida, e isso vem despertando a atenção de grandes centros de excelência como a AHA (2015), que se preocupa em estabelecer uma sequência de condutas que possam ser difundidas entre profissionais de saúde e leigos na tentativa de manter a vida.

Diante do reconhecimento de uma PCR, qualquer profissional da saúde deve realizar ações de suporte básico de vida. Nesta pesquisa, foi solicitada a descrição da reanimação cardiorrespiratória dentro do ambiente hospitalar frente ao paciente adulto e pediátrico.

Na tabela 4, observa-se que apenas 2 graduandos (9%) responderam de forma correta com relação ao suporte básico de vida ao adulto segundo a AHA (2015), que inclui relação de compressão x ventilação (30:2), profundidade das compressões (5cm), e o local correto de realização das compressões.

Contudo destacamos que na atualização da diretriz em 2015 houve um acréscimo quanto a velocidade das compressões torácicas onde manteve-se o valor mínimo de 100 compressões por minuto mas determinou-se um limite máximo de 120 compressões por minuto, pois acima disso a profundidade das compressões

diminui de forma dependente da dose. Nenhum dos estudantes relatou essa modificação no SBV.

Vale ressaltar que independente da área de atuação a teoria e a prática devem estar sustentadas na evidência científica, portanto é importante que os profissionais de saúde se mantenham atualizados referentes aos protocolos padronizados internacionalmente para aquisição de novos conhecimentos primando por uma assistência digna e de qualidade, evitando assim a ocorrência de iatrogenias (BOAVENTURA, et al. 2010).

Considerando que a adequada reanimação cardiopulmonar realizada pelo enfermeiro é um fator determinante nos índices de sobrevivência dos episódios de PCR, e que ele é normalmente o primeiro profissional a se deparar com tal evento (BELLAN, 2006; BERTOGLIO et al., 2008), o conhecimento adequado sobre as técnicas de reanimação, que envolve a relação compressão/ventilação, profundidade das compressões e local de aplicação são importantes, pois favorecerão o sucesso do atendimento.

Nesta questão foi observado um conhecimento frágil dos discentes sobre a tomada de ação diante da PCR, apenas 9% dos mesmos responderam de forma satisfatória baseada no que traz os protocolos internacionais que tratam do assunto. Esse resultado não corrobora com o estudo realizado por Bellan (2006) no qual, mais de 50% dos participantes obtiveram conhecimento satisfatório sobre SBV.

Em relação ao conhecimento sobre as técnicas de reanimação no estudo de Couto (2011), foi evidenciado que 51,7% dos estudantes responderam corretamente a profundidade das compressões durante a RCP e o local de aplicação.

Ainda neste mesmo estudo quando perguntado sobre a relação compressão/ventilação durante a RCP foi verificado que 96,7% dos graduandos obtiveram conhecimento satisfatório. Mais uma vez, esta pesquisa não obteve os mesmos resultados.

Tabela 4- Ações de suporte básico de vida a serem realizadas frente à parada cardiorrespiratória no adulto de acordo com os graduandos. Salvador, 2016. (n=22)

Ações	n	%
Compressões x ventilações,	15	68,3%
Não citou nenhum conteúdo mínimo	4	18,2%
Compressões x ventilações, local de aplicação e profundidade	2	9,0%
	1	4,5%
Compressões		

Fonte: Elaboração própria

Verificou-se que 72,8% (16) dos graduandos apresentaram conhecimento parcialmente correto com relação ao SBV para adultos e 18,2% (4) incorreto. Nos estudos de Capivolla (2002), realizado com discentes de enfermagem em universidades públicas estaduais paulistas, foi evidenciado que 51,5% dos graduandos obtiveram respostas parcialmente corretas relacionados as manobras do SBV, 49,9% respostas corretas e 5,5% incorretas.

De acordo com os dados obtidos, podemos destacar que não foi relatado pelos graduandos o acionamento de outro profissional de saúde para prosseguir com as ações de SBV, incluindo o acionamento do médico para iniciar as ações de suporte avançado de vida.

Percebe-se que há um total desconhecimento dos processos a serem seguidos diante da PCR, o fato do não acionamento do médico em ambiente hospitalar acarretará na ausência do início do uso de outros recursos necessários como, medicações, desfibrilação, e a identificação das prováveis causas que ocasionaram a parada cardiorrespiratória.

Nota-se que uma parcela considerável dos graduandos 18,2% não soube responder nenhuma ação de Suporte Básico de Vida (SBV) frente ao diagnóstico de PCR. Esse dado é preocupante porque diante de um evento emergencial como este, espera-se que o profissional ao identificar a PCR inicie ações de reanimação com qualidade, na busca por aumentar as chances de sobrevivência do paciente.

Através destes resultados podemos concluir que há uma deficiência no conhecimento sobre as ações que devem ser realizadas frente ao paciente em PCR e nas técnicas consideradas adequadas para realização do suporte básico de vida,

mostrando a necessidade de obtenção de novos conhecimentos a atualizações referentes ao assunto por parte dos graduandos.

Com relação ao conhecimento dos discentes sobre o suporte básico de vida em pediatria, constatou-se que nenhuma das respostas contemplou o descrito na diretriz da AHA (2015), conforme tabela 5.

Tabela 5- Ações de suporte básico de vida a serem realizadas frente a PCR em criança de acordo com os graduandos. Salvador, 2016. (n=22)

Respostas dos graduandos	n	%
Compressões com 2 dedos (indicador e médio ou polegares)	8	36,5%
Não citou nenhum conteúdo mínimo	7	31,9%
Quantidade compressão x ventilação se 1 ou 2 socorristas	3	12,6%
Profundidade das compressões	2	9,0%
Ausência de resposta	1	4,5%
Não sei	1	4,5%

Fonte: Elaboração própria

A sobrevivência de crianças em parada cardiorrespiratória depende dos cuidados de emergência, oportunos e apropriados, tanto no ambiente extra-hospitalar como intra-hospitalar.

Para AHA (2015), o suporte básico de vida em pediatria consiste na identificação da PCR com início imediato da RCP que inclui compressões torácicas de qualidade e com profundidade adequada, correspondendo a cerca de 4cm em bebês e 5 centímetros em crianças, ventilações adequadas com relação ventilação compressão de 30:2 se presença de 1 socorrista, e 15:2 se dois socorristas.

A reanimação cardiopulmonar para crianças e lactentes deve incluir compressões e ventilações, porém as compressões sempre são prioridade no

atendimento e devem ser realizadas mesmo na impossibilidade de ventilação (GONZALEZ et., 2013)

Para realização da RCP com dois socorristas, por profissionais de saúde, um profissional deve realizar compressões torácicas, enquanto o outro mantém a via aérea aberta e executa ventilações a uma razão de 15 compressões para 2 ventilações, com interrupção mínimas nas compressões torácicas.

A American Heart Association (2015) manteve a abordagem C-A-B, que corresponde a compressões, abertura de via aérea e ventilações para vítimas de todas as idades com o intuito de aumentar a chance e rapidez de uma pessoa executar a RCP.

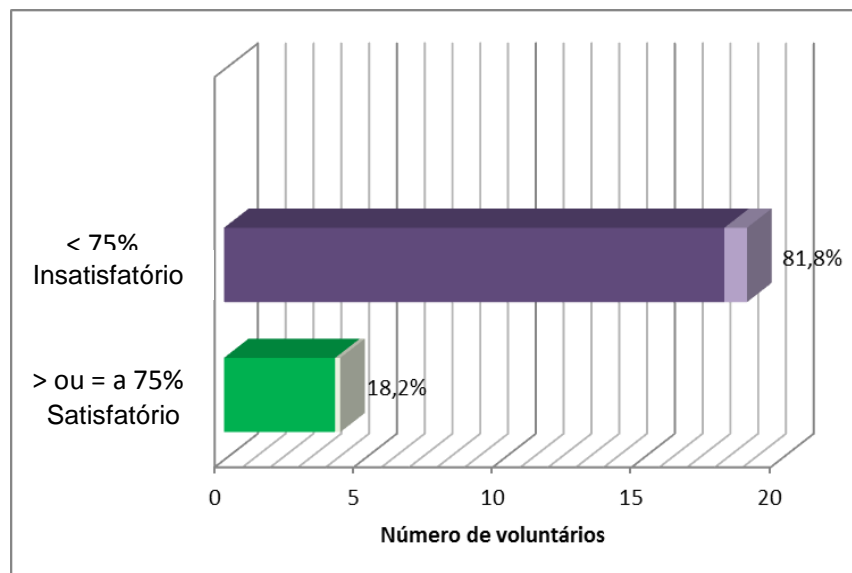
Percebe-se através da visualização da tabela 5 que uma parcela importante da amostra (aproximadamente 41,9%) dos discentes referiu não ter conhecimento ou não saber realizar o suporte básico de vida pediátrico, revelando mais uma vez um conhecimento escasso e preocupante sobre o tema, apontando para uma lacuna no conhecimento destes estudantes. De acordo com Gonzalez et al (2013), as vítimas de PCR pediátrica muitas vezes não recebem as ações de SBV das pessoas que testemunham devido a ausência de conhecimento, corroborando com os achados deste estudo.

No estudo de Tavares et al. (2015) realizado com discentes de cursos de ciências da saúde, e cujo objetivo foi analisar o conhecimento destes estudantes sobre suporte básico de vida adulto e pediátrico, foi constatado que de 664 sujeitos participantes apenas 1 atingiu nota igual ou maior a 84% definida para um conhecimento satisfatório sobre o tema, e os demais ficaram aquém deste indicador. Revelando um conhecimento insuficiente baseado no que preconiza a AHA para SBV adulto e pediátrico.

Para verificação do conhecimento geral dos graduandos, se satisfatório ou não, a respeito dos sinais de Parada cardiorrespiratória e a sequência assistencial para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, neste estudo, adotamos duas linhas de corte. Consideramos um conhecimento suficiente sobre PCR e SBV, os graduandos que obtiveram um percentual de acertos individual no questionário maior ou igual a 75%, e nível de conhecimento insatisfatório, número individual de acertos menor que 75%.

Conforme o gráfico 1, percebe-se que apenas 18,2% (4) dos discentes demonstraram conhecimento suficiente sobre a temática investigada.

Gráfico 1- Conhecimentos suficientes/ Conhecimentos insuficientes, baseado no percentual de acertos individual dos graduandos. Salvador, 2016. (n=22)



Fonte: Elaboração própria

No estudo de Silva et al. (2015), cujo objetivo foi avaliar o grau de conhecimento teórico sobre suporte básico de vida entre graduandos de Enfermagem, cursando o último ano do curso, constatou-se que 75% dos mesmos apresentaram conhecimento insatisfatório sobre a temática, corroborando com os achados deste estudo.

Outro trabalho evidenciou resultados similares ao desta pesquisa. Boaventura (2010) encontrou que a maioria dos discentes não atingiu o mínimo de 85% no questionário, estabelecido para um conhecimento satisfatório.

Contrariamente a estes resultados, Couto (2011), realizou uma pesquisa semelhante na universidade do porto em Portugal com alunos do 2º ao 4º ano do curso de enfermagem e foi comprovado que 83,3% dos alunos possuíam conhecimento satisfatório sobre PCR e SBV, obtendo um percentual de acertos superiores a 74%. No entanto, trata-se da realidade de outro país.

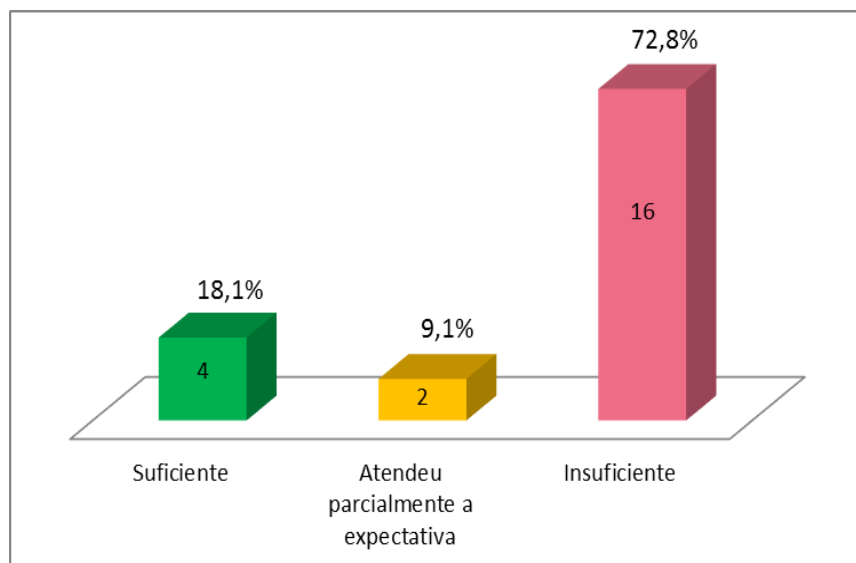
Segundo Costa, Damascena e Batista (2015), a realidade do ensino sobre parada cardiorrespiratória e suporte básico de vida no Brasil se difere de outros

países da América do norte e Europa, pois o mesmo é abordado desde a pré-escola, enquanto que, no Brasil, esse conhecimento se restringe a profissionais da saúde.

Diante dos resultados deste estudo, percebe-se que apesar da grade curricular da universidade na qual esta pesquisa foi realizada contemplar componentes curriculares que abordam a temática da PCR e RCP em adultos e crianças, os discentes ainda permanecem com uma lacuna na formação sobre a temática investigada, podendo comprometer a assistência prestada às vítimas de PCR intra e extra hospitalar.

Com relação à satisfação dos discentes em relação aos conteúdos de PCR e SBV abordados nos componentes curriculares, 72% (16/22) dos discentes manifestaram insatisfação com relação ao conteúdo abordado conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2. Discussões sobre Suporte Básico de Vida nas disciplinas curriculares de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016. (n=22)



Fonte: Elaboração própria

Destacamos que nenhum graduando referiu que o assunto da PCR/RCP não foi abordado ao longo do curso.

No estudo de Capivolla (2002) realizado com discentes de cinco escolas de enfermagem públicas, localizadas no estado de São Paulo, retratou que para 58,9% dos alunos as aulas foram insuficientes para compreensão do assunto.

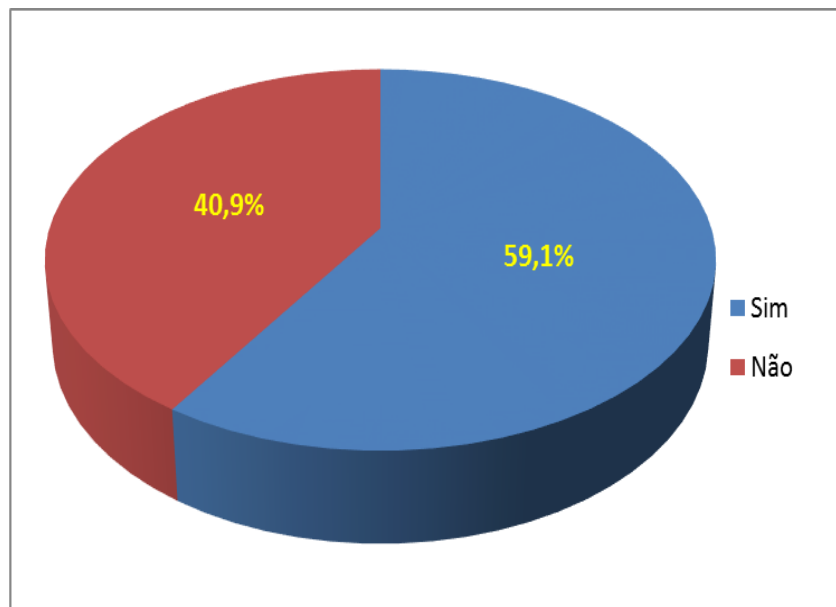
Corroborando com os achados deste estudo.

Esta elevada insatisfação dos graduandos referentes às discussões sobre a temática investigada pode ser uma das explicações possíveis para o resultados encontrado nesta pesquisa onde apenas 18,2% (4) dos graduandos obtiveram conhecimento satisfatório sobre PCR e SBV.

Para Capivolla (2002), o despreparo do enfermeiro no atendimento a PCR parece ter início em sua formação acadêmica. Segundo este mesmo autor não basta formar um enfermeiro tecnicamente competente, é fundamental que essa competência seja orientada por um conhecimento científico que norteie as condutas desse profissional, e o faça construtor do seu próprio conhecimento.

Esta insatisfação com relação às discussões em sala de aula sobre PCR/RCP pode ser o elemento motivador para que os alunos busquem outras fontes de informação extracurricular, assim 59,1% (13) dos graduandos afirmaram já terem realizado treinamentos em PCR e SBV (gráfico 3).

Gráfico 3. Realização de atualização sobre Parada Cardiorrespiratória de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016. (n=22)

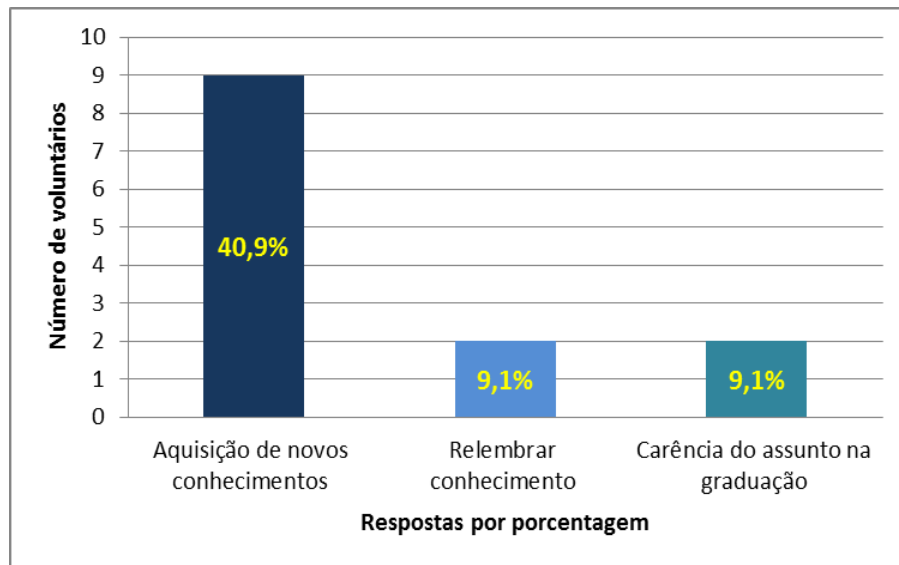


Fonte: Elaboração própria

Para 13 graduandos (59,1%) que referiram já ter realizado cursos extracurriculares sobre PCR e SBV, 40,9% (9) informaram que o motivo de

realização destes cursos foi a possibilidade de aquisição de novos conhecimentos, 9,1% (2) desejavam lembrar conhecimentos já vistos na graduação porém esquecidos, e para 9,1 % (2) a finalidade de realização foi a carência do assunto na graduação (gráfico 4).

Gráfico 4. Motivo de realização da atualização sobre Parada Cardiorrespiratória durante a graduação de acordo com os graduandos pesquisados. Salvador, 2016.



Fonte: Elaboração própria

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram identificar o conhecimento dos estudantes de enfermagem, do penúltimo e último semestre, sobre os parâmetros utilizados para realização do diagnóstico de PCR assim como as intervenções adotadas diante desta intercorrência.

Embora o tema PCR e suporte básico de vida seja abordado durante o processo formativo do curso, identificamos um déficit no conhecimento teórico da maioria dos graduandos em relação ao diagnóstico da PCR, onde 59,2% conhecem os sinais clínicos da PCR mas apenas 27,6% descreveram corretamente as ações para realização do diagnóstico imediato desta intercorrência.

Com relação às ações de suporte básico de vida no adulto apenas 9% dos alunos demonstraram conhecimento satisfatório de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais. Para o SBV em pediátrico, 41,9% dos estudantes afirmaram não possuir nenhum conhecimento para atuar neste contexto.

Destacamos como importante a iniciativa dos estudantes em buscar conhecimento e atualizações em cursos extracurriculares, entendendo que o preparo adequado é importante diante da proximidade de conclusão do curso e cobrança de competências e habilidades quando ingressarem no mercado de trabalho.

Este estudo apresentou como limitação de pesquisa o fato da amostra ser composta apenas por discentes do penúltimo e último semestre do curso de enfermagem, o que nos impossibilita considerar que os resultados encontrados seja o reflexo de todos os alunos do curso de enfermagem desta instituição.

Contudo, os dados aqui obtidos (18,2% dos estudantes apresentaram conhecimento suficiente sobre PCR/SBV) exigem um repensar sobre o processo formativo dos graduandos de enfermagem desta universidade sobre a temática da PCR e SBV, entendendo que este é um tema de grande importância no ambiente intra e extra-hospitalar, visto que a todo instante durante o cuidado, o enfermeiro poderá se deparar com esta intercorrência e espera-se do mesmo conhecimento teórico e prático para atuar.

Por isso, indicamos que esta pesquisa seja ampliada nesta universidade, para que um resultado mais generalizável sobre esta temática possa ser obtido.

REFERÊNCIAS

- AEHLERT, Barbara. **ACLS – advanced cardiac life support**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- American Heart Association (AHA). **Aspectos mais relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência**. 2015.
- APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da ciência: filosofia e prática das pesquisas**. 2. Ed. São Paulo: Thomson, 2012.
- ARAÚJO, S.; ARAÚJO, I. E.M. **Ressuscitação Cardiorrespiratória**. Medicina, Ribeirão Preto, p. 36-633, jan./mar. 2001.
- BELLAN, M.C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 257f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.
- BERTOGLIO, V. et al. **Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v 29, n.3, p. 454- 60, 2008.
- BEVILLACQUA, F.; PINHEIRO, L.G. **Sinopse de medicina e questões selecionadas de concursos médicos**. Rio de Janeiro: Cultura médica, 1995.
- BOAVENTURA, A. P. **Avaliação do processo de ensino aprendizagem das manobras de ressuscitação cardiorrespiratória (RCP) utilizando o desfibrilador externo automático (DEA): alunos de graduação da área da saúde**. 2010. 143 f. Tese (Doutorado Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BOAVENTURA, Ana Paula et al. **Suporte básico de vida para os alunos do curso de graduação em enfermagem**. Rev. Inst. Ciênc. Saúde, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 155-157, 2010.
- BRITO, A.M.R; BRITO, M.J.M; SILVA, P.A.B. **Perfil sociodemográficos de discentes de enfermagem de instituições de ensino superior de Belo Horizonte**. Revista de Enfermagem. V. 18, n. 2, p 328-33. 2009.
- CAPOVILLA, N.C. **Ressuscitação cardiorrespiratória: uma análise do processo ensino/aprendizagem nas universidades públicas estaduais paulistas**. 2002. 205f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.
- COLET., D. et al. **Acadêmicos e profissionais da odontologia estão preparados para salvar vidas?** Rev. Fac. Odontol, Passo Fundo, v. 16, n. 1, p. 25-29, 2011.
- Comissão Nacional de Ressuscitação Cardiopulmonar. Sociedade Brasileira de

Cardiologia. **Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória**. Arq Bras Cardiol. São Paulo, v,66, n.6. p 375-402. 1996.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n ° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

COSTA, K. M.S.M ; DAMASCENA, K. G; BATISTA, L. **Conhecimento dos acadêmicos dos cursos de enfermagem da faculdade ICPSP/ PROMOVE de Brasília sobre o suporte básico de vida**. Brasília, 2015.

COUTO, P.R. **Conhecimento dos alunos do 2º, 3º e 4º anos de enfermagem sobre SBV**: estudo numa amostra de estudantes da Universidade Fernando Pessoa. 2011. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoas, Porto, 2011.

FEITOSA, F. G. S. et al. **Atualização em Reanimação Cardiopulmonar**: o que mudou com as novas diretrizes. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 2, p. 177-185, abr./jun. 2006.

GOMES, J. A. P.; BRAZ, M. R. **Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória**. Cadernos UniFOA. Volta Redonda, Ano VII, n.18, abril 2012.

GONZALES, Maria; TIMERMAM, Sergio. **Manejo avançado das doenças cardiovasculares**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012.

GONZALEZ, M.M.; et al. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol.v, 2, n.3. p 1-221. 2013.

GUIMARÃES, H. P.; FALCÃO, L. F. R.; ORLANDO, J. M. C. **Guia prático de UTI**. São Paulo: Atheneu, 2009.

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

GUYTON, Arthur; HALL, John. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

JÚNIOR, D.C.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F.A. **Tratado de pediatria**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.

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

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

Martins, S. et al. **Emergências Clínicas: abordagem Prática**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2014.

SILVA, A.R. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação**: vivências do enfermeiro. 2006. 192f. Dissertação (Mestrado em enfermagem)- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, D. et al. **Conhecimento de graduandos em enfermagem sobre suporte básico de vida**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 2, p. 125-134, abr./jun. 2015.

TAVARES, L.F.B et al. **Conhecimento de estudantes de graduação em ciências da saúde em testes objetivos sobre suporte básico de vida**. Journal of human growth and development, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 297-306, 2015.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde**: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

ZANINI, J.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. **Parada e Reanimação Cardiorrespiratória**: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 2, p. 143-147, abr./jun. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.



QUESTIONÁRIO

- **Identificação:**

- Idade: _____ Sexo: F () M () Semestre em curso: _____

- **Conhecimento sobre PCR/SBV:**

1. Quais sinais e sintomas caracterizam um sujeito em parada cardiorrespiratória?
2. Você está trabalhando no plantão noturno e identifica um paciente idoso imóvel no leito. Logo suspeita de parada cardiorrespiratória. O que você faria para confirmar essa suspeita?
3. Diante da confirmação da PCR, quais ações de suporte básico de vida (SBV) você pode realizar até a chegada do médico plantonista?
4. Se o paciente em PCR fosse uma criança de 2 meses de idade, qual seria a diferença de procedimento no SBV?
5. Durante a graduação, você considera as discussões sobre Suporte básico de vida nas disciplinas curriculares:
 - () Suficiente
 - () Atendeu parcialmente a expectativa
 - () Insuficiente
 - () Esse assunto não foi abordado
6. Você já realizou alguma atualização sobre Parada cardiorrespiratória e/ou suporte básico de vida? Sim () Não ()
Se sim, porque desejou realizar este curso?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, na pesquisa intitulada “Parada Cardiorrespiratória e Reanimação Cardiopulmonar: Eu conheço?” que tem como objetivo descrever o conhecimento dos graduandos de enfermagem de uma Universidade pública estadual quanto ao reconhecimento e atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR).

Os benefícios deste estudo relacionam-se ao fato de que as diretrizes que norteiam o atendimento à PCR são atualizadas a cada 5 anos, e a partir desta investigação, será possível identificar lacunas no processo formativo dos alunos e realizar proposições, ampliando a discussão sobre a importância da disseminação do conhecimento sobre Suporte Básico de Vida, intra e extra-hospitalar, entre os graduandos de enfermagem.

Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Departamento de Ciências da Vida, pela graduanda Camila Cabral Brito de Souza sob orientação da Prof^a Msc Suiane Costa Ferreira.

Para o alcance desse objetivo, você deverá participar da pesquisa respondendo a um questionário. Os aspectos éticos desta pesquisa estão baseados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sua participação é voluntária. Sua identidade e demais informações serão mantidas em sigilo. Este estudo confere risco mínimo as suas atividades acadêmicas, relacionado ao constrangimento psicológico diante das respostas dos questionários. Contudo, você terá a liberdade para pedir esclarecimento sobre qualquer questão, bem como se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo caso sinta algum tipo de constrangimento em responder as questões. Esclareço ainda que de acordo com as leis brasileira você tem direito a indenização caso seja prejudicado por esta pesquisa.

Ademais, os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição onde a mesma será realizada. Os dados poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Os mesmos serão arquivados por um período de cinco anos e, e após este período, os mesmos serão destruídos.

Você não terá nenhum tipo de ônus e não receberá benefícios financeiros para participar desta pesquisa. As despesas da pesquisa estão a cargo das

pesquisadoras. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado pela pesquisadora e por você em duas vias, com o compromisso das pesquisadoras em lhe proporcionar uma cópia do mesmo para seu controle.

Caso haja dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, contactar com a pesquisadora responsável Camila Cabral Brito de Souza através do telefone: (71) 988476090 ou Suiane Costa através do telefone (71) 99029739.

Contato com o CEP-UNEB e CONEP:

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UNEB Pavilhão Administrativo – Térreo Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador-BA. CEP: 41.150-000. E-mail: cepuneb@uneb.br Telefone: 71 3117-2399

Diante dessas informações, e sentindo-se suficientemente esclarecido (a), a respeito da pesquisa, por gentileza assine esse o termo de consentimento pós esclarecimento que se segue, confirmando sua participação.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO DOS SUJEITOS

Eu, _____, aceito participar voluntariamente desta pesquisa de conclusão de curso da discente Camila Cabral Brito de Souza, que objetiva avaliar o conhecimento dos estudantes de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) quanto ao reconhecimento e atendimento da parada cardiorrespiratória. Fui devidamente informado(a) sobre minha participação na pesquisa respondendo um questionário.

Tomei conhecimento que posso retirar meu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isto leve a nenhuma penalidade caso me sinta constrangido(a) durante a sua realização. Estou ciente dos benefícios que os resultados da pesquisa poderão proporcionar ao processo de ensino-aprendizado no curso de enfermagem.

Sei que minha identidade será mantida em sigilo e que os dados da pesquisa serão arquivados por um período de cinco anos e, vencido esse tempo serei consultado sobre o interesse em ficar com o material ou se libero para ser destruído.

Fui também esclarecido (a) que os dados poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Também sei que não terei nenhum tipo de ônus e que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa, estando as despesas do projeto a cargo das pesquisadoras. Assim, ratifico que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da pesquisadora.

Local:

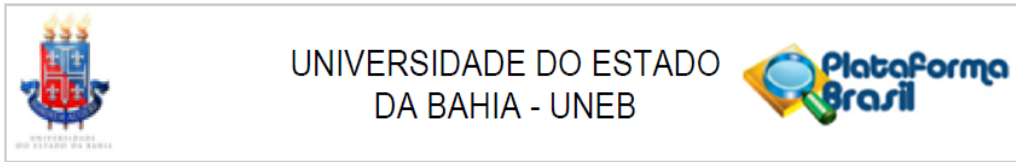
Data: ___/___/_____

Assinatura do Participante/ DATA

Assinatura do Pesquisador/ DATA

Assinatura do Orientador/ DATA

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: EU CONHEÇO?

Pesquisador: suiane costa ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53237516.2.0000.0057

Instituição Proponente: Universidade do Estado da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.519.149

Apresentação do Projeto:

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: EU CONHEÇO?" é um projeto de pesquisa vinculado ao curso de Enfermagem, UNEB, Campus I, no qual se pretende realizar um estudo quantitativo, com coleta de dados a partir de questionários aplicados a estudantes do curso de bacharelado em Enfermagem da UNEB, em Salvador, BA. Prevista participação de 20 indivíduos na pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Descrever o conhecimento dos graduandos de enfermagem de uma Universidade pública estadual quanto ao reconhecimento e atendimento de emergência da parada cardiorrespiratória.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar os critérios utilizados pelos estudantes para realizarem o diagnóstico inicial de PCR;

Identificar o conhecimento dos estudantes acerca das condutas de suporte básico de vida a serem realizadas frente à PCR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve dentro da ética e normativa.

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2445 **Fax:** (71)3117-2415 **E-mail:** cepuneb@uneb.br

