



CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE BASEADO NAS DIRETRIZES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION - 2010
KNOWLEDGE OF THE MULTIPROFESSIONAL HEALTH TEAM BASED IN THE POLICIES OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION - 2010
CONOCIMIENTO DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL DE SALUD BASADO EN LAS POLÍTICAS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION - 2010

Priscilla Franco Di Credo¹, Radamés Boostel², Jorge Vinicius Cestari Felix³

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional de saúde de unidades de terapia intensiva e semi-intensiva no que se refere ao atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória (PCR) segundo as diretrizes de 2010 da *American Heart Association* (AHA). **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa desenvolvido em um hospital de ensino público de Curitiba/PR. Utilizou-se como instrumento um questionário estruturado com perguntas baseadas no *guideline* de Ressuscitação Cardiorrespiratória (RCP) de 2010 da AHA. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 01911212.4.0000.0096. **Resultados:** a equipe tem conhecimento desatualizado e insuficiente com relação às diretrizes da AHA para o atendimento à PCR no ambiente intra-hospitalar. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade da elaboração de um programa de treinamento em serviço e de políticas institucionais que subsidiem e/ou facilitem a participação em eventos e cursos de treinamento. **Descritores:** Emergências; Parada Cardíaca; Ressuscitação Cardiopulmonar; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

ABSTRACT

Objective: evaluating the knowledge of the multidisciplinary health team of intensive and semi-intensive care units, with regard to emergency assistance to cardiopulmonary arrest (CPA) under the 2010 guidelines of the American Heart Association (AHA). **Method:** a descriptive study with a quantitative approach, developed in a public teaching hospital in Curitiba/PR. It was used as instrument a structured questionnaire with questions based on the guideline of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) 2010 AHA. The project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 01911212.4.0000.0096. **Results:** the team has outdated and insufficient knowledge regarding the AHA guidelines for the care of PCR in hospital environment. **Conclusion:** it showed the need to draw up a training program in service and institutional policies that subsidize and/or facilitate participation in events and training courses. **Descriptors:** Emergencies; Cardiac Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation; Health Interdisciplinary Team.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el conocimiento del equipo multidisciplinario de las unidades de cuidados intensivos y semi-intensivo de salud con respecto a la respuesta de emergencia a la parada cardiorrespiratoria (PCR) en las directrices de 2010 de la American Heart Association (AHA). **Método:** un estudio descriptivo con un enfoque cuantitativo desarrollado en un hospital de enseñanza pública en Curitiba/PR. Se utilizó como instrumento un cuestionario estructurado con preguntas basadas en la directriz de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) de 2010 de AHA. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, CAAE 01911212.4.0000.0096. **Resultados:** el equipo ha anticuado y conocimientos insuficientes en relación con las directrices de la AHA para el cuidado de la PCR en el ambiente hospitalario. **Conclusión:** se demostró la necesidad de elaborar un programa de capacitación en el servicio y las políticas institucionales que subsidiar y/o facilitar la participación en eventos y cursos de formación. **Descriptor:** Emergencias; Paro cardíaco; Reanimación Cardiopulmonar; Salud Equipo Interdisciplinario.

¹Enfermeira, Residente em Urgência e Emergência, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná/HC/UFPR. Curitiba, (PR), Brasil. E-mail: enfpr.sos@gmail.com; ²Enfermeiro, Professor, Instituto Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: radames.boostel@ifpr.edu.br; ³Enfermeiro, Professor Doutor em Ciências, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: jvcfelix@ufpr.br

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) se apresenta como principal causa de morte nos pacientes com doenças cardiovasculares, o que demonstra a necessidade de conhecimento e atitudes sobre a reanimação cardiorrespiratória pelos profissionais de saúde.¹

Estima-se que ocorra algo próximo a 200.000 PCR ao ano no Brasil, das quais 50% em ambiente hospitalar, e os outros 50% em residências, ruas e locais de grande concentração de pessoas como *shopping centers*, aeroportos, estádios, etc.²

As diretrizes que orientam as ações em situações de emergência buscam facilitar e aperfeiçoar a tomada de decisão frente à parada cardiorrespiratória. Porém, o que se observa é a falta de preparo e de conhecimento de grande parte dos profissionais sobre a forma adequada de se prestar o atendimento inicial à vítima de PCR.¹

A cada 5 anos, as diretrizes internacionais de atendimento à PCR são atualizadas. A missão é identificar e revisar as evidências e os conhecimentos internacionais relevantes em PCR e oferecer consenso nas recomendações de atendimento. Esse processo internacional de avaliação de evidências envolve centenas de cientistas e especialistas em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de todo o mundo, os quais discutem e debatem sobre as publicações científicas da área.³

Em 2010, a *American Heart Association* (AHA) publicou as novas diretrizes de atendimento à PCR. O novo protocolo enfatiza a necessidade de uma RCP de alta qualidade, com minimização das interrupções e evitando-se o excesso de ventilação.³ As novas diretrizes incluem ainda alterações significativas na sequência do atendimento à PCR, na frequência das compressões, nas medicações utilizadas, dentre outras.³

Conforme mencionado anteriormente estima-se que metade das situações de PCR ocorra em ambiente hospitalar, sendo as Unidades de Emergência (UE) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) locais de grande incidência de PCR, devido à gravidade e à instabilidade hemodinâmica dos pacientes.^{2,4} Entretanto, a sobrevida e prognóstico dependem, dentre outros fatores, da rapidez com que se dá início ao atendimento e da qualidade das manobras de RCP.²

Estima-se que a cada minuto perdido sem atendimento reduz-se em cerca de 10% a chance de sobrevida do paciente vítima de

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde...

PCR.⁵ A incorreta aplicação das manobras de RCP agrega uma taxa de sobrevida de apenas 49%, ao mesmo tempo em que estudo demonstra que a RCP, quando realizada com alta qualidade, faz a sobrevida do paciente dobrar ou até mesmo triplicar.⁶ Outro estudo revela que quando treinados para o atendimento de uma PCR, os profissionais podem favorecer a sobrevida de pacientes em até quatro vezes, quando comparados a profissionais sem treinamento.⁷ Neste contexto, os profissionais da saúde devem estar preparados e constantemente atualizados sobre o tema, visto que o primeiro a visualizar a cena será o responsável por iniciar o atendimento.⁸

OBJETIVO

- Avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional de saúde no que se refere ao atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória, segundo as novas diretrizes da AHA de 2010.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvida no Centro de Terapia Semi-Intensiva (CTSI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital de ensino público da cidade de Curitiba-PR, no período de agosto a outubro de 2012. A amostra foi constituída de médicos residentes, fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, tendo como critérios de inclusão: pertencerem à equipe multiprofissional de saúde, serem atuantes naquelas unidades e a livre concordância para participarem da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, com variáveis sociodemográficas e sobre a identificação dos sinais de PCR; a primeira ação a ser realizada frente a uma PCR; a sequência de atendimento; a qualidade das compressões torácicas; relação compressão x ventilação; a ventilação em via aérea avançada; as prioridades no atendimento; o uso da capnografia e hipotermia, fármacos utilizados na desfibrilação e cardioversão. A questão relacionada à terapia elétrica foi exclusiva para profissionais de nível superior.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa Microsoft Excel® mediante estatística descritiva e apresentados em figuras.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em questão sob o CAAE nº 01911212.4.0000.0096 e todos os

Di Credo PF, Boostel R, Felix JV Cestari.

participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

As equipes do CTSI e CTI totalizaram 126 profissionais, sendo 57 auxiliares de enfermagem, 23 técnicos em enfermagem, 15 enfermeiros (um residente), sete fisioterapeutas (cinco residentes) e 24 residentes de medicina do primeiro ano da clínica médica. Destes, 94 aceitaram participar da pesquisa, representando 74,6% da equipe multiprofissional. Dentro das categorias profissionais, participaram 70,2% (n=40) dos auxiliares em enfermagem, 69,6% (n=16) dos técnicos em enfermagem; 80% (n=12) dos enfermeiros de nível superior, 100% (n=7) dos fisioterapeutas e 79,2% (n=19) dos médicos.

Quanto ao sexo, observa-se uma equipe multiprofissional expressivamente feminina com 79,8% (n=75) da amostra. Com relação ao tempo de formação, a equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), em sua

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde... maioria (52%) está formada há mais de 10 anos. Os fisioterapeutas tem sua maioria representada pelos residentes (n=5), de modo que se verifica um tempo de formação menor do que três anos, com o tempo de atuação no serviço menor do que um ano, situação que se repete com relação aos médicos residentes.

Quanto à aquisição de conhecimentos, todas as profissões indicaram as disciplinas da graduação/curso técnico como principal meio pelo qual adquiriram conhecimentos sobre RCP. Os auxiliares e técnicos em enfermagem e os fisioterapeutas apontaram a capacitação no serviço ou em outros serviços como a segunda maior fonte de aquisição de conhecimento sobre o tema.

Os enfermeiros, médicos e fisioterapeutas apontaram a participação no curso *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) como fonte de aquisição de conhecimentos. O curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) e o curso de formação de socorrista foram realizados apenas por profissionais de enfermagem (Figura 1).

	Disciplina	Capacitação	ACLS	ATLS	Socorrista
Auxiliares	65%	52,5%	-	10%	2,5%
Técnicos	62,5%	56,3%	-	6,3%	25%
Enfermeiros	66,7%	50%	33,3%	8,3%	8,3%
Fisioterapeutas	71%	57%	14,3%	-	-
Médicos	79%	20,8%	26%	-	-

Figura 1. Fontes de aquisição de conhecimento sobre RCP, Curitiba-PR, 2012.

Com relação às principais alterações apresentadas no protocolo de atendimento a PCR da AHA de 2010,³ avaliamos o conhecimento dos profissionais sobre: a identificação de uma vítima em PCR; a primeira ação a ser feita na RCP; a sequência do atendimento; a profundidade das compressões torácicas e o retorno do tórax. Para esta avaliação havia uma alternativa correta conforme o novo *guideline* de 2010 da AHA, uma não atualizada segundo o protocolo de 2005 e outras duas questões incorretas.

Ao avaliarmos o conhecimento sobre a identificação dos sinais de uma vítima de PCR, verificamos que 51,1% (n=48) dos profissionais responderam conforme protocolo de 2005; 38,3% (n=36) responderam conforme o protocolo de 2010 e 10,6% (n=10) responderam incorretamente. Sobre a primeira ação a ser tomada na RCP, 58,5% (n=55) responderam de acordo com o novo protocolo, 35,1% (n=33) de maneira desatualizada e apenas 6,4% (n=6) erroneamente. Na sequência do atendimento, 55,3% (n= 52) responderam de acordo com o novo protocolo, 38,3% (n=36) de acordo com o protocolo antigo e 6,4% (n=6) de maneira incorreta.

Com relação às compressões torácicas a maior parte dos profissionais (43,6%, n=41) assinalou a resposta incorreta, sendo que 28,7% (n= 27) responderam de acordo com o novo protocolo e 27,7% (n=26) de acordo com o protocolo de 2005.

A relação 30:2 foi assinalada por 61,7% (n=58) de toda a equipe multiprofissional. Entretanto, a pesquisa apresentou expressiva porcentagem de profissionais da equipe de enfermagem e fisioterapia que indicaram a relação 15 compressões e 2 ventilações: 47,5% (n=19) dos auxiliares; 37,5% (n=6) dos técnicos; 41,7% (n=5) dos enfermeiros; 71,4% (n=5) dos fisioterapeutas. Apenas 5,2% (n=1) dos médicos consideraram esta relação.

Com relação à presença de via aérea avançada durante uma PCR, avaliou-se qual é o manejo correto do dispositivo bolsa-válvula (ambú) em paciente entubado para fornecer uma ventilação adequada.

Considerando as respostas de toda a equipe, apenas 29,8% (n=28) julgaram correto hipoventilar. A maioria, 43,6% (n=41) considerou adequado manter uma FR dentro dos valores normais.

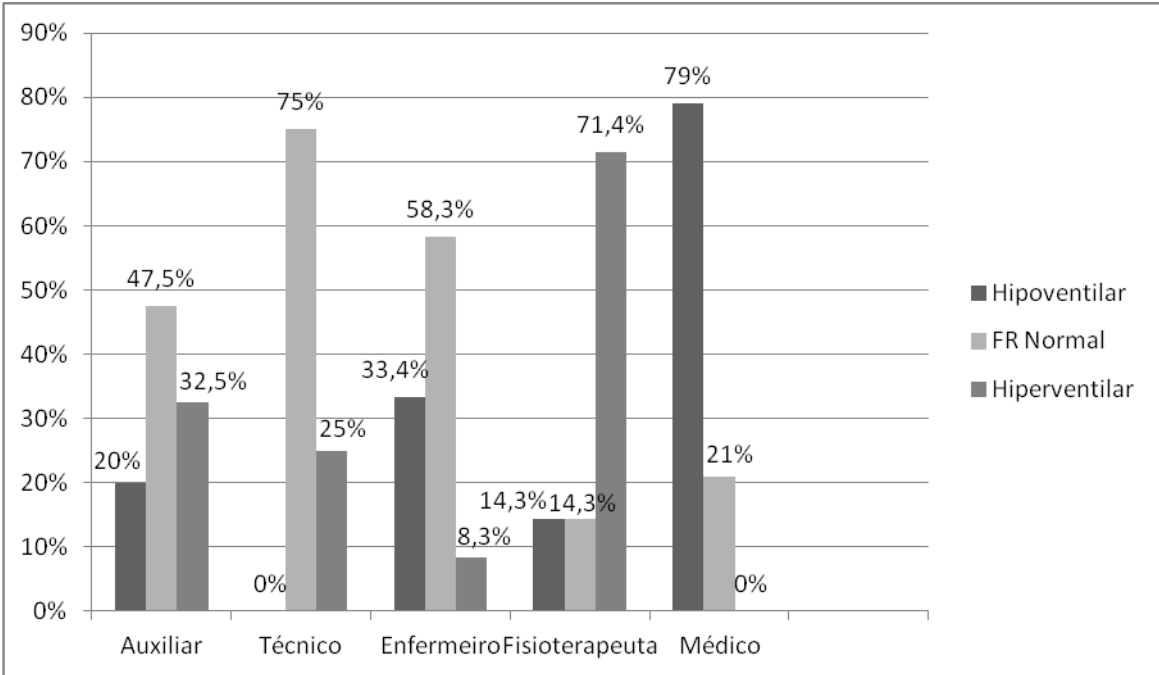


Figura 1. Ventilação adequada em via aérea avançada, Curitiba-PR, 2012.

A Figura 1 representa a distribuição das respostas por profissão. A equipe de enfermagem, em sua maioria, considerou adequado fornecer uma frequência respiratória dentro dos valores normais de 12 a 20 respirações por minuto. Já os fisioterapeutas consideraram melhor hiperventilar, ou seja, fornecer uma FR de 20 a 30 respirações por minuto. Apenas os médicos tiveram sua maioria 79% (n=19) considerando mais adequado hipovenililar.

Quanto ao Suporte Avançado de Vida (SAV), pretendeu-se avaliar qual conduta seria inapropriada: a utilização da capnografia para confirmar e monitorizar o posicionamento do tubo orotraqueal e a qualidade da RCP; priorizar o acesso vascular, a colocação de vias aéreas avançadas e administração de fármacos no atendimento à PCR, devendo interromper as compressões torácicas para suas realizações; ou a indicação da hipotermia terapêutica em pacientes que retornam inconscientes após PCR na tentativa de uma recuperação neurológica.

Na questão sobre terapia medicamentosa 61,7% (n=58) das respostas da equipe multiprofissional foram adequadas considerando “incorreto priorizar acesso vascular, administração de fármaco e colocação de via aérea avançada”. A utilização da capnografia foi considerada incorreta em 21,3% (n=20) e a hipotermia pós-PCR em 17% (n=16) das respostas.

Com relação ao protocolo de medicações para PCR, foram questionadas as dosagens e utilizações das principais drogas: epinefrina, vasopressina, amiodarona e atropina.

Da equipe multiprofissional (39,4% n=37)

das respostas consideraram errada a utilização da atropina. Entre os profissionais, apenas 20% (n=8) dos auxiliares, 25% (n=4) dos técnicos e nenhum fisioterapeuta consideraram incorreto o uso da atropina em PCR. Em contrapartida, 94,8% (n=18) dos médicos e 58,3% (n=7) dos enfermeiros consideraram incorreto seu uso. Curiosamente, a substituição da primeira ou segunda dose da epinefrina por vasopressina foi considerada incorreta por 45% (n=18) e 44% (n=7) dos auxiliares e técnicos em enfermagem, respectivamente.

Quanto à terapia elétrica na PCR, a questão foi aplicada somente para os profissionais de nível superior. Ela apresentava afirmativas quanto aos ritmos chocáveis, ao número de choques aplicáveis e a cardioversão sincronizada, para os quais os participantes deveriam assinalar verdadeiro ou falso.

Em relação aos ritmos chocáveis 94,8% (n=18) dos médicos, 75% (n=9) dos enfermeiros e 71,4% (n=5) dos fisioterapeutas consideraram verdadeira a desfibrilação em FV e TV sem pulso. Entretanto 33,3% (n=4) dos enfermeiros e 14,3% (n=1) dos fisioterapeutas consideraram correta a desfibrilação em assistolia e AESP.

Com relação ao número de choques aplicáveis 94,8% (n=18) dos médicos, 71,4% (n=5) dos fisioterapeutas e 66,7% (n=8) dos enfermeiros consideraram correta a aplicação de apenas um choque e em seguida reiniciar as manobras de RCP.

Na cardioversão sincronizada observamos que 75% (n=9) dos enfermeiros, 74% (n=14) dos médicos e 71,4% (n=5) dos

Di Credo PF, Boostel R, Felix JV Cestari.

fisioterapeutas indicaram como correta a aplicação de cardioversão sincronizada em fibrilação atrial, flutter atrial e TV monórfica estável.

A questão específica sobre terapia elétrica apresentou uma média de 79,8% de acerto. Das oito questões respondidas por todos os profissionais, as que apresentaram maior acerto foram: a questão sobre relação compressão x ventilação e a questão sobre o manejo no SAV com 61,7% e 59,57%, respectivamente.

Metade das questões apresentou um acerto inferior a 50%, foram elas: as questões sobre a frequência e a profundidade das compressões torácicas (28,72%); ventilação em via aérea avançada (29,78 %); identificação dos sinais de PCR (38,3%); e a questão sobre o protocolo de terapia medicamentosa (39,36%).

Por fim, a pesquisa apontou que 49,14% da equipe multiprofissional apresentou conhecimento atualizado em RCP. Ao considerarmos apenas as respostas dos 15 profissionais que realizaram curso de ACLS/ATLS, esta média se eleva para 65,5%.

DISCUSSÃO

A pesquisa apresentou profissionais de fisioterapia e medicina formados e atuantes no serviço há menos de três anos, em contrapartida, uma equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) na qual a maioria é formada há mais de 10 anos, e bem distribuída quanto ao tempo de serviço, apresentando uma equipe de enfermagem mista de novos, intermediários e antigos funcionários.

Observou-se uma equipe mais passiva quanto à busca de aprimoramento e atualização de conhecimento, enraizada nos conhecimentos adquiridos em sua formação e sujeitos a uma capacitação profissional apenas se, e quando, ofertada pelo serviço. Estudo semelhante corrobora com este dado, ao constatar que a minoria dos participantes haviam realizado cursos como o ACLS, assim como na presente pesquisa, em que apenas 33,3% (n=4) dos enfermeiros e 26% (n=5) dos médicos cursaram o ACLS.⁹

Os participantes que adquiriram conhecimentos em cursos específicos da área como ACLS e ATLS apresentaram maior conhecimento sobre as novas diretrizes de atendimento à RCP, o que foi evidenciado pela maior média de acertos na pesquisa (65,5%). Outros autores encontraram resultados semelhantes, avaliando médicos e enfermeiros, observaram que 71,4% e 28,6% respectivamente, realizaram o curso de

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde...

Suporte Básico de Vida (BLS) e que 34,8% e 0% o curso ACLS e que, quando comparados com profissionais que não haviam realizado qualquer atualização, demonstraram maior conhecimento e melhores resultados no atendimento a vítimas de PCR.¹⁰

Desde 2005 a AHA destaca a importância de compressões torácicas de alta qualidade recomendando mudanças da relação compressão e ventilação de 15:2 para 30:2, o novo protocolo de 2010 enfatiza ainda mais a necessidade de uma RCP de alta qualidade, com minimização das interrupções das compressões torácicas e evitando-se o excesso de ventilação.³ A pesquisa revelou que 61,7% da equipe levou em consideração a minimização das interrupções das compressões torácicas ao responder corretamente a questão sobre SAV.

Segundo o novo *guideline*, um dos itens que contribui para a qualidade da RCP é evitar excesso de ventilação, assim, na presença de via aérea avançada deve-se manter uma Frequência Respiratória (FR) de 8 a 10 ventilações por minuto (hipoventilar).³

A equipe apresentou um pior desempenho justamente na questão sobre ventilação em via aérea avançada, na qual apenas 29,8% dos participantes consideraram como correto hipoventilar. Deficiências parecidas também foram encontradas em outro estudo realizado apenas com profissionais médicos; destes, somente 29,5% acertadamente acreditam na necessidade de restringir número de ventilações para 8 a 10 por minuto.¹¹

Na questão que aborda a adequada frequência e profundidade das compressões torácicas apenas 28,72% dos participantes da pesquisa acertaram a resposta, sendo que dos médicos 52,6% acertaram, corroborando com estudo semelhante realizado apenas com médicos onde a técnica de compressão foi corretamente escolhida por 52,2% dos entrevistados, neste mesmo estudo os médicos ao realizarem uma autoavaliação, admitiram existir lacunas no conhecimento.¹¹

O *guideline* 2010 enfatiza a aplicação de RCP de alta qualidade e a desfibrilação precoce para fibrilação ventricular/taquicardia ventricular (FV/TV) sem pulso. O acesso vascular, a administração de fármacos e a colocação de via aérea avançada, embora ainda recomendados, não devem causar interrupções significativas nas compressões torácicas, nem retardar os choques.³

Nesta questão, 61,7% (n=58) das respostas da equipe multiprofissional foram adequadas considerando “incorreto priorizar acesso vascular, administração de fármaco e

Di Credo PF, Boostel R, Felix JV Cestari.

colocação de via aérea avançada”.

A execução de manobras eficazes relaciona-se a com padronização de condutas, esforços combinados de vários profissionais e linguagem única.² A equipe pesquisada apresentou grande discrepância de respostas nas condutas relacionadas ao suporte ventilatório, sendo que apenas 29,8% da equipe multiprofissional respondeu corretamente. Assim, evidenciou-se uma equipe com múltiplas linguagens e condutas divergentes, que praticamente não evita o excesso de ventilação como orientado pelo *guideline* 2010.³

A frequência e profundidade das compressões torácicas, que estão diretamente relacionadas à qualidade das compressões, de forma alarmante, apresentaram segundo pior desempenho pela equipe multiprofissional, havendo baixo acerto por todas as profissões. Estudos realizados com fisioterapeutas e outros com profissionais de enfermagem em Petrolina-PE e Minas Gerais também concluíram a deficiência neste quesito, mostrando a falta de atualização e conhecimento sobre o tema.¹²⁻⁵

Trabalhos científicos nacionais e internacionais realizados com médicos, fisioterapeutas e enfermeiros de serviços de emergência apontam dados preocupantes: conhecimento teórico desatualizado e insuficiente sobre a RCP e a ideal sequência no atendimento à PCR.¹¹⁻⁸ Embora muitos fatores estejam associados à competência, como a própria experiência profissional, estes não oferecem embasamento teórico e subsídios suficientes para suprir este déficit, sendo que o fator crítico para a RCP é a instrução.^{2-3,18}

Pesquisas vêm sendo realizadas no intuito de melhorar o ensino e o aprendizado dos profissionais de saúde, com o uso de simuladores, vídeos e jogos.¹⁹⁻²⁰ Um estudo sueco que utilizou programas com avatares como método para pré- formação ou treinamento repetitivo em habilidades para RCP identificou melhor qualificação e conhecimento dos estudantes de medicina, comparado a forma tradicional de ensino.¹⁹

Observa-se então a necessidade de investimento em métodos de pré- formação profissional nas universidades; e uma conscientização dos serviços de saúde em rever suas políticas institucionais de aprimoramento e atualização profissional. No mais, o incentivo para realização e participação em cursos da área com o objetivo principal de prestar uma assistência de saúde de qualidade, embasada nas evidências científicas mais recentes, para que mais vidas

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde...

sejam salvas.¹⁹

CONCLUSÃO

Os conteúdos abordados e o instrumento utilizado para a avaliação verificaram uma equipe multiprofissional com conhecimento insuficiente para o atendimento à RCP, mesmo após dois anos de publicação das diretrizes de 2010 da AHA. Estes dados apontam para necessidade da elaboração de um programa de treinamento em serviço, a fim de suprir esta demanda.

Observaram-se durante a pesquisa poucos estudos nacionais sobre o tema após a publicação do novo guidelines de 2010 da AHA, o que demonstra a necessidade de mais estudos de avaliação sempre após as mudanças de protocolos.

Outro dado importante encontrado foi que mesmo nos trabalhos anteriores à publicação do novo protocolo os resultados são semelhantes, ou seja, os profissionais também possuíam um nível de conhecimento insuficiente sobre o tema. Isto corrobora para que as instituições promovam cursos de atualização e avaliações frequentes dos profissionais que atuam no cuidado direto ao paciente, garantindo a qualidade e excelência do atendimento.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa e aos responsáveis pela autorização da realização deste estudo que acreditaram que seu resultado traria um impacto significativo para o hospital e seus profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Lyra PF, Cordeiro DEF, Gois ACR, Muniz FN, Leônidas GM, Sobrinho CRMR. Programa de educação em reanimação cardiorrespiratória: ensinando a salvar vidas. Rev bras educ méd [Internet]. 2012 Oct/Dec [cited 2014 Aug 09];36(4):570-3. Available from <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/18.pdf>
2. Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Lage SG, et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia. Arq bras cardiol [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Aug 09];101(2Supl.3):1-221. Available from http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf
3. American Heart Association: Destaques das diretrizes da American Heart Association 2010

Di Credo PF, Boostel R, Felix JV Cestari.

para RCP e ACE. [versão em Português] [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 10];1-28. Available from

http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

4. Bueno LO, Guimarães HP, Lopes RD, Schneider AP, Leal PHR, Senna APR et al. Avaliação dos índices prognósticos SOPA e MODS em pacientes após parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva geral. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2005 July/Sept [cited 2014 Aug 10];17:162-4. Available from

http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010616171158.pdf

5. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med [Internet]. 1993 Nov [cited 2014 Nov 15];22(11):1652-8. Available from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064405813022>

6. Dalri MCB, Araújo IEM, Silveira RCCP, Canini SRMS, Cyrillo RMZ. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Rev. latinoam enferm [Internet]. 2008 nov/dec [cited 2014 Nov 16];16(6):1060-2 Available from

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/pt_20.pdf

7. Dane FC, Russell-Lindgren KS, Parish DC, Durham MD, Jr TDB. In-hospital resuscitation: association between ACLS training and survival to discharge. Resuscitation [Internet]. 2000 Sept [cited 2014 Aug 8];47(1):83-7. Available from:

[http://www.researchgate.net/publication/12319956_In-](http://www.researchgate.net/publication/12319956_In-hospital_resuscitation_association_between_ACLS_training_and_survival_to_discharge)

[hospital_resuscitation_association_between_ACLS_training_and_survival_to_discharge](http://www.researchgate.net/publication/12319956_In-hospital_resuscitation_association_between_ACLS_training_and_survival_to_discharge)

8. Palhares VC, Palhares Neto AA, Dell'Acqua MCQ, Corrente JE. Evaluation of nursing training for care to cardiorespiratory stop assistance. J Nurs UFPE [Internet]. 2014 June [cited 2014 Aug 09];8(6):1516-23. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5387/pdf_5220

9. Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Rev bras enferm [Internet]. 2010 nov/dec [cited 2014 Aug 16];63(6):1019-27. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023

10. Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória,

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde...

município de Rio Branco, AC. Rev bras cardiol [Internet]. 2012 Nov/Dec [cited 2014 Nov 10];25(6):464-70 Available from:

<http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/v25n06a03.pdf>

11. Duarte RN, Fonseca AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória. Rev bras ter intensiva [Internet]. 2010 Apr/June [cited 2014 Aug 16];22(2):153-8 Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000200009

12. Almeida AO, Araujo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. Rev Latino Am Enferm [Internet]. 2011 Mar/Apr [cited 2014 Nov 20];19(2): 261-8. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000200006&script=sci_arttext

13. Moura LTR, Lacerda LCA, Gonçalves DDS, Andrade RB, Oliveira YR. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. Rev Rene [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2014 Aug 12];13(2):419-27 Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/225/pdf>

14. Alves CA, Barbosa CNS, Faria HTG. Parada cardiorrespiratória e enfermagem: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. Cogitare Enferm [Internet]. 2013 Apr/June [cited 2014 Nov 20];18(2):296-301 Available from:

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/32579/20693>

15. Neves LMT, Silva MSV, Carneiro SR, Aquino VS, Reis HJL. Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. Fisioter pesqui [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2014 Nov 20];17(1) 69-74 Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n1/13.pdf>

16. Araújo KA, Jacquet P, Santos SS, Almeida V, Nogueira SF. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimentos dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. Rev inst cienc saúde [Internet]. 2008 Apr/June [cited 2014 Aug 16];26(2):183-90 Available from:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02_abr_jun/V26_N2_2008_p183-190.pdf

17. Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LEC, Gentile JKA, Rojas SSO. Atuação do time de resposta rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória Rev Bras Clín Méd [Internet]. 2013 July/Sept

Di Credo PF, Boostel R, Felix JV Cestari.

Conhecimento da equipe multiprofissional de saúde...

[cited 2014 Aug 16];11(3):258-62 Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3758.pdf>

18. Nori JM, Saghafinia M, Motamedi MHK, Hosseini SMK. CPR Training for nurses: how often is it necessary? Iran Red Crescent Med J [Internet]. 2012 Feb [cited 2014 Nov 20];14(2):104-7 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3372042/pdf/ircmj-14-104.pdf>

19. Creutzfeldt J, Hedman L, Felländer-Tsai L. Effects of pre-training using serious game technology on CPR performance - an exploratory quasi-experimental transfer study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Aug 16];20:2-9 Available from: <http://www.sjtrem.com/content/pdf/1757-7241-20-79.pdf>

20. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. Acta paul enferm [Internet]. 2012 Sept/Oct [cited 2014 Nov 20];25(4):619-25 Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

Submissão: 26/03/2015

Aceito: 25/06/2015

Publicado: 01/10/2015

Correspondência

Radamés Boostel
Av. Pref. Lothario Meissner, 632
Bloco didático II, Sala 12, 3º andar
Bairro Jardim Botânico
CEP 80210-170 – Curitiba (PR), Brasil