



SUPOORTE BÁSICO À VIDA EM ADULTOS: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS DIRETRIZES 2010-2015

BASIC LIFE SUPPORT IN ADULTS: NURSES' KNOWLEDGE ON THE GUIDELINES 2010-2015 SOPORTE BÁSICO DE VIDA EN ADULTOS: CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS ACERCA DE LAS DIRECTRICES 2010-2015

Josvânia Nunes da Silva¹, Juliana Helena Montezeli², Andréia Bendine Gastaldi³

RESUMO

Objetivo: identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar 2010-2015 para suporte básico à vida em adultos. **Método:** trata-se de estudo quantitativo descritivo realizado com 70 enfermeiros em um hospital-escola de Curitiba-PR, em agosto e setembro de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da Sociedade Evangélica Beneficente, sob o Protocolo n. 4.297/11. Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada e abordados estatisticamente por meio de análise de frequência absoluta e relativa e de teste qui-quadrado. **Resultados:** 30% dos enfermeiros conheciam a sequência da cadeia da sobrevivência em reanimação cardiopulmonar e 57% conheciam a ordem correta de sua execução; 51% não conheciam a frequência e profundidade da massagem cardíaca; 73% conheciam a relação compressão/ventilação. **Conclusão:** é necessário implementar o processo de educação permanente sobre a temática como responsabilidade conjunta entre os enfermeiros e a instituição. **Descritores:** Enfermagem em Emergência; Parada Cardiorrespiratória; Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT

Objective: to identify nurses' knowledge on the cardiopulmonary resuscitation guidelines 2010-2015 for basic life support in adults. **Method:** this is a descriptive quantitative study carried out with 70 nurses at a school hospital in Curitiba, Parana, Brazil, in August and September 2011, after approval by the Ethics Committee of Sociedade Evangelica Beneficente, under the Protocol 4,297/11. Data were collected through structured interview and statistically addressed through analysis of absolute and relative frequency and chi-square test. **Results:** 30% of nurses knew the survival chain sequence in cardiopulmonary resuscitation and 57% knew the correct execution order; 51% didn't know the rate and depth of cardiac massage; 73% knew the compression/ventilation ratio. **Conclusion:** there's a need for implementing the continued education process on the theme as a joint responsibility between nurses and the institution. **Descriptors:** Emergency Nursing; Cardiac Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation.

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento de enfermeros acerca de las directrices de resucitación cardiopulmonar 2010-2015 para soporte básico de vida en adultos. **Método:** esto es un estudio descriptivo cuantitativo realizado con 70 enfermeros en un hospital-escuela en Curitiba, Paraná, Brasil, en agosto y septiembre de 2011, después de la aprobación del Comité de Ética de la Sociedade Evangélica Beneficente, bajo el Protocolo 4.297/11. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista estructurada y abordados estadísticamente por medio de análisis de frecuencia absoluta y relativa y de prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** el 30% de los enfermeros conocían la secuencia de la cadena de supervivencia en reanimación cardiopulmonar y el 57% conocían el orden correcto de su ejecución; el 51% no conocían la frecuencia y la profundidad del masaje cardíaco; el 73% conocían la relación compresión/ventilación. **Conclusión:** es necesario implementar el proceso de educación permanente acerca de la temática como responsabilidad conjunta entre los enfermeros y la institución. **Descritores:** Enfermería de Emergencia; Paro Cardíaco; Resucitación Cardiopulmonar.

¹Enfermeira. Faculdade Evangélica do Paraná (Fepar). Curitiba (PR), Brasil. E-mail: nursejo22@hotmail.com; ²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina (PR), Brasil. E-mail: jhmontezeli@hotmail.com

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora na UEL. Londrina (PR), Brasil. E-mail: gastaldi@sercomtel.com.br

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a afecção emergencial mais severa que pode acometer um ser humano. É definida como a interrupção das atividades respiratórias e circulatórias efetivas. A intervenção para reverter o quadro tem como princípios fundamentais a aplicação de um conjunto de procedimentos para restabelecer a circulação e a oxigenação.

Para que o atendimento a uma pessoa nessa situação seja feito com sucesso, há a necessidade de reconhecimento precoce dos sinais de PCR, rápida ativação de sistema de atendimento de emergência e pronta implementação do suporte básico e avançado de vida.¹

Nesse contexto, é essencial que a equipe de enfermagem esteja atenta ao diagnóstico da PCR, a fim de estabelecer imediatamente medidas terapêuticas destinadas a manter os órgãos vitais em funcionamento, sendo que o enfermeiro tem importante papel nesse evento.

Para tal, ressalta-se a importância da competência técnica e científica dos profissionais envolvidos, pois é necessária a aplicação de protocolos de atendimento com o objetivo de padronizar as ações a ser seguidas como forma de facilitar a abordagem terapêutica.²

Com o intuito de construir protocolos norteadores para tal atendimento, a American Heart Association (AHA), quinquenalmente, lança novas diretrizes de reanimação cardiopulmonar (RCP), as quais se baseiam em um rigoroso processo internacional de avaliação de evidências. Isso envolve centenas de cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliam, discutem e debatem um grande número de publicações revisadas por pares.³

Assim, em outubro de 2010, foram divulgadas as mais recentes diretrizes para essa prática, as quais vigorarão até 2015. Possuem por finalidade a concentração na ciência dos profissionais que executam a ressuscitação, a fim de reduzir morte e incapacitação provocadas por doenças cardiovasculares.³

Na trajetória profissional das autoras percebeu-se, empiricamente, que o enfermeiro mostra-se um profissional essencial em relação ao sucesso de um atendimento à PCR, não só pela realização de procedimentos, mas assumindo o papel de líder de sua equipe e, ainda, articulando-se

com outros profissionais.

Além disso, as novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar 2010-2015 apresentam um capítulo de destaque para treinamento, implementação e equipes. Essa é uma nova seção que aborda o crescente *corpus* de evidências que orientam as melhores práticas de ensino e aprendizado para a capacitação em ressuscitação, a implementação da cadeia da sobrevivência e as melhores práticas relacionadas a equipes e sistemas de tratamento.³

Tais considerações aguçaram as reflexões acerca da importância do enfermeiro na equipe multiprofissional que atua com RCP e, também, no concernente ao seu papel como educador da equipe de enfermagem, com base em protocolos atualizados.

Entretanto, por se tratar de um assunto de vasta abrangência, delimitou-se o foco das inquietações em relação ao suporte básico de vida (SBV) em adultos, o que originou a seguinte indagação como fio condutor deste estudo: “Qual é o conhecimento dos enfermeiros de um hospital-escola acerca das diretrizes de reanimação cardiopulmonar 2010-2015 para suporte básico de vida em adultos?”.

Para elucidar tal questionamento, traçou-se como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros acerca das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar 2010-2015 para suporte básico de vida em adultos.

MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo realizado em um hospital-escola filantrópico de grande porte de Curitiba-PR. A população de enfermeiros da instituição é de 128 indivíduos (segundo dados do Departamento de Recursos Humanos), sendo que a amostragem foi do tipo probabilística, com seleção aleatória simples, composta por 70 indivíduos, com nível de confiança (1- α) de 95%, desvio padrão de 0,5 e erro amostral de 8%.⁴

A técnica de coleta de dados foi a entrevista estruturada, utilizando um instrumento composto por uma parte inicial de caracterização do sujeito, seguida de 8 questões fechadas sobre a temática norteadora da pesquisa. Para validação de conteúdo, o instrumento foi apreciado por 5 juízes enfermeiros, 2 especialistas em Terapia Intensiva, 2 em Emergência e 1 em Assistência a Pacientes Críticos.

Realizou-se um estudo piloto com cinco enfermeiros não inclusos na amostra, com o objetivo de avaliar o instrumento de coleta

Silva JN da, Montezeli JH, Gastaldi AB et al.

Suporte básico de vida em adultos...

em relação à ausência dos critérios de abrangência, objetividade e pertinência ao tema abordado.

As entrevistas ocorreram em agosto e setembro de 2011, após a aprovação do Comitê de Ética da Sociedade Evangélica Beneficente, sob o Protocolo n. 4.297/11, com assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos. Os preceitos éticos da pesquisa pautaram-se na Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁵

Em posse dos dados coletados, foi realizado o tratamento estatístico destes por meio da análise de frequência absoluta, relativa e de teste qui-quadrado, utilizando o programa *Microsoft Excel*.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados estão divididos em duas seções: caracterização dos sujeitos e conhecimento sobre suporte básico de vida no adulto.

◆ Caracterização dos sujeitos

Entre os entrevistados prevaleceram o sexo feminino (80%) e idades entre 25 a 30 anos. Quanto ao seu tempo de atuação profissional, 23% tinham mais de 5 anos de atuação como enfermeiro, seguido por até 1 ano (21%) e entre 1 e 2 anos (20%).

A instituição consta de diversos setores, das mais diferentes especialidades. Contudo, nesta pesquisa, a UTI Geral teve maior participação (10%), seguida de Clínica Médica, Pronto-Socorro, UTI Neonatal e Convênios, todos com 7%. As que tiveram menor participação foram Ortopedia e Hemodinâmica, ambas com 1%. A entrevista ocorreu de forma aleatória, com isso, a não participação de alguns setores não representa uma recusa por parte de seus enfermeiros.

Dos profissionais entrevistados, 56% possuem alguma pós-graduação em Enfermagem e 44% não têm. Dos pós-graduados, 28% cursaram especialização na área de Urgência e Emergência, 10% em Enfermagem do Trabalho, 8% em Auditoria em Enfermagem e 8% em Assistência ao Paciente Crítico, entre outras.

◆ Conhecimento sobre suporte básico de vida no adulto

Quando questionados sobre a ordem correta da cadeia da sobrevivência a uma vítima adulta de PCR, apenas 30% dos enfermeiros sabiam a resposta exata. Vale ressaltar que 23% responderam que a RCP deveria ser iniciada antes de chamar ajuda de um serviço especializado, o que de longa data é considerado errado pelos protocolos da AHA.

A segunda indagação do instrumento era sobre a ordem de execução das manobras de reanimação cardiopulmonar no adulto. Ela foi respondida corretamente por 57% dos entrevistados. Contudo, 20% ainda consideram o procedimento “ver/ouvir/sentir” como o inicial, o que é errôneo de acordo com as diretrizes de 2010.

Com relação à frequência e a profundidade da massagem cardíaca, 49% responderam adequadamente. Porém, 30% responderam de acordo com o preconizado pelas diretrizes anteriores (2005-2010) e os demais 21% marcaram alternativas que não se enquadram em nenhuma das diretrizes já publicadas pela AHA. Assim, 51% dos enfermeiros não sabiam a frequência e a profundidade das compressões torácicas.

Ao ser questionados sobre a relação entre compressão e ventilação durante a RCP em uma vítima adulta sem via aérea definitiva, 73% escolheram a alternativa correta. Já em relação ao uso do desfibrilador externo automático (DEA), o total de acertos foi de apenas 34%.

A sexta questão do instrumento foi composta por afirmações que deveriam ser classificadas como falsas ou verdadeiras pelos respondentes. A maioria dos enfermeiros respondeu corretamente, marcando como verdadeiras todas as afirmações. Contudo, ressalta-se que 37% não reconheceram a necessidade de minimizar as interrupções nas compressões torácicas - limitando as interrupções a menos de 10 segundos. O mesmo percentual considerou falso que, não havendo dispositivo de barreira, é dispensada a ventilação no SBV, devendo-se apenas fazer compressões torácicas, contradizendo as diretrizes vigentes.

Após responder às questões de ordem técnica sobre o SBV no adulto, os sujeitos foram questionados se sabiam sobre a atualização quinquenal do protocolo de RCP e a divulgação de novas diretrizes pela AHA; 80% responderam afirmativamente, sendo que 81% da amostra afirmaram saber que o ano das últimas diretrizes lançadas foi 2010.

Porém, ao cruzar as repostas sobre o conhecimento da atualização em 2010 do protocolo com a primeira questão - a qual discorria sobre a cadeia da sobrevivência - foi identificado que, embora 81% dos entrevistados tenham afirmado saber o ano da última atualização, destes, apenas 37,3% escolheram a alternativa correta, que contemplava os elos da cadeia preconizados para 2010-2015.

Ao se fazer o mesmo cruzamento com a

questão que contemplava a correta ordem de execução das manobras de RCP, dos 81% que afirmaram saber da atualização de 2010, 62,3% responderam corretamente.

Já do cruzamento desse mesmo dado (saber o ano das novas diretrizes) com a questão sobre a relação entre compressões e ventilações, somente 56,6% dos 81% que referiram saber das diretrizes 2010-2015 acertaram a resposta. Destaca-se que 26,4% responderam de acordo com as diretrizes antigas, mesmo tendo afirmado saber da atualização de 2010-2015.

DISCUSSÃO

Em conferências realizadas a cada cinco anos, a International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), juntamente com o Comitê de Ressuscitação da AHA, desde 2000, lançam diretrizes internacionais para RCP, com intuito de padronizar o atendimento.⁶ Até o momento, estão vigorando as diretrizes da AHA para RCP divulgadas em outubro de 2010, as quais serão referência até 2015.^{2,3}

Embora 81% da amostra tenham assinalado saber que em 2010 houve alterações nas diretrizes para RCP, houve grande percentual de erro nos aspectos técnicos mencionados pelos entrevistados. Apenas 30% deles sabiam a ordem correta da cadeia da sobrevivência.

O papel do enfermeiro é vital em casos de PCR, principalmente quando se trata de tomada de decisões. Sabe-se que, normalmente, é o enfermeiro quem primeiro avalia o paciente e inicia as manobras de RCP, pois o reconhecimento imediato irá refletir no prognóstico da vítima. Sendo assim, o profissional deve ser qualificado para tal situação.⁷

Primeiramente, para discorrer sobre SBV, enfatiza-se a cadeia da sobrevivência e sua sequência correta de procedimentos durante o atendimento a uma PCR, denominada de elos. Os enfermeiros que participaram do estudo, em sua maioria, não conheciam a cadeia da sobrevivência das diretrizes de RCP 2010-2015, o que, de certa forma, evidencia que a atualização não faz parte do conhecimento dos entrevistados, apesar de saberem que existiram alterações pela AHA em 2010. Contudo, o saber é um dos mais poderosos instrumentos de visibilidade da profissão, para isso, o conhecimento deve basear-se em métodos científicos, para que a busca pela autonomia não seja pautada apenas em práticas do senso comum.

Diferentemente das diretrizes anteriores, nas quais a cadeia da sobrevivência era de 4 elos⁸, as novas diretrizes 2010-2015 contam

com 5. O primeiro consiste em reconhecimento da PCR e o acionamento imediato do serviço de urgência/emergência; o segundo elo é aquele em que devem ser aplicadas as técnicas de RCP com ênfase nas compressões torácicas; o terceiro é a desfibrilação precoce, seguida pelo quarto, que faz menção ao suporte avançado de vida (SAV) eficaz. O quinto e novo elo, chamado cuidados pós-PCR integrados, consiste em seção de treinamento, implementação e equipe, enfatizando a necessidade de treinamento e os métodos para aumentar a disposição das pessoas presentes a executar uma RCP, sejam elas leigas ou profissionais da área da saúde. Outro aspecto preconizado por esse elo é o de simplificar o treinamento para os socorristas, salientando o aspecto mais necessário ao sucesso em uma PCR, que são as compressões torácicas mais precocemente possível.³

Em relação à ordem correta de execução dos procedimentos em uma RCP, 57% dos entrevistados sabiam que o ato de “ver-ouvir e sentir” havia sido retirado do protocolo de RCP, mas 20% ainda tomariam a iniciativa de começar as manobras com esse procedimento, antes de iniciar as compressões torácicas. Diante desse cenário, salienta-se que, para o sucesso das manobras de RCP, é fundamental que todos os profissionais envolvidos no processo as conheçam e, devido ao fato de as diretrizes serem revisadas a cada 5 anos, há a necessidade de buscar uma constante atualização relativa a essa temática.

O novo protocolo preconiza que sejam realizadas de imediato as compressões torácicas (letra C), obedecendo a uma sequência C-A-B-D³, portanto, que a massagem cardíaca no adulto seja aplicada antes da ventilação, diferente do que era determinado pelo anterior protocolo 2005-2010, cuja ordem era A-B-C-D.⁹ Isso é justificado pelo fato de que, iniciando a RCP com 30 compressões em vez de 2 ventilações, diminui-se a demora em aplicar a primeira compressão.³

Os sujeitos do estudo, em sua maioria (57%), identificaram a ordem dos procedimentos com relação à frequência e a profundidade das manobras, mostrando que possuem conhecimento sobre o assunto. Enquanto antes a frequência era relacionada ao termo “aproximadamente”, agora se aplica frequência em combinação com o termo “mínimo” - de 100 batimentos por minuto e profundidade de 2 polegadas (cerca de 5 cm). Além disso, 79% sabiam que é essencial o retorno total do tórax após cada compressão, pois, com isso, a efetividade da manobra

torna-se mais fidedigna. Entretanto, 37% não reconheceram a necessidade de minimizar as interrupções nas compressões torácicas.

O passo C da RCP consiste na checagem do pulso carotídeo em, no máximo, 10 segundos e, na ausência do mesmo, são iniciadas as compressões torácicas com uma frequência mínima de 100 batimentos por minuto. Ou seja, o tórax deve ser comprimido de modo rápido e forte e o retorno do tórax entre uma compressão e outra deve ser completo para que a manobra seja eficaz. Estudos demonstram que atrasos e interrupções nas compressões reduzem a sobrevivência da vítima. A correta aplicação da massagem cardíaca exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas, também, em minimizar interrupções entre uma manobra e outra na RCP.³

A frequência de compressão foi modificada para no mínimo 100 batimentos por minuto, em vez de aproximadamente 100 por minuto, e a profundidade da compressão também sofreu alterações importantes em sua realização. O que antes era cerca de 1,5 a 2,0 polegadas, com o novo protocolo, tornou-se no mínimo 2,0 polegadas, ou seja, no mínimo 5 centímetros.³

Na etapa A, deve ser realizada a abertura das vias aéreas, lembrando-se dos cuidados e restrições em casos de trauma em cervical. Passando para a fase B, após a abertura das vias aéreas, o profissional de saúde deve rapidamente verificar se há ou não respiração e se esta está em situação anormal (apenas em arquejo agonizante). O procedimento “ver, ouvir e sentir”, se houver respiração, como mencionado, foi removido do algoritmo.³

Contudo, 20% dos sujeitos ainda mencionaram esse procedimento dentre os necessários à RCP, mas 60% acharam que é dispensável a ventilação no SBV em caso de não haver dispositivo de barreira, em concordância com o novo protocolo.

A etapa D corresponde à desfibrilação precoce, também um ponto importante tratado no novo protocolo. O uso do DEA nas diretrizes de 2010-2015 não sofreu grandes alterações em relação às diretrizes de 2005-2010, porém, a ênfase na desfibrilação precoce combinada a RCP de alta qualidade é a chave para melhorar a sobrevivência à PCR súbita, juntamente com treinamentos para aperfeiçoar, organizar, planejar, criar parcerias em busca de um contínuo processo de aperfeiçoamento da qualidade.³

Entretanto, apenas 34% dos sujeitos possuíam conhecimento sobre essa etapa do

SBV no adulto, e 23% iriam realizar o procedimento ao contrário do estabelecido pelo protocolo 2010-2015 da AHA, em terapias elétricas, e outros 14% aplicariam de forma errônea.

Para que seja entendido o uso dos desfibriladores, sejam eles automáticos ou não, uma PCR com fibrilação ventricular, didaticamente é dividida em três fases: fase elétrica, fase circulatória ou hemodinâmica e fase metabólica. Na fase elétrica - que ocorre entre 0 e 4 minutos após a cessação dos batimentos cardíacos -, percebe-se uma desfibrilação ventricular grosseira; é a fase mais efetiva, com boa resposta ao choque. Após esse período, a desfibrilação deixa de ser benéfica, sendo necessário um tempo de compressões torácicas para o miocárdio responder melhor ao choque. Isso porque a compressão torácica melhora a condição elétrica do miocárdio para que este possa ser beneficiado com a desfibrilação. Na fase circulatória ou hemodinâmica, compreendida entre 4 e 10 minutos após a PCR, há perda de energia pelo miocárdio e, com isso, uma menor resposta ao choque. A terceira e última fase, conhecida como fase metabólica, é aquela a partir de 10 minutos de PCR, sendo a recuperação da vítima questionável. Acredita-se que a maior complicação nessa fase seja hipotermia pós-PCR.⁹

Desde as diretrizes de 2005, preconizou-se que, nos casos de PCR presenciada ou com tempo de resposta menor que 4 minutos, deve-se aplicar um choque com o DEA (assim que o aparelho estiver disponível) para, depois, iniciar RCP. Já quando a PCR estiver instalada há mais do que 4 minutos, deve-se realizar 5 ciclos ou 2 minutos de RCP (30:2) para, então, utilizar o DEA. O número de choques foi reduzido de 3 para apenas 1, com o intuito de diminuir o tempo que a vítima permanecia sem as compressões torácicas.⁹

Além disso, sabe-se que após receber um choque, todo coração apresenta certo grau de disfunção ventricular, o que permite concluir que quanto maior o número de choques, maiores serão essa disfunção e a dificuldade de retomada do ritmo adequado. Assim, a partir de 2005, protocola-se deflagração de apenas um choque com DEA, com retomada imediata da RCP, independente do ritmo, iniciando-se pelas compressões torácicas.^{3,9}

Quanto à relação compressão/ventilação, até a colocação de uma via aérea avançada, em caso de 1 ou 2 socorristas, o preconizado continua sendo o ciclo de 30 compressões e duas ventilações, caso exista um dispositivo de barreira. Não possuindo, prossegue-se

apenas com a letra C (somente compressões). Em caso de via aérea definitiva, o profissional de saúde deverá realizar uma ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações por minuto), em conformidade com as compressões torácicas, cerca de 1 segundo por ventilação, devendo-se sempre observar a elevação visível do tórax.³

Em relação a essa especificidade, 73% dos enfermeiros escolheram a alternativa correta, pois não houve alteração nesse ciclo de compressão/ventilação 30:2, em comparação com os protocolos anteriores. Entretanto, ainda, 9% dos enfermeiros estão em total desconformidade tanto com o atual protocolo 2010-2015 como o antigo protocolo 2005-2010, considerando alternativas corretas com ciclos de 15 massagens e 2 ventilações. Parte desse desconhecimento faz com que a RCP e o papel do enfermeiro, diante dessa intervenção, fique comprometida e não siga o que determinam as diretrizes.

Há de se salientar que o êxito na reversão de uma PCR depende, ainda, de fatores como: condições clínicas da vítima antes da PCR, causas que a determinaram e uniformidade das manobras de RCP aplicadas. Com isso, o treinamento deve ser requisito primordial para minimizar erros e conflitos, atingir o menor tempo entre a PCR e a realização das manobras, entre outras.

Cabe mencionar que os achados de um estudo¹⁰ sugerem que quanto maior o tempo de formado, menor o conhecimento teórico na relação compressão/ventilação e da carga elétrica utilizada para a desfibrilação, o que justifica a necessidade de atualização do profissional diante das alterações periódicas com a evolução das pesquisas.

Os participantes do estudo, embora, em sua maioria, tenham mencionado saber da publicação das novas diretrizes no ano de 2010, apresentaram desempenho insatisfatório no que se refere ao conhecimento sobre as suas modificações, demonstrando a necessidade de educação permanente acerca dessa temática.

Entretanto, a atualização profissional deve ser compreendida como algo almejado tanto pelo próprio enfermeiro como pela organização de saúde em que atua, ou seja, atribuída à esfera particular e à institucional.

A Política Nacional de Educação Permanente, proposta pelo Ministério da Saúde, apresenta-se como uma estratégia que contribui para transformar os processos de formação das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços e ressalta que o processo educativo é de responsabilidade

tanto da esfera institucional quanto da individual.¹¹

Conforme colocações dessa política, a educação permanente é aprendizagem no trabalho, com a incorporação do aprender e do ensinar ao cotidiano das organizações e ao trabalho propriamente dito. Ela é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências prévios do indivíduo.¹¹

A partir desse conceito, afirma-se que a atualização dos enfermeiros sobre RCP com base nas novas diretrizes é de responsabilidade não somente individual, mas, também, da instituição empregadora, uma vez que sua realização tende a refletir positivamente não só no prognóstico do paciente, mas no processo de trabalho, colaborando para o desenvolvimento organizacional.

Considera-se, ainda, que um programa de capacitação deva ser aplicado regularmente, com uma periodicidade trimestral ou semestral, pois há um nítido declínio do conhecimento com o passar do tempo.¹²

Assim, as instituições devem primar por treinamentos regulares que contemplem teoria e prática. Concomitantemente, os profissionais devem buscar estratégias de estudo para melhorar e manter seu próprio desempenho ao longo do tempo.¹

Então, a proposta de um programa de capacitação do enfermeiro para o atendimento da PCR é essencial para proporcionar uma aproximação entre sua realidade laboral e os conhecimentos sobre o assunto que vêm sendo produzidos, contribuindo, assim, para uma padronização do atendimento a essa afecção na instituição.¹²

Além disso, é importante que o enfermeiro, no papel de supervisor da equipe de enfermagem, identifique problemas e necessidades desta, com vistas a capacitá-la devidamente para o desenvolvimento de suas competências.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida do estudo foi identificar se os enfermeiros estavam atualizados em relação às novas diretrizes de PCR 2010-2015 para adultos em SBV.

O conhecimento e atualização dos enfermeiros quanto às recomendações das novas diretrizes da AHA são fundamentais e primordiais para otimizar o atendimento à PCR. Existe uma grande expectativa de que, com o novo elo na cadeia da sobrevivência - a

seção de treinamentos, implementação e equipe -, haja a diminuição da lacuna entre o fazer e o não fazer por falta de conhecimento e, com isso, possa haver uma melhora da sobrevivência das vítimas em PCR.

A RCP é um processo sistemático e complexo que envolve diversos fatores e o profissional de enfermagem está inserido nesse conjunto. Ele pode contribuir de forma participativa e compartilhada, ou mesmo delegando funções para um melhor prognóstico do paciente. Destarte, para o enfermeiro realizar seu papel de líder e de orientador/educador da sua equipe, deve estar atualizado em relação às alterações no protocolo de RCP.

Este estudo concluiu que o conhecimento teórico dos sujeitos sobre os procedimentos de SBV em um adulto em PCR, de acordo com as novas diretrizes de reanimação cardiopulmonar 2010-2015, está em déficit por parte dos profissionais entrevistados. Ressalta-se que as experiências e as especializações dos participantes não interferiram nos resultados. Concluiu-se também que seu entendimento sobre o tema independe de setor ou experiência vivida na enfermagem. Poucos têm conhecimentos sobre o uso do DEA e da importância das compressões bem realizadas inicialmente em uma RCP.

São reforçados dados da literatura indicando que se faz necessária a implementação de medidas educativas para intervir nos pontos vulneráveis investigados nesta pesquisa e que deve existir um comprometimento tanto por parte da instituição como dos enfermeiros na construção da educação permanente, vislumbrando fundamentalmente a qualidade da assistência e a minimização dos erros por desconhecimentos ou falta de habilidade.

Mesmo com as limitações deste estudo, espera-se que os seus achados possam subsidiar o interesse dos enfermeiros rumo à busca de conhecimento sobre o tema em questão, bem como servir de mola propulsora para o incentivo institucional na capacitação dessa categoria profissional.

REFERÊNCIAS

1. Brião RC, Souza EN, Castro RA, Rabelo ER. Cohort study to evaluate nursing team performance in a theoretical test after training in cardiopulmonary arrest. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2012 May 25];17(1):40-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/07.pdf>.
2. Máximo EAL, Carvalho DV, Costa TAH, Oliveira DU. Historical development of the cardiopulmonary resuscitation: review study. *J Nurs UFPE on Line* [Internet]. 2009 [cited 2012 May 25];3(3):709-14. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/184/pdf_940.
3. American Heart Association. Destaques das Diretrizes AHA 2010 para RCP e ACE [document on the internet]. 2010 [cited 2013 Mar 27]. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf.
4. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman; 2006.
5. Brasil. Resolução n. 196/96. Normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
6. Timerman S, Gonzalez MMC, Mesquita ET, Marques FRB, Ramires JAFR, Quilici AP, et al. The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Roll in Guidelines 2005-2010 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2006 [cited 2012 May 25];87(5):201-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/abc/v87n5/en_10e1.pdf.
7. Zanini J, Nascimento ERP, Barra DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18(2):143-7.
8. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC, Araújo GL, Pellicciotti JSS. Cardiopulmonary resuscitation with semi-automated external defibrillator: assessment of the teaching-learning process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2012 May 14];42(3):532-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a16.pdf.
9. American Heart Association. Aspectos mais relevantes das diretrizes da AHA sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular. *Currents in Emergency Cardiovascular Care*. 2005;16(4):1-27.
10. Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2012 Mar

Silva JN da, Montezeli JH, Gastaldi AB et al.

Suporte básico de vida em adultos...

14];19(2):261-8. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/06.pdf>.

11. Brasil. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. (Série Pactos pela Saúde, n. 9).

12. Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 Dec [cited 2013 Feb 14];63(6):1019-27. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023&lng=en.

13. Costa DB, Vannuchi MTO, Haddad MCFL, Cardoso MGP, Silva LG, Garcia SD. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2012 [cited 2012 July 28];14(2):257-66. Available from:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/pdf/v14n2a05.pdf>.

Submissão: 05/11/2012

Aceito: 09/02/2013

Publicado: 01/05/2013

Corresponding Address

Juliana Helena Montezeli
Rua Paes Leme, 64, apto. 102 – Vila Brasil
CEP: 86010-610 – Londrina (PR), Brazil