

O conhecimento sobre parada cardiorrespiratória dos enfermeiros que atuam na atenção básica

Knowledge of cardiopulmonary arrest of nurses working in primary care

El conocimiento de la parada cardiorrespiratória de los enfermeiros que trabajan en atención primaria

Resumo: Desenvolveu-se um estudo, transversal, com o objetivo de identificar o conhecimento dos enfermeiros da rede básica, no atendimento a parada cardiorrespiratória. Foram entrevistados 24 enfermeiros da rede básica de saúde do município de Suzano. Situações de emergência, como a parada cardiorrespiratória, requerem habilidades e medidas iniciais que são primordiais no atendimento adequado, porém, foi possível identificar que os enfermeiros que atuam em Unidade Básica de Saúde/Programa de Saúde da Família, não estão atualizados perante a nova preconização da *American Heart Association* 2010, sendo que a atualização é essencial/primordial para um atendimento rápido e satisfatório.

Descritores: Parada Cardiorrespiratória, Atenção Básica, Papel do Enfermeiro.

Abstract: A cross study has been developed in order to identify the nurse's knowledge from the basic health assistance while assisting a cardiorespiratory arrest. Twenty four nurses from the basic health assistance of the city of Suzano were interviewed. Emergency situations, such as cardiorespiratory arrest, requires skills and initial steps in the proper care, however, it was possible to identify that nurses, who work at Basic Health Unit/Family Health Program, are not updated before the new 2010 American Heart Association preconization, considering that the update is essential to a satisfactory attendance.

Descriptors: Cardiopulmonary Resuscitation, Primary Care, Role of the Nurse.

Resumen: Se desarrolló un estudio transversal con el objetivo de identificar el conocimiento del enfermero en la red básica de salud en la atención a la parada cardiorrespiratoria. Fueron entrevistados veinticuatro enfermeros de la red básica de salud del municipio de Suzano. Situaciones de emergencia, como la PCR, requieren habilidades y medidas iniciales que son primordiales en la atención adecuada, pero, fue posible identificar que los enfermeros que actúan en Unidad Basica de Salud/Programa de Salud Familiar, no están actualizados ante la nueva preconización de la American Heart Association 2010, siendo que la actualización es esencial/primordial para una atención rápida y satisfactoria.

Descriptores: Resucitación Cardiopulmonar, Atención Primaria, Rol de lo Enfermero.

Simone de Lima Tosi Amador
Enfermeira. Docente da Universidade Braz Cubas.

Kelly Cristina Pinheiro Costa Silva
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Braz Cubas.
E-mail: kellycristinna2009@hotmail.com

Dayanne de Lima Cunha, Yara Cristina Peres Pissinatti, Verônica Aparecida dos Santos
Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Braz Cubas.

Introdução

O Ministério da Saúde conceitua Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais ou coletivas, incluindo a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Visa diminuir os danos ou sofrimentos que acomete o indivíduo, e que comprometem sua forma de viver saudável. Ainda afirma que a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários¹.

Em estudo realizado num estado brasileiro, a cobertura da Atenção Primária chega aproximadamente a 30% da população, dados estes, que comprovam as superlotações no serviço de emergência e urgência a deficiência na assistência da saúde da população gera consequências sérias para os serviços de urgência e emergência².

Com o projeto de descentralização, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem inserido algumas estratégias assistenciais na Atenção Básica, como o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar e atender as necessidades de saúde da população. Esta estratégia tem se tornado um desafio, pois o seu crescimento mostra as fragilidades, as falhas na prestação de serviços profissionais e gestão do sistema³.

Há um interesse na qualificação dos serviços prestados pelo SUS, interesse este, que engloba gestores, trabalhadores e usuários, que visam à preservação e recuperação de todos os brasileiros. Entretanto, ainda falta muito para o SUS se tornar um sistema integrado, organizado e qualificado. Há muitos, e importantes problemas em nossos processos que necessitam de planejamento, participação e avaliação contínua⁴.

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência extrema, cujo insucesso nas manobras acarreta lesão cerebral irreversível e morte, caso o restabelecimento do fluxo sanguíneo e a ventilação não forem apropriados⁵. E geralmente é a enfermagem que primeiro presencia uma PCR e acionam a equipe de atendimento⁶.

De acordo com o Ministério da Saúde, o panorama encontrado na atenção às urgências, no atual contexto

do SUS, mostra um baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde, gerando descompromisso e desqualificação profissional progressivo⁷.

De acordo com a portaria nº 2.048, o atendimento de urgência e emergência deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS. Assim sendo, amplia-se o acesso ao sistema, em situações de urgência, para toda a rede de estabelecimentos de saúde, mantendo-se a atenção básica como porta de acesso preferencial. Dentro desse contexto, foi definido como componente de atendimento pré-hospitalar fixo, as UBS, ambulatórios especializados e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências⁸.

Pesquisa realizada em 2008, afirma, que a PCR é, frequentemente, a primeira e única manifestação da aterosclerose coronariana, o que ressalta a importância dos esforços de prevenção primária e, uma vez instituída, levando a excelência no atendimento. Mostra-se assim, que grande parte da população sofre de doenças cardiovasculares, estando vulnerável às situações de emergência e acabam necessitando do suporte básico, que na maioria das vezes é recebido nas UBS⁹.

Objetivo

O objetivo desta pesquisa é identificar o conhecimento do enfermeiro da Rede Básica no atendimento a PCR.

Material e Método

O presente trabalho consiste em pesquisa qualitativa e de campo sobre o conhecimento do enfermeiro da Atenção Básica no atendimento a PCR no município de Suzano - SP.

A população compreendeu os enfermeiros que atuam na atenção básica no município de Suzano alocados nas 18 Unidades de Saúde (12 UBS e 06 UBSF).

A amostra foi definida por meio de seleção por conveniência, onde participaram os enfermeiros que atenderam os critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos todos os enfermeiros assistenciais que se disponibilizaram a participar da entrevista, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, tendo vínculo empregatício com a Instituição local ou contratada e ser enfermeiro assistencial.

Foram excluídos, os enfermeiros que se negaram a participar da entrevista, os enfermeiros gerenciais, que não atuam diretamente na assistência ao paciente, há mais de seis meses, em gozo de férias, licença médica e que estiveram ausentes do trabalho no dia da coleta dos dados.

A pesquisa foi realizada no período de 24 a 28 de janeiro de 2011 e aplicada uma entrevista individual e semiestruturada, consistindo na combinação de um roteiro sistematizado com perguntas abertas curtas e questionários de múltipla escolha. Os dados obtidos foram transferidos para uma planilha e tabulados com o auxílio do programa Microsoft Excel e analisados descritivamente.

As respostas foram consideradas corretas, quando todos os conteúdos exigidos foram citados, e erradas, quando não foram assinalados todos ou algum dos itens corretos, sendo que, a base utilizada para avaliação foi o Guidelines 2010, American Heart Association (AHA).

A pesquisa foi realizada de acordo com as orientações ética legais, com apresentação e aprovação do projeto de pesquisa junto aos órgãos competentes, ou seja, a análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Braz Cubas, dentro dos termos da resolução, CNS 196/96 e aprovado com o protocolo: CEP 054/2010. Neste sentido foi aplicado formulário de termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

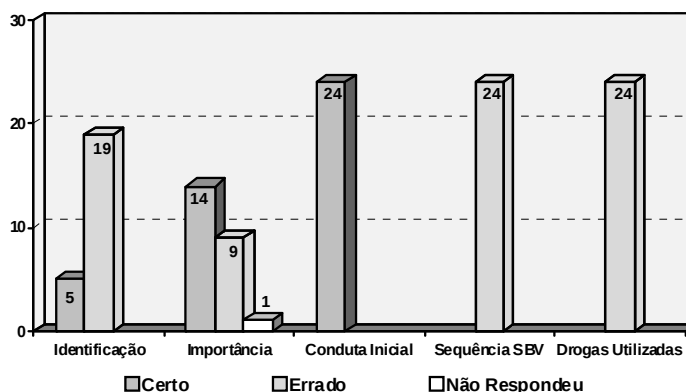
Resultados e Discussão

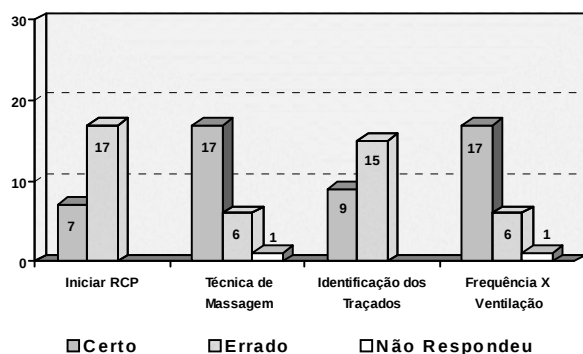
Foram visitadas 12 UBS e 6 UBSF no município de Suzano – SP. Foram entrevistados 24 enfermeiros que atuavam nas unidades. A tabela 1 apresenta os dados obtidos referentes à formação acadêmica e complementar, o tempo de atuação em atenção básica e a experiência na atuação no atendimento em PCR.

Tabela 1. Característica da amostra. (N=24) - Suzano, 2011.

Sinais e Sintomas	N	%
Tempo de formação (> de 5 anos)	4	16,67
Tempo de formação (< de 5 anos)	20	83,33
Tempo de atuação em UBS (> de 5 anos)	7	29,17
Tempo de atuação em UBS (< de 5 anos)	17	70,83
Atuam ou já atuou em ambiente hospitalar	14	58,33
Nunca atuou em ambiente hospitalar	10	41,67
Receberam orientações durante a formação	21	87,50
Não receberam orientações durante a formação	2	8,33
Não lembram se receberam orientações durante a formação	1	4,17
Já participaram de algum curso de APH e/ou Urgência e Emergência	8	33,33
Nunca fizeram curso de APH e/ou Urgência e Emergência	15	62,50
Não responderam	1	4,17
Nunca participaram de algum atendimento a PCR	7	29,17
Já participaram de algum atendimento a PCR	17	70,83

Houve acerto de até 50% das questões por 70,83% dos enfermeiros conforme avaliação da figura 1 e 2; destes 64,71% já participou de uma PCR; 52,94% já trabalharam ou trabalha em hospital e 29,4% já fez curso ou especialização em APH ou Urgência e Emergência. Os profissionais com experiência hospitalar e com conhecimento teórico e específico em PCR e RCP atingiu maior número de acertos.





Para identificação da PCR, somente 20,83% dos enfermeiros respondeu corretamente, conforme, AHA (2010), sendo que para o diagnóstico da PCR, são necessários os seguintes sinais presentes: inconsciência, respiração agônica ou apneia, ausência de pulsos e o mais importante: ausência de pulsos carotídeos¹⁰. Do restante dos entrevistados, 79,17% assinalou outros sinais e sintomas, conforme tabela 2.

Tabela 2. Sinais e sintomas necessários para identificação de uma PCR. Suzano, 2011.

Sinais e Sintomas	N	%
Pulsação e respiração	21	87,50
Coloração da pele	11	45,83
Pupilas	5	20,83
Temperatura corporal	1	4,17
Nível de consciência	14	58,33

Nesta questão, eles poderiam assinalar mais de uma alternativa, porém em alguns casos foi assinalada a resposta correta, juntamente, com sinais e sintomas não necessários para a identificação da PCR, sendo consideradas incorretas.

Todos os enfermeiros, de acordo com as respostas emitidas, teriam atitude correta quando identificassem um paciente em PCR: chamariam por ajuda e iniciaria o atendimento, e ao serem questionados sobre o número de pessoas necessárias para iniciar uma RCP, somente 29,17% respondeu corretamente. A AHA (2010) preconiza que se um profissional de saúde testemunhar uma situação de vítima em PCR, este poderá acionar o serviço de emergência/urgência e iniciar o atendimento sozinho, até a chegada da equipe de atendimento¹¹.

Referente à sequência de procedimentos realizados no Suporte Básico de Vida (SBV) 91,66% respondeu à

alternativa: A) Vias aéreas; B) Respiração e C) Compressões torácicas. Houve alteração na sequência do atendimento com a nova preconização da AHA (2010), sendo C-A-B em vez de A-B-C, iniciando agora com as compressões torácicas antes das ventilações. Essa mudança teve como motivo, agilizar o atendimento de RCP, pois, ao iniciar com a ventilação perdia-se tempo até liberar vias aéreas e providenciar um selo para a respiração boca a boca, ou a bolsa-válvula-máscara/insuflador manual. Sendo que a compressão torácica é iniciada imediatamente, enquanto outro socorrista, caso haja, poderá se preparar para iniciar a ventilação¹¹.

No que concerne à relação de compressões torácicas e ventilação para 1 ou 2 socorristas, 70,84%, respondeu corretamente. Para a nova preconização da AHA (2010), não houve alteração na relação 30X2, porém é seguida a ordem do C-A-B, sempre iniciando com a massagem cardíaca¹¹.

A respeito da manobra da massagem externa, 70,84% respondeu corretamente. A AHA (2005), diz que o esterno adulto deveria ser comprimido aproximadamente 4 a 5 cm, e a nova preconização da AHA (2010) diz que as compressões do esterno adulto tem que ser comprimido no mínimo com 5cm de profundidade, gerando, com isso, maior fluxo sanguíneo, principalmente, por aumentar a pressão intratorácica e comprimir diretamente o coração, favorecendo o suprimento de oxigênio através da circulação¹¹.

Com relação ao diagnóstico eletrocardiográfico das quatro modalidades de PCR, 62,5% não soube identificar todos os traçados. Foi realizada uma pesquisa que avaliou o conhecimento dos enfermeiros em PCR na UTI, identificou-se que 11,6% dos enfermeiros, com mais de dois anos de experiência em UTI soube identificar os traçados eletrocardiográficos corretamente¹². Em ambos os estudos os autores corroboram no que se refere na dificuldade, dos enfermeiros, na avaliação e diagnóstico dos traçados eletrocardiográficos.

Conforme tabela 3, as maiorias dos enfermeiros se sentem inseguros quanto ao preparo e atendimento a PCR. No que se refere à avaliação da equipe de enfermagem no atendimento de RCP, 43,47% dos enfermeiros identifica que a equipe não sabe atuar nestas situações onde fica todos perdidos, o que classificamos como incapazes.

Tabela 3. Avaliação do desempenho do enfermeiro e sua equipe no atendimento a PCR na UBS. Suzano, 2011.

Profissionais	Capaz (%)	Incapaz (%)	Inseguro (%)
Enfermeiros (as)	4,2	0,0	95,8
Equipe de Enfermagem	34,8	43,5	21,7

Os profissionais que atuam em UBS, em especial o enfermeiro, mostram resistência em atender pacientes em situação de emergência, pois consideram que devem ser encaminhados a serviços de alta complexidade, por se sentirem despreparados e sem condições físicas e de equipamentos para o atendimento¹³.

Os profissionais declararam seu conhecimento frente aos equipamentos utilizados durante o atendimento a PCR representados na tabela 4. Onde identificamos dificuldade na manipulação na maioria dos equipamentos.

Tabela 4. Domínio sobre os aparelhos utilizados em PCR. (N=24) - Suzano, 2011.

Aparelhos	Sabem N (%)	Não Sabem N (%)
Desfibrilador	7 (29,17%)	17 (70,83%)
Eletrocardiograma	11 (45,83%)	13 (54,17%)
Laringoscópio	14 (58,33%)	10 (41,67%)
Monitor Cardíaco	14 (58,33%)	10 (41,67%)
Oxímetro de Pulso	19 (79,17%)	5 (20,83%)
Glicosímetro	13 (54,17%)	11 (45,83%)

Conclusão

O infarto do miocárdio, é altamente prevalente em nossa população, requer atenção especial dos profissionais da saúde, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade.

Verificou-se que o perfil da população analisada proporciona as seguintes características predominantes: sexo masculino, idoso, cor, casados, um filho, ensino fundamental, tabagismo e atividade física.

A maioria dos pacientes internados era originária da unidade de emergência, caracterizando uma expressiva demanda por atendimento hospitalar de unidade crítica ou alta complexidade.

Conclui-se que este estudo pode colaborar para o plano e/ou concepção de ferramentas de avaliação e

processo para a assistência de enfermagem, e alcançar rendimentos no progresso do quadro clínico do cliente em terapêutica intensiva.

Referências

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Série Pactos pela Saúde. 2006; 4(10). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 24 Jun 2011.
2. Sampaio MR, Melo MBO, Wanderley MAS. Estratificação do risco cardiovascular Global em Pacientes Atendidos numa Unidade de Saúde da Família (USF) de Maceió. Rev. Bras. Cardiol. 2010; 23(1):47-56.
3. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(6):1171-1181.
4. Koerich MS, Backes DS, Marchiori MC, Erdmann AL. Pacto em defesa da saúde: divulgando os direitos dos usuários pela pesquisa-ação. Porto Alegre: Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(4):677-84.
5. Pires MTB e Starling SV. Manual de urgências em pronto socorro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006; 746.
6. Lima SG, Macedo LA, Vidal ML. Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos profissionais de Enfermagem. Arq. Bras. Cardiol. 2009; 93(6).
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção as Urgências. Brasília: Série E. Legislação de Saúde. 2006.
8. Ministério Da Saúde. A organização do atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Portaria GM 2048. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 24 Jun 2011.
9. Bertoglio VM, Azzolin K, Souza EN, Rabelo ER. Tempo Decorrido em Parada Cardiorrespiratória e o Impacto no Conhecimento Teórico de Enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm. 2008; 29(3):454-60.
10. Laselva CR; Junior DFM. Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu. 2006.
11. Guidelines 2010 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science, 2010.
12. Zanini Z, Nascimento ERP e Barra DCC. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2006; 18(2):143-147.
13. Rocha PLR, Velloso CSI, Alves M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. Belo Horizonte: Rev Med. Minas Gerais. 2009; 19(4):317-324.