



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

EDLÉSLIA MARTINS AIRES

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA**

ICÓ – CE
2021

EDLÉSLIA MARTINS AIRES

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA**

Monografia submetida à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Josué Barros Júnior

ICÓ – CEARÁ

2021

EDLÉSLIA MARTINS AIRES

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA**

Monografia submetida à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Me. Josué Barros Júnior
Centro Universitário Vale do Salgado
Orientador (a)

Prof^o. Dr. Helton Colares da Silva
Centro Universitário Vale do Salgado
1^o Examinador

Prof^o. Me. João Paulo Xavier Silva
Centro Universitário Vale do Salgado
2^o Examinador

Dedico este trabalho em especial ao meu grande amigo/irmão Nycollas de Sousa Maciel, que foi acometido pelo câncer no ano de 2020 e no dia 12/03/2021 recebi a triste notícia que você tinha ido morar junto ao nosso pai Deus. Eu desabei com essa notícia, fiquei em estado de choque, não quis acreditar, mesmo vendo você ali na minha frente eu não acreditei, precisei de alguns tempos para aceitar e acreditar que realmente eu não iria mais te ter aqui comigo, mas entendi que você foi para um lugar melhor e não estava mais sofrendo e que agora é minha estrelinha, meu anjo ai no céu, que eu sei que está me iluminando por onde eu for. Obrigada por todo esses anos de amizade meu amigo, é desde infância e por ter acreditado no meu potencial e sempre ter dito que eu era sua Enfermeira preferida e por me considerar como sua melhor amiga, esse meu esforço, dedicação e sucesso é dedicado especialmente a você, meu negão.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha, por isso no decorrer desta luta algumas pessoas estiveram ao meu lado e percorreram esse árduo caminho como verdadeiros soldados, estimulando a buscar minha vitória e a conquistar o meu sonho.

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, por ter sido o principal protagonista desta luta, por sempre está me iluminando, abençoando e protegendo a toda hora e momento, por nunca ter soltado a minha mão e ter me instigado mais ainda a realizar o meu sonho, mesmo nos dias cansativos, difíceis, nas vezes pensadas em desistir de tudo, sempre me deu forças para continuar seguindo em frente de cabeça erguida e com muita fé no coração, sou muito grata.

Agradeço aos meus pais Fátima e Ednilson, por sempre terem sido meu alicerce, meu porto seguro, minha força, meu ponto de segurança e paz. Obrigada por todos os ensinamentos destinados a mim durante essa vida vivida até aqui, e eu sei que daqui pra frente continuaram a mim ensinar o lado certo e errado da vida, e vão está sempre ao meu lado. Obrigada por estarem sempre presentes nessa minha caminhada, me dando todo o apoio e força que eu precisei. A senhora minha mãe, por sempre ter sido essa mulher guerreira, batalhadora, de força durante todo esse tempo, por sempre está ao meu lado desde os choros aos sorrisos, por na maioria das vezes ter deixado faltar para a senhora, para não deixar sua filha na mão. Obrigada por ter sido essa ser humano íntegro, de caráter e dignidade me ensinando todos os dias a enfrentar a vida, agradeço pelas madrugadas tendo que levantar 3:30 da manhã junto a mim para que eu pudesse enfrentar a estrada e vim correr atrás do meu sonho, obrigada por tudo e por tanto minha mãe.

Ao senhor meu pai, por ter me concedido sair de casa pela 1ª vez, longe da família, para tentar conquistar o meu sonho, obrigada por acreditar em mim e no meu potencial, por não ter deixado faltar nada pra mim durante todos esses 5 anos de graduação, que por mais calado que o senhor sempre foi comigo, faltando um diálogo diário de pai e filha, sempre se preocupou comigo e mudou o seu jeito de dialogar comigo, onde passamos a ter mais proximidade um com o outro. Agradeço por ter sido esse homem batalhador, guerreiro e de força, que por mais que o salário do seu trabalho não fosse muito, nunca deixou nada faltar pra mim e esteve sempre a me ajudar quando precisei, obrigada por ser esse ser humano com um coração muito lindo e bondoso, quem não conhece pensa que é um homem fechado, na sua, sem querer papo com ninguém, mas quem conhece de verdade sabe o ser humano incrível e caridoso que tu és. Tenho muito orgulho de ter sido concedida a ser filha desses

dois seres-humanos apaixonantes e maravilhosos em minha vida, a vocês sou imensamente grata e um dia recompensarei tudo que já fizeram e ainda fazem por mim, amo vocês.

Agradeço a minha irmã Edlália, que por mais pequenina que és, com os seus 7 aninhos de idade, estando naquela fase de querer brincar bastante, fazer muita zoadinha e se divertir, sempre respeitou meu espaço nos horários dos meus estudos quando eu precisava ir para Pereiro e passar o final de semana estudando, pois teria prova na semana seguinte. Obrigada também pelos abraços inesperados e esperados que sempre chegou a mim dá, pelos sorrisos, gargalhadas e conversas juntas que sempre tivemos quando eu precisava espairecer um pouco a mente dentro de casa, relevo muito as vezes que me fazia passar raiva, você é apenas uma criança, mas também peço desculpas pelas vezes que acabei descontando meus estresses diários de faculdade em você, você nunca teve culpa de nada. Obrigada por ser esse ser humaninho tão meigo, calmo e tranquilo, que por mais que seja apenas uma criança, entende e sente o que a gente passa, e nunca me deixou na mão, te amo pequena.

Não poderia jamais deixar de agradecer em especial, a uma pessoa que esteve comigo, sempre me ajudando desde o 1º dia de graduação, a minha tia/madrinha Rosimeire, um ser humano lindo, íntegro, de caráter impecável e com uma empatia sem explicação, essa mulher tem o coração enorme e que é capaz de dá a vida por aqueles que ela ama. Obrigada Tia Lalau (é assim que sempre gostamos de te chamar, esse apelido carinhoso), a senhora faz parte desse sucesso sem sombra de dúvidas alguma, se não fosse por você eu não estaria prestes a terminar a minha graduação, pois os meus pais não tinham condições financeiras o suficiente para me manter sozinha na cidade de Icó/Ce e ainda pagar meus estudos, obrigada pelas palavras de força, de estimulação e por sempre acreditar na minha capacidade, por ter estado ao meu lado e ter sido como uma 2ª segunda mãe pra mim, agradeço por nunca ter me deixado faltar nada, nem no tempo da graduação como na vida, obrigada por sempre está ajudando a todos e principalmente a minha família, não somente eu, mas meus pais e minha irmã, somos imensamente gratos.

Agradeço aqui, a todos os meus tios e tias por parte de mãe como por parte de pai, que por mais pequeno que tenha sido o gesto de ajuda de vocês, para mim foi um ato de bondade muito grande ao qual eu sou imensamente grata, obrigada por também terem acreditado no meu potencial e na minha capacidade de vencer essa luta, que por mais complicada que tenha sido, consegui vencer, essa vitória também dedico a cada um de vocês, todos tem um espaço imenso dentro do meu coração.

Gostaria de agradecer as minhas avós Marluce e Maria, por sempre estarem rezando por mim durante toda essa caminhada, por terem me ajudado quando precisei e quando

sempre preciso. Obrigada vó Marluce por ter dado uma grande força para que eu fosse seguir meu sonho, obrigada por sempre me salvar nas costuras das minhas roupas da faculdade quando precisei, foi um gasto a menos para o bolso dos meus pais, assim como gostaria de encaixar aqui o nome da minha tia Márcia, que sempre deu a ajudinha dela nas costuras também, muito obrigada. Agradeço a senhora vó Maria, por sempre querer a sua netinha aqui por perto, as vezes ia um final de semana pra casa, ia na sexta e já tinha que voltar na segunda ou no domingo, e quando eu deixava pra ir de ultima hora na casa da senhora, já ficava perguntando quando eu tinha chegado e reclamando comigo por eu não ter ido lá assim que cheguei e todos os dias, obrigada por também dado uma grande força para seguir meu sonho.

E gostaria de agradecer aos meus avôs Edmilson e Raimundo, que me inspiram todos os dias a querer mais e mais a amar a Enfermagem e gostar do ato do cuidar da vida do outro, que por mais que vocês tenham os problemas de saúde de vocês, e não consigam expressar por fora que estão entendendo o que eu falo, eu sei que por dentro vocês estão irradiando de felicidade e orgulho da netinha de vocês. Sou muito grata a Deus por ainda ter meus 4 avós junto a mim, até mesmo no meio desses tempos difíceis que estamos vivendo de pandemia do covid-19, eu amo incondicionalmente cada um de vocês e obrigada Deus por cuidar deles a cada dia que passa e principalmente quando não posso está por perto.

Agradeço aqui a 3 pessoas que se tornaram bastante especiais e importantes na minha vida, Ozório, José e Daniel. Que quando vim para o Icó para estudar, sem conhecer nada e nem ninguém vocês me acolheram e me deram 3 ombros amigos que foram essenciais nessa minha caminhada, eu sou muito grata a vocês de verdade, por tudo e por tanto, por sempre estarem comigo quando precisei e nunca me deixarem na mão, podiam está fazendo o que fosse, que quando eu chamava vinham correndo pra me acudir, vocês são os irmãos que Deus colocou na minha vida para somar e multiplicar cada vez, muito obrigada meus meninos, amo vocês.

Agradeço a todos os meus colegas de turma por todos os ensinamentos, momentos compartilhados e sofridos juntos, momentos de vitórias, conquistas, gargalhadas, sorrisos, choros, desespero, abraços, atenção, que por mais que na maioria das vezes fóssemos a turma “entre tapas e beijos” por não sermos muito unidos em algumas coisas, na hora que era pra ajudar um colega no que fosse, estávamos fortes e unidos ali na batalha. Em especial gostaria de agradecer as minhas amigas Rayane, Karolayne e Heloiza, que se fizeram presente em toda hora e momento desde o 1º semestre da graduação, obrigada pelos momentos de aperreios juntas, de conselhos, sorrisos, tristeza, abraços, desespero, cumplicidade, risadas, conversas, estudos, enfim, por tudo que vivemos durante esses 5 anos, vocês são peças fundamentais no

meu sucesso, pois ele também é de vocês, se tornaram minhas irmãs de outras mães e quero levar essa amizade/irmandade por toda a minha vida, obrigada por toda a paciência e ajuda prestada a mim, sou muito grata por ter conhecido vocês, meu quarteto.

Gostaria aqui de agradecer a todos os meus professores que fizeram parte dessa caminhada junto a mim, passando todo o conhecimento e aprendizado que a eles foram concedidos, para que eu pudesse me tornar a profissional de excelência que eu sei que serei por ter passado pelas mãos desses mestres que tiveram um papel fundamental e importantíssimo na minha formação e aprendizado, em especial gostaria de agradecer ao meu orientador Josué Barros, que em todos os momentos, seja em nossas orientações, nos e-mails ou pelo celular, me ajudou, me acalmou e me incentivou para que eu pudesse fazer um bom trabalho e sempre se fez presente em todos os momentos em que precisei, posso ter certeza de que tens um papel muito importante nesta minha conquista, muito obrigada. Agradeço aos meus professores Helton Colares e João Paulo pela a disponibilidade em participar da minha banca examinadora e dividir comigo este momento tão importante e esperado. A vocês, preceptores de estágios, por sempre depositarem a confiança de vocês na minha capacidade do ato de cuidar do meu paciente e por sempre repassarem grandes ensinamentos durante as minhas práticas e em especial gostaria de agradecer a preceptora Maria Jacielma, por ter feito papel além de professora, profissional e preceptora, fez o de mãe, cuidando sempre de mim e dos meus companheiros de estágio quando precisamos, obrigada por toda confiança, companheirismo e cumplicidade, saiba que a senhora é um ser humano incrível, íntegro e com um coração muito bondoso e lindo e que sou imensamente grata por todo o aprendizado, que Deus continue te abençoando todos os dias tia Jaci. Agradeço aqui também a minha coordenadora de curso Kerma Márcia, por ter estado sempre disponível e disposta a mim ajudar quando a solicitei. E a todo o corpo de funcionários da UNIVS, que por mais pequena que tenha sido a ajuda, vocês também foram primordiais para o meu sucesso nessa caminhada.

Agradeço aqui a alguns que de alguma maneira me ajudaram nessa caminhada, por menor que tenha sido o seu ato de bondade. A minha prima/irmã Mayara, que por meio dela eu pude está aqui hoje realizando meu sonho e mais uma etapa na minha vida, obrigada por tudo e por tanto que você fez e ainda faz por mim, você é uma pessoa muito especial e importante na minha vida, obrigada por sempre me amparar quando precisei e por nunca ter soltado a minha mão durante todo esse tempo, não sei nem como te agradecer, te amo muito e agradeço também ao seu marido Fábio, que por mais que as vezes me tire o juízo, gosto demais desse carinho, obrigada pelos momentos de desopilação para não endoidar com a

faculdade e principalmente com o TCC I, você é um grande amigo. E obrigada a vocês dois por sempre me acolherem na casa de vocês quando preciso, não pensam nem duas vezes em sempre quererem a minha companhia, nem dou prejuízo mesmo, amo miojo e principalmente se for de carne com tomate, anota essa dica ai mais uma vez.

Agradeço a minha prima Adriana, que do final do ano de 2019 se fez muito presente na minha vida, obrigada pelos momentos de ajuda, conversas, conselhos, abraços, risos, idas a academia, lives assistidas nesses tempos de pandemia, saídas, pela confiança prestada a mim para cuidar da sua lojinha, pelo companheirismo e parceria de sempre, enfim, obrigada por tudo e por tanto, sou imensamente grata.

Gostaria de agradecer a minha melhor amiga considerada irmã Mikaely, que Deus enviou para a minha vida para fazer a total diferença. Minha irmã de outra mãe, aquela em posso confiar, contar seja para o que for. Obrigada por ser calmária nos dias estressantes, obrigada por ser luz nos dias difíceis, obrigada por ser um anjo nos dias tristes e me dá o seu ombro amigo para que eu posso chorar e desabafar tudo, obrigada por sempre está ao meu lado e torcer sempre pelo meu sucesso ajudando da maneira que pôde nesses tempos de graduação, por querer sempre a minha felicidade independente do que aconteça, obrigada por tudo e por tanto minha amiga, irmã, confidente, parceira, dupla, cúmplice, companheira de apartamento. Que a nossa amizade sempre prevaleça e continue sempre assim, saudável e trazendo paz na vida uma da outra, te amo.

Agradeço ao meu melhor amigo Marcksuel, por ter estado ao meu lado desde a infância e por ter se tornado mais presente ainda na minha vida desde o ano de 2017 quando começamos a graduação juntos, obrigada por todas as chamadas de vídeos, mensagens e ligações quando estávamos longe um do outro, tu em uma cidade correndo atrás do seu sonho e eu em outra em busca do mesmo. Obrigada por sempre ter se feito presente em minha vida, por me receber na sua casa sempre de portas abertas onde diante disso também agradeço a sua mãe Raimundinha, por ter se tornado uma grande amiga e me receber sempre muito bem em sua casa. Sou imensamente grata por ter vocês em minha vida.

E agradeço aqui, a todos os meus amigos e amigas que estiveram comigo desde a infância me suportando sempre quando falava todos os dias que queria ser a “mulher que fazia os partos” quando crescesse, em especial gostaria de agradecer a Dyerla, Daiane e Matheus Queiróz, que sempre me ajudaram e estiveram comigo e que por mais que a partir do ano de 2017 as nossas vidas tenham tomado rumos diferentes e vivermos na correria, nunca deixamos de nos falar e de manter uma amizade firme, forte, com companheirismo e torcendo pelo sucesso um do outro.

Gostaria de agradecer também as velhas amizades que sempre estiveram comigo mesmo antes dessa jornada acadêmica, sempre me dando apoio, motivação e palavras enriquecedoras que me fizeram chegar até aqui hoje, agradecer as novas amizades que foram desfrutadas ao decorrer dessa caminhada, principalmente aquelas que chegaram a partir do ano de 2014, como as que chegaram recentemente, obrigada por sempre me ajudarem a desopilar nos momentos em que precisei. Em especial gostaria de agradecer a Adriana Cavalcante e Izabel Peixoto por estarem junto a mim nesse Icózinho de açúcar lutando também pelo os seus sonhos, por terem me ajudado e ainda me ajudarem sempre, seja no que for, vocês duas são muito especiais em minha vida, obrigada por tudo manas. Gostaria de agradecer a Vitória Lorranny, por ter sido minha companheira de apartamento desde o início de tudo isso, por está até hoje, por ter passado os perrengues de problemas de apartamento junto comigo e por termos construído uma amizade linda, que sempre prevaleça.

Ao motorista do ônibus Didi e meu vereador Amar Dias, por toda a ajuda desde o início, ao meu primo/irmão Erick, que quando estive em São Paulo também lutando e correndo atrás do seu sonho, depositou a sua parcela de ajuda a mim quando precisei, tanto financeiramente como emocionalmente, sou muito grata a você por tudo e por tanto, e por sempre me proteger e está ao meu lado em todos os momentos da vida. E a você Jackson, por ter chegado inesperadamente no início da pandemia assim tão derrepente, como quem não queria nada, e se tornou uma pessoa muito especial em minha vida, obrigada pelos momentos de desopilação, pelos momentos vividos e compartilhados até aqui, por ter estado comigo todo esse tempo até hoje e por ter feito os meus dias melhores, sou grata por ter você e que Deus conserve essa união independente do que aconteça daqui pra frente.

Enfim, agradeço a todos que fizeram parte dessa etapa tão grandiosa em minha vida, esse sucesso e essa vitória também é de vocês, muito obrigada.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa quanto a idade e sexo.....	38
TABELA 2: Características dos entrevistados quanto ao tempo de atuação e profissão que exerce.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Atendimento Cardiovascular de Emergência
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
AHA	American Heart Association
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CM	Centímetro
CMR	Central Municipal de Regulação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus-19
CRAPS	Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DEA	Desfibrilador Automático Externo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FN-SUS	Força Nacional do SUS
FV	Fibrilação Ventricular
GM	Gabinete do Ministro
KM / KM²	Quilômetros / Quilômetros Quadrados
MG	Miligrama
MIN	Minuto
MS	Ministério da Saúde
NT	Nota Técnica
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PCREH	Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar
PCR IH	Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
PNAD	Política Nacional de Atenção Domiciliar
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SISREG	Sistema Online de Regulação
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Taquicardia Ventricular
TVSP	Taquicardia Ventricular Sem Pulso
UE	Urgência e Emergência
UNIVS	Centro Universitário Vale do Salgado
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

AIRES, E. M. **O conhecimento da equipe de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência quanto à uma parada cardiorrespiratória.** 2021. 81f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário Vale do Salgado, Icó, 2021.

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é designada como a suspensão súbita da respiração e circulação sistêmica, por conta da diminuição de nutrientes e oxigênio para todos os tecidos do corpo, onde há um grande risco de óbito do paciente, na qual tem que ser realizado um apropriado suporte de vida, seja ele básico ou avançado com qualidade no atendimento pré-hospitalar (APH) que é de importância indispensável para reduzir as sequelas advindas da PCR, assim como as taxas de mortalidade. Para reverter-se um quadro clínico de pacientes que estejam em uma PCR, deve-se iniciar de imediato as ações do suporte básico (SBV) ou avançado de vida (SAV), no qual tem que ser uma técnica bem aplicada, tendo um correto conhecimento da PCR solicitando o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), realizando todo o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com total qualidade e eficácia, assim como se necessário a desfibrilação precoce. Os profissionais da enfermagem dentro do cenário do APH, além de possuírem um conhecimento técnico-científico e uma capacitação específica para atuar nesse tipo de atendimento, precisam ter destreza, agilidade e controle emocional para enfrentar várias situações de risco à qual o paciente está sujeito a lutar pela vida, oferecendo um atendimento eficiente e de qualidade, assim como conhecendo todo o protocolo que deve ser preconizado ao paciente que está em parada, para que seja realizado e seguido da forma correta para tentar salvar a vida do paciente. Diante disso, a pesquisa objetiva analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do APH do SAMU quanto ao atendimento de uma PCR. A pesquisa refere-se a um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizado no município do Icó/CE, no SAMU juntamente a equipe de enfermagem do SBV e SAV do referido município, os participantes da pesquisa foram compostos pela equipe de enfermagem, especificamente enfermeiros e técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe do SAMU da sede do Icó/CE, que é composta no geral por 12 profissionais, especificamente 8 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem, onde o instrumento aplicado nesta pesquisa foi um roteiro de entrevista semiestruturada gravada da íntegra. Após a análise dos dados coletados, foram organizados seguindo os passos da análise do conteúdo de Bardin. A pesquisa segue todos os preceitos contemplados pela resolução 466/12 que designa a pesquisa realizada com seres humanos. Logo, a coleta de dados deu-se após à aprovação da pesquisa pelo comitê de ética sob o parecer de número 4.670.786. Dessa forma, o presente estudo contempla 3 categorias que foram relatadas e discutidas, sobre os conhecimentos dos profissionais de enfermagem e os principais protocolos utilizados pela equipe sobre uma PCR, as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma PCR e os desfechos vivenciados pelos profissionais de enfermagem no pós-PCR. Diante do exposto, conclui-se que, alguns profissionais de enfermagem tem-se todo o conhecimento teórico-prático sobre como devem realizar e seguir os protocolos preconizados para ajudar um paciente que encontra-se em uma parada, e já outros ainda precisam ter um pouco mais de treinamento, tanto teórico como prático, sobre como deve-se realizar e seguir o protocolo de RCP em pacientes que estão acometidos pela PCR.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória. Enfermagem. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

ABSTRACT

AIRES, E. M. **The knowledge of the nursing staff of the mobile emergency care service regarding a cardiorespiratory arrest.** 2021. 81f. Monograph (Graduate in Nursing) – Vale do Salgado University Center, Icó, 2021.

Cardiopulmonary arrest (CPA) is designated as the sudden suspension of breathing and systemic circulation, due to the decrease of nutrients and oxygen to all tissues of the body, where there is a great risk of death of the patient, in which a appropriate life support, whether basic or advanced, with quality in pre-hospital care (PHC), which is essential to reduce the sequelae resulting from CPA, as well as the mortality rates. To reverse a clinical picture of patients undergoing CPA, the actions of basic support (BLS) or advanced life support (SAV) must be started immediately, in which it has to be a well-applied technique, with a correct knowledge of CPA by requesting the Mobile Emergency Care Service (SAMU), performing the entire cardiopulmonary resuscitation (CPR) protocol with total quality and effectiveness, as well as early defibrillation if necessary. Nursing professionals within the APH scenario, in addition to having technical-scientific knowledge and specific training to act in this type of care, need to have dexterity, agility and emotional control to face various risk situations to which the patient is subject to fight for life, offering an efficient and quality service, as well as knowing the entire protocol that must be recommended to the patient who is at rest, so that it is performed and followed in the correct way to try to save the patient's life. Therefore, the research aims to analyze the knowledge of nursing professionals from the APH of SAMU regarding the care of a CPA. The research refers to an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. The research was conducted in the municipality of Icó/CE, in the SAMU together with the nursing staff of the SBV and SAV of that municipality, the research participants were composed of the nursing staff, specifically nurses and nursing technicians who are part of the SAMU team. from the headquarters of Icó/CE, which is generally composed of 12 professionals, specifically 8 nurses and 4 nursing technicians, where the instrument applied in this research was a semi-structured interview script recorded in full. After analyzing the collected data, they were organized following the steps of Bardin's content analysis. The research follows all the precepts contemplated by resolution 466/12 which designates research carried out with human beings. Therefore, data collection took place after approval of the research by the ethics committee under opinion number 4.670.786. Thus, the present study comprises 3 categories that were reported and discussed, on the knowledge of nursing professionals and the main protocols used by the team about a CPA, the difficulties experienced by nursing professionals in the care of a CPA and the outcomes experienced by the nursing professionals in the post-PCR. Given the above, it is concluded that some nursing professionals have all the theoretical-practical knowledge on how they should perform and follow the recommended protocols to help a patient who is at a stop, and others still need to have a little more training, both theoretical and practical, on how to perform and follow the CPR protocol in patients who are affected by CPA.

Keywords: Cardiorespiratory arrest. Nursing. Emergency mobile care service.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 O SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	21
3.2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	23
3.3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SAMU	29
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO	33
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	34
4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	35
4.6.1 Riscos	36
4.6.2 Benefícios.....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
5.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS	40
5.2.1 Conhecimentos dos profissionais de enfermagem e os principais protocolos utilizados pela equipe sobre uma Parada Cardiorrespiratória.....	40
5.2.2 As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma Parada Cardiorrespiratória	48
5.2.3 Os desfechos vivenciados pelos profissionais de enfermagem no pós-PCR	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	66
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	67
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	68
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	69
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	73
APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ	74

ANEXOS	75
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	76
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA	81

1 INTRODUÇÃO

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) são disfunções que podem comprometer os vasos sanguíneos e coração, sendo considerado um severo problema em escala global dentro das questões que se tratam de saúde pública, demonstrando que há um índice de 31% dos óbitos no mundo. No Brasil, os óbitos ocorrentes devido as enfermidades nesse sistema são superiores as doenças do trato respiratório, neoplasias e causas externas (CARVALHO et al., 2020).

Do ano de 2008 ao ano de 2017, houveram 11.345.932 internações e 3.383.321 óbitos no Brasil sempre de forma crescente, em decorrência das DAC. A principal causa que caracteriza a ocorrência de maiores morbimortalidades, dentro do cenário das DAC é a PCR, onde abrange cerca de 25% dos óbitos, e aproximadamente 200.000 episódios de PCR no Brasil (CARVALHO et al., 2020).

Segundo Bastos et al. (2020), a PCR é designada como a suspensão súbita da circulação sistêmica e da respiração. Por conta da diminuição de oxigênio e de nutrientes para os tecidos do corpo, há um grande risco de óbito do paciente, assim, caracterizando a PCR como uma grave emergência médica, e a apropriada realização de um suporte básico de vida (SBV) ou um suporte avançado de vida (SAV) com qualidade no atendimento pré-hospitalar (APH), que é de importância indispensável para reduzir as sequelas advindas da PCR, assim como as taxas de mortalidade.

Desse modo, destaca-se que, nos dias atuais para reverter o quadro clínico de um paciente com PCR e garantir que ele tenha uma volta pós-PCR com as mínimas sequelas possíveis ou talvez nenhuma, deve-se iniciar de imediato as ações do SBV ou SAV dependendo do quadro clínico da vítima, sendo que, é uma técnica onde tem que ser bem aplicada, tendo um correto reconhecimento da PCR, solicitando o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), realizando ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com compressões e ventilações que sejam de total qualidade e eficácia, assim como a desfibrilação precoce (CARVALHO et al., 2020).

Diante do quadro clínico da PCR, o APH é considerado um serviço de urgência e emergência que é essencial para diminuir as ocorrências de sequelas no paciente de forma rápida e eficaz, proporcionando às vítimas toda a questão de se ter desde um excelente atendimento incluindo orientações médicas, até a questão de se ter procedimentos de socorro contando com a participação de veículos tanto para o SBV, como para o SAV. As intervenções que são realizadas no APH, destinam-se manter uma estabilização do quadro

clínico da vítima para tentar manter o seu estado de vida, onde posteriormente ela será encaminhada para o ambiente hospitalar para receber todos os cuidados necessários que faltam e os que não foram possíveis de serem realizados (BASTOS et al., 2020).

O SBV e o SAV, juntamente com o APH, que é representado pelo SAMU, tem como objetivo atuar em situações de agravos urgentes, tendo que realizar toda uma assistência às vítimas desses agravos, sejam elas de emergências clínicas ou traumas decorrentes de situações que aconteçam fora do âmbito hospitalar. Os profissionais que ali estão designados, destinam-se a promover um atendimento precoce, eficaz, adequado e de qualidade para com a vítima, proporcionando uma maior chance de sobrevivência, fazendo com que ela consiga se estabilizar e logo em seguida, ser encaminhada para o atendimento intra-hospitalar, tendo a resolução do caso (CUNHA et al., 2019).

Os profissionais da enfermagem dentro do cenário do APH, além de possuírem um conhecimento técnico-científico e uma capacitação específica para atuar nesse tipo de atendimento, precisam ter destreza, agilidade e controle emocional para enfrentar várias situações de risco à qual o paciente está sujeito a lutar pela vida, oferecendo um atendimento eficiente, eficaz e de qualidade (ALMEIDA; ÁLVARES, 2019).

Diante da temática apresentada, questiona-se quais os conhecimentos dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência quanto à uma PCR? Como esses profissionais podem agir inicialmente levando em consideração a quais protocolos devem ser seguidos diante desse caso? E quais são os cuidados necessários após o desfecho dessa PCR para que não ocorra novamente?

O interesse em realizar esse estudo enfocando as paradas cardiorrespiratórias, ocorreu através de uma motivação pessoal vivenciada em campo de estágio, além dos grandes índices de casos e óbitos que tem acometido a população no momento, que segundo Sakano, Schvartsman e Reis (2020), a PCR tem acometido crianças e adolescentes em uma média de 2,28 a 8,04%/100.000, constatando o acometimento em adultos de 50 a 126,57%/100.000 casos, associados as elevadas taxas de mortalidades e graves sequelas neurológicas, onde dados sobre esses índices ainda encontram-se escassos. As ocorrências desse quadro clínico, assim como as morbimortalidades tem deixado lacunas sobre a correta realização dos protocolos do SBV ou SAV com as vítimas acometidas pela PCR, e isso tem instigado mais ainda o interesse na realização dessa pesquisa.

Esta pesquisa é de suma importância para o meio acadêmico e profissional, pois trás em seu contexto informações necessárias sobre todo o protocolo de assistência profissional diante de pacientes que estejam em uma PCR, para que possam agir de forma eficiente,

eficaz, adequada e de qualidade, para tentar reverter o quadro clínico do paciente, onde o mesmo possa ter chances de sobrevida aumentadas e como devem continuar agindo nos cuidados pós-parada, para que o paciente não torne a ter novamente uma PCR ou chegue até o estado de óbito.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) quanto ao atendimento de uma PCR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.
- Identificar o conhecimento dos protocolos usados diante de pacientes que estejam em uma PCR, sob a ótica dos profissionais de enfermagem.
- Investigar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma PCR.
- Compreender os principais desfechos relatados pelos entrevistados após o atendimento de uma PCR.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O SURGIMENTO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No final do século XVIII durante o Período Napoleônico que foi marcado pelas grandes guerras, deu-se início os atendimentos às UE, onde nessa época os soldados que acabavam sendo feridos em campos de batalhas, eram resgatados em carroças para que o atendimento fosse prestado, mesmo que de forma improvisada e sem muitos recursos de assistência. Com o marco histórico da iniciativa desses atendimentos durante as guerras, no século XIX esse tipo de assistência foi continuado dando-se início a criação da Cruz Vermelha Internacional no ano de 1863, que era uma organização onde tinha como objetivo prestar uma assistência ágil e eficaz aos soldados gravemente feridos com um desempenho significativo nas Guerras Mundiais do século XX (FRANÇA; MARTINO, 2013).

A organização dos atendimentos de UE representada pelo Pai da Medicina Militar conhecido como Dominique Jean Larrey (1766-1842), que tinha como profissão a de cirurgião e chefiava o exército militar napoleônico, onde o mesmo demonstrou que durante o período de batalhas, havia importância em resgatar os feridos para que pudessem ter um atendimento rápido e evitar ou diminuir um grande número de óbitos. Os feridos eram transportados em carroças conduzidas por animais ou homens, onde ficaram conhecidas como ambulâncias, do francês “ambulant” que significa deambulação (CARREON, 2016).

Nos dias atuais com o avanço das tecnologias, os veículos de atendimento ao usuário tornaram-se mais aprimorados tanto de condução aérea como terrestre para atender desde situações mais simples como agravantes, as ambulâncias utilizadas para prestar assistência aos pacientes que necessitam de um atendimento de UE contam com um suporte qualificado constituído por equipamentos especializados que conseguem prestar a assistência necessária que o paciente está necessitando naquele momento (FRANÇA; MARTINO, 2013).

A assistência dos serviços de UE no Brasil, foi identificada pelo MS diante da portaria nº 2048/2002 que foi contemplada pelos princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de UE, no qual havia critérios e normas de classificação, funcionamento e cadastramento de serviços. A efetividade do serviço de UE se dá através da formação das Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) que irá prestar uma assistência complexa engajando diferentes serviços de atendimento, onde cada estado realizará a organização dessa assistência cuja a estrutura siga todos os parâmetros essenciais dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

A atenção as UE no Brasil em meados dos anos 2000, foi de suma importância na agenda federal da saúde juntamente com a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) onde qualificou-se pela a sua ampliação os serviços específicos divididos em três momentos: o primeiro foi marcado pela regulamentação inicial (1998-2002), o segundo momento foi marcado pelo ênfase no SAMU (2003-2008) e o terceiro e último momento foi marcado pelo ênfase na UPA (2009), que é um dos componentes fixos do APH na modalidade UE (MACHADO et al., 2016).

As entradas da UE são compostas por marcadores de qualidade da saúde de toda a população assim como, a atuação do sistema de saúde, e é através delas que se reconhece os agravantes inesperados na saúde da população ou agravantes corriqueiros e a inclusão do APH acaba tornando-se um serviço de suma importância dentro dos países desenvolvidos, relacionado a assistência dos serviços de UE (ALMEIDA et al., 2016).

O sistema de UE em relação a sua regionalização é confirmado por profissionais, autoridades e gestores como um método essencial dentro dos serviço de assistência a saúde para a população, assegurando todo um acesso melhor ao cuidado de forma a atender todas as especificidades do paciente, que antes não era ofertado em centros locais (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

A regionalização procura estabelecer a atenção às UE dentro do SUS de maneira corresponsável, afim de estruturar a atenção à saúde amplificando o acolhimento e acesso aos casos agudos, assegurando que haja um atendimento dentro dos princípios do SUS, de forma que contemple a equidade, universalidade e a integralidade (TIBÃES et al., 2017).

Nos anos de 1979 a 1983 na cidade de São Paulo, ocorreu a fundação da Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS) que tem como objetivo a determinação das metodologias que são mais adequadas para realizar os atendimento de UE nas vias públicas e determinar quais os locais que as vítimas podem ser encaminhadas quando houver algum incidente, estabelecendo assim a integralidade e continuidade dos serviços de atendimento às UE (FERNANDES; SOUZA, 2017).

O primeiro serviço de UE que surgiu foi o SAMU, na França no começo dos anos 70, contudo, só foi determinada a real existência desse serviço no ano de 1976 e só foi definido todos os mecanismos de assistência assim como o seu funcionamento na França, no ano de 1986 (VOLPATO et al., 2014).

A elaboração e implantação dos serviços de UE foram estabelecidos pelas Políticas para a Atenção em UE no SUS, onde foi produzido no ano de 1998 o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento das UE com

atenção na coordenação estadual, tipificação dos serviços e na atuação hospitalar (PADILHA et al., 2018).

A assistência prestada de forma ágil e qualificada nos primeiros minutos de atendimento a uma situação de UE que o estado clínico do paciente esteja agravante, pode fazer com que haja uma diminuição ou a não ocorrência de sequelas, assim como há um aumento na taxa de sobrevivência do paciente. Para tanto, é de suma importância que as ações executadas no momento da assistência sejam realizadas com eficácia e segurança do procedimento para que o quadro clínico não se agrave mais ainda e possa danificar ainda mais um paciente que já esteja fragilizado (MOTA; ANDRADE, 2015).

3.2 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

O Governo Federal vem dedicando prioridades nas últimas décadas a organização da atenção às urgências e emergências (UE) dos países, destacando a portaria nº 1.600 do mês de Julho do ano de 2011, onde reformula a PNAU que foi inaugurada no ano de 2003. Essa política, realizou total assistência ao APH ressaltando todo o conhecimento de que, a atenção às UE não estão somente restritas a rede hospitalar, e com isso foi imposto como proposta que, ocorresse uma expansão de redes locais de atenção as UE representadas tanto pelas Unidades de Pronto-Atendimento Não-Hospitalares, como também pela Atenção Básica (AB), que fazem parte dos componentes pré-hospitalares fixos (KONDER; O'DWYER, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), decretada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma das expansões de redes locais de atenção as UE dos países, tem como objetivo melhorar o sistema de assistência que os usuários fazem uso. Pode-se ressaltar como uma das mais importantes dentre as RAS, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que tem como propósito vincular todos os serviços de saúde, qualificando e ampliando todo o acesso a esses serviços de forma humanizada, e que abranja a integralidade para os usuários nas situações de UE nos serviços de saúde, de forma rápida, eficaz e adequada para o momento em questão (ALMEIDA et al., 2016).

No Brasil, a necessidade de se ter um sistema de RUE foi identificado pelo MS na portaria nº 2048/2002, onde determinou diretrizes, princípios, normas, cadastramento de serviços, funcionamento e classificação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. A concretização desse sistema, propõe que o serviço de UE sob a estrutura de rede, que a mesma

realize assistência com complexidades e serviços diferentes aos usuários (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

A RUE é constituída pelos seguintes componentes: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA); Atenção Hospitalar; Sala de Estabilização; Atenção Domiciliar; Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS); Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; e Atenção Básica em Saúde (FERNANDES; SOUZA, 2017).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que no ano de 2003 foi lançado no Brasil pela portaria nº 1.864 GM. Este serviço móvel, é o encarregado de realizar assistências de UE nas unidades de saúde, vias públicas e domicílios, onde tornou-se classificável na questão de conseguir reconhecer dados epidemiológicos dos usuários que solicitam este serviço móvel, reconhecendo os principais problemas de saúde que acomete a população e as necessidades que um determinado local está apresentando (SILVA et al., 2020).

O SAMU realiza atendimentos 24 horas por dia com veículos totalmente equipados e próprios para atender agravos de saúde que sejam de UE. Esses veículos se deslocam até o local do acidente sendo acionados através de um número telefônico 192, que acessa a Central de Regulação Médica das Urgências onde irá coletar os dados que são suficientes para que o atendimento seja feito, irá prestar as orientações necessárias ao acionante do serviço e realiza a avaliação do caso do paciente, que dependendo de qual seja, determina o tipo de ambulância, a de SBV ou a de SAV e equipe que será enviada até o local do agravo, (BATTISTI et al., 2019).

Nos dias atuais, o SAMU 192 é considerado o serviço mais essencial dentro das RUE, toda a assistência prestada por esse serviço é considerada pelo Governo Federal como o atendimento que objetiva diminuir o tempo de internação hospitalar, a quantidade de óbitos e as sequelas que acabam ocorrendo pela questão da demora no atendimento. Para começar a se ter um atendimento inicial desse serviço no Brasil, houve a ocorrência de um acordo bilateral que foi assinado com a França sendo estabelecido no ano de 2003, porém tendo a sua oficialização somente no ano de 2004 pelo decreto nº 5.055 de 27 de abril daquele mesmo ano, no qual esse acordo diz respeito que as viaturas de SAV tem que obrigatoriamente possuir o comparecimento do profissional médico e não do para-médico, assim como é nas viaturas dos moldes americanos (ALMEIDA et al., 2016).

A assistência prestada pelo SAMU diante do monitoramento dos agravos que ocorrem, é de suma importância se ter toda uma estruturação adequada e qualificada de uma assistência

em saúde, além de analisar e fracionar todos os problemas detectados para obter uma organização melhor do serviço prestado, onde terá que considerar e respeitar aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A demanda de atendimentos do SAMU é considerada como uma essencial fonte de informação para a vigilância em saúde (MENDONÇA; SILVA; CASTRO, 2017).

Dentre os ambientes de maior complexidade assistencial dentro das RUE, destaca-se a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que é definida como a unidade para internação de pacientes que apresentem um quadro clínico crítico de saúde e que precisem ter uma assistência contínua, especializada e com total atenção ao caso em que o paciente apresenta. Dentro da UTI, a assistência de enfermagem requer do profissional enfermeiro agilidade e competência na identificação do paciente, para que possa agir diante do estado de saúde em que o paciente se apresenta. Todos os membros da equipe de enfermagem precisam estar unidos e organizados para partilharem conhecimentos e traçarem um plano de assistência do cuidado para que se possa obter resultados de melhoria no quadro clínico do paciente (FERREIRA et al., 2016).

Com o progresso da tecnologia e a precisão de fornecer um SAV as pessoas que estejam doentes com um quadro clínico grave com a possibilidade de voltar a ter uma estabilidade do próprio quadro de saúde, foram desenvolvidas na década de 50 as UTI's, compostas por uma equipe multiprofissional competente que possui tecnologias próprias para o monitoramento contínuo dos pacientes que encontram-se graves e que de uma certa forma, gera uma preocupação tanto nos profissionais de saúde como nos próprios pacientes (SANCHES et al., 2016).

Nesse sentido, aqueles pacientes que possuem doenças graves e que necessitam de uma assistência mais especializada e específica, precisam tentar melhorar a sua qualidade de saúde, ou dependendo do caso, o paciente é induzido a finalizar sua vida em uma UTI. A equipe multiprofissional acaba passando por mudanças no ato do cuidar, para tentarem outras formas de melhoria do quadro clínico do paciente, principalmente aqueles pacientes em que a patologia traz riscos ameaçadores a vida. Todas essas questões estão envolvidas e tendo ajuda da equipe multiprofissional, tanto na assistência básica ao paciente como a sua família, os cuidados dos sintomas físicos além do sofrimento que paciente e familiares passam (PIRES et al., 2020).

Quando trata-se de UTI, tem que ser realizado uma triagem devidamente qualificada com o paciente, é através dela que obtém-se uma reposta de qual o melhor recurso hospitalar o paciente fará uso, para tentar se ter uma melhoria do seu quadro clínico de saúde e uma

melhoria da sua qualidade de vida. As UTI's são consideradas em geral, um serviço de alta complexidade entendendo-se que de certa forma irá precisar de mais recursos tanto materiais como humanos, para que se possa ter uma assistência de qualidade e que seja um serviço que se enquadre dentro dos princípios doutrinários do SUS: equidade, universalidade e integralidade (JÚNIOR; PASSOS; SANTOS, 2020).

O atendimento prestado nos serviços não-hospitalares de UE no SUS dentro das RUE, destaca-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onde tem como finalidade atuar no controle dos sinais vitais (SSVV) dos pacientes que precisem ter uma assistência ágil para tentar evitar a ocorrência de um risco eminente de morte. As UPA's são pontos de assistência da RUE com uma intermediária estrutura comparada às Redes Hospitalares e as Unidades de Atenção Primária à saúde (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

A partir do ano de 2008, foi instituído no Brasil as UPA's, que fazem parte dos serviços de atenção pré-hospitalar, no intuito de reduzir as grandes filas centradas nos serviços de UE dos hospitais, tendo assim, como funcionamento das suas atividades, todos os dias da semana disponíveis durante 24 horas por dia. Toda a regulação da atenção as UE atualmente, está normalizada pelo Consolidado de Portarias nº 3 (COSTA et al., 2020).

Os prontuários das UPA's são controlados por meio de um prontuário eletrônico, onde realiza o registro de todas as etapas da assistência prestada ao paciente. Aqueles pacientes que precisam de uma internação hospitalar dentro de uma UPA são acompanhados por diversos meios de atendimento, aquelas UPA's que são dirigidas pelo estado, para se ter uma vaga no leito hospitalar, é solicitado através do Sistema Online de Regulação (SISREG) que é um sistema que regula as vagas disponíveis e ocupadas da Central Municipal de Regulação (CMR) de leitos e essas vagas são solicitadas a Central Estadual de Regulação através de um núcleo interno específico para as UPA's do estado, as UPA's municipais solicitam apenas a CMR por meio do SISREG (KONDER; O'DWYER, 2016).

Nas últimas décadas, ocorreu um aumento na demanda dos serviços das UPA's relacionado a modificações ocorridas na repercussão causada pela morbimortalidade das doenças crônicas e no perfil epidemiológico. Tem-se expressado como uma aflição mundial os riscos de incidentes ocorridos durante todo o cuidado de saúde, porém no Brasil, é realizado uma movimentação a favor da segurança do paciente e da qualidade nos serviços de saúde (SANTOS; ROCHA; SAMPAIO, 2019).

Os serviços de saúde, incluindo principalmente as instituições de Atenção Hospitalar que também fazem parte das RUE, são serviços complexos envolvendo riscos aos

profissionais que estão engajados dentro do processo de assistência quanto as variáveis tecnológicas (VALLE; CRUZ; SANTOS, 2017).

Durante a contemporaneidade no período constitucional, ocorreram modificações em prol dos financiamentos, princípios, orientações políticas e diretrizes dos sistemas e serviços de saúde. O modelo de atenção a saúde foi reorganizado na questão de ressaltar que a atenção hospitalar tem uma grande importância técnico-assistencial, tem-se o reajuste enquanto ponto da rede assistencial, atuação social enquanto instrumento terapêutico e uma elevada responsabilidade diante do orçamento público alocado no setor (SANTOS et al., 2018).

As unidades de UE da atenção hospitalar se apresentam como serviços essenciais dentro do atendimento no SUS, para a população, com o propósito de determinar o atendimento médico imediato, para dispensar o agendamento prévio para esse atendimento, assim como tentar minimizar as filas que são compostas por grande parte da população, na espera de se ter uma assistência qualificada, rápida e eficaz. Porém, quando isso não ocorre, os profissionais da área tentam explicar a população que os casos mais graves devam ser atendidos primeiro, para que não ocorra um risco eminente de morte por falta de assistência ao paciente grave e o hospital acabe sendo penalizado por isso, mas que aqueles menos graves não deixaram de ser atendidos e de se ter a assistência necessária (CAVALCANTI et al., 2019).

Durante séculos, a organização hospitalar sofreu várias modificações tornando-se um mecanismo da prática médica terapêutica-curativa e investigativa que alavancou o surgimento de clínicas alcançando percepções modernas do século XIX. Na segunda metade do século XX no pós-guerra, amplificou-se o número de leitos hospitalares e toda a estrutura da unidade hospitalar (SANTOS; PINTO, 2017).

Considerando a portaria nº 648/GM/MS que foi autorizada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece diretrizes e a criação de meios para a introdução do componente Sala de Estabilização que faz parte das RUE em conciliação com a PNAU, que foi reestruturada pela portaria nº 1.600/GM/MS de 7 de julho do ano de 2011 (BRASIL, 2011).

A sala de estabilização é definida como um sistema de atendimento temporário, eficiente e qualificado para a imobilização de pacientes críticos/graves, tentando estabilizar o quadro clínico em que se apresenta, realizando logo em seguida, o encaminhamento do paciente para outro serviço da RAS, onde ele será devidamente tratado e atendido com uma assistência adequada para o caso clínico em que o paciente se encontra (BRASIL, 2011).

Dentre todos os componentes da RUE, a Atenção Domiciliar também destaca-se dentro dessa assistência, onde contribuem para a redução da sobrecarga de trabalho no âmbito

hospitalar realizando um atendimento humanizado e integral. Como a assistência do trabalho irá deslocar-se da unidade física para o atendimento privado ao usuário em seu domicílio, as equipes profissionais que compõe esse atendimento, são de suma importância para a assistência de atenção domiciliar (GUERRA et al., 2020).

No ano de 2011 no Brasil, foi implantada a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD) pela portaria nº 2029 que instituiu o Programa Melhor em Casa como contribuição para a implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar pelos municípios. O atendimento domiciliar, torna-se uma assistência não tradicional de atenção à saúde, fora da estrutura física de atendimento, onde os profissionais junto aos cuidadores realizam o cuidados aos pacientes que não tem condições se deslocar da sua residência para uma unidade de atendimento hospitalar (NEVES et al., 2019).

Diante o decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011 dispõe que, a Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS) é um programa que contribui para a realização de medidas de assistência, prevenção e repressão a situações epidemiológicas, relacionadas a desassistência à população e a ocorrência de desastres (BRASIL, 2011).

Desde a existência do FN-SUS o programa realiza com qualidade e eficácia todo o seu trabalho, amparando todos os desastres naturais assim como a desassistência à população. Para que a equipe do FN-SUS seja acionada, o estado ou o município deve pronunciar situação de emergência, desassistência ou calamidade solicitando o apoio do MS e a equipe que é formada pelo FN-SUS são profissionais da saúde de todas as áreas que sejam voluntários, eles realizam atendimentos, orientações técnicas, liberam medicamentos, monitoram os pacientes, realizam ações de busca ativa e realizam o suporte necessário para a reconstrução da rede de atenção à saúde local (PADILHA, 2019).

Diante do contexto, a Vigilância à Saúde também é considerada uma RUE surgindo no final do século XIX como um serviço de saúde pública depois da criação da microbiologia e do surgimento de informações sobre a transmissão de doenças infecciosas. Esse conceito englobava a inspeção dos pacientes que eram persistentes em contrair doenças facilmente assim como, a manutenção do alerta aquele pessoal que estava ou não suscetível a contrair a doença e o objetivo fundamental da vigilância em saúde é realizar a detecção das doenças no ato dos primeiros sintomas, para que possa ser orientado ao paciente o isolamento necessário (ARREAZA; MORAES, 2010).

Diante dessa linha de raciocínio, a Promoção em Saúde têm-se destacado ao longo dos tempos após a publicação do Relatório Lalonde em 1974 e da realização da Conferência de Alma Ata em 1978, importantes marcos históricos diante uma concepção política de

questionamentos sobre as intervenções em saúde, que prioriza a saúde como as condições de qualidade de vida da população, onde é vinculado com o processo de prevenção para promover e prevenir doenças (MEDINA et al., 2014).

Já a Prevenção em Saúde se qualifica no âmbito profissional da enfermagem em Portugal, diante dos cuidados prestados por esses profissionais instituído pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal no ano de 2001, com o objetivo de agregar avaliações de desempenho, melhorar os serviços realizados, possibilitando uma maior visão da categoria do papel de enfermeiro (a) desempenhado na população (FREIRE et al., 2016).

E na Atenção Básica em Saúde o trabalho em equipe se sobressai em ações de reabilitação, prevenção, tratamento e promoção da saúde. A atenção básica no Brasil, é vista como um serviço necessário de aproximação da vida dos usuários com o profissional para que se tenha um assistência descentralizada e de qualidade, com isso, a atenção básica é considerada como a porta de entrada das redes de saúde, assim como a central de comunicação entre todos os serviços de saúde (GUIMARÃES; BRANCO, 2020).

3.3 O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SAMU

A equipe de enfermagem é a mais atuante na assistência das pessoas em UE, e é a mais presente diante do cuidado direto com a saúde. Os profissionais que compõe essa equipe, tem toda a responsabilidade de garantir o primeiro contato com o paciente, assim como com os seus familiares, bem como o manuseamento contínuo de materiais e equipamentos. Para fornecer todo o trabalho dentro da UE é indispensável que o profissional tenha todo um equilíbrio emocional, assim como exercer seu trabalho com qualidade, segurança, agilidade, possuir reflexos rápidos diante do serviço que está sendo prestado, precisa ser esperto, ativo e ágil nas tomadas de decisões, mesmo que o ambiente de trabalho seja, por algumas vezes hostil (LORO et al., 2016).

Diante o APH instituído pela portaria nº 2048/GM/2002 diz respeito que, os enfermeiros precisam desempenhar suas funcionalidades de Enfermeiro Assistencial e Responsável de Enfermagem proporcionando um aperfeiçoamento diante de treinamentos para a equipe de enfermagem em ocorrências de UE, avaliar e inspecionar o serviço da equipe de enfermagem, realizar cuidados de enfermagem com bastante atenção e cuidado a pacientes com risco de vida que estejam em um estado grave de saúde, dentre outras funções (ALMEIDA; ÁLVARES, 2019).

É indispensável o comparecimento da equipe de enfermagem no APH de acordo com a resolução nº 375/2011 em ocorrências graves com risco eminente de morte, que sejam elas de natureza conhecida ou não. Os profissionais da equipe, se responsabilizam por exercer as suas atividades de forma eficaz e com qualidade dentro do serviço do SAMU, sejam elas de gerenciamento do serviço, coordenação, educação permanente ou socorristas em conformidade com o regimento definido pelo SAMU, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e pela Lei do Exercício Profissional (CABRAL et al., 2020).

A equipe de enfermagem na maioria das vezes, é a que reconhece as modificações clínicas do paciente, sendo identificadas pelas atitudes neuroemocionais, pela avaliação dos SSVV e pela inspeção das demonstrações faciais. A variação do estado de saúde do paciente é levada a um elevado risco da diversidade de eventos clínicos, onde o reconhecimento prévio de alguma anormalidade proporciona uma grande vantagem de conceder intervenções prévias, podendo melhorar a qualidade de vida e dando uma grande chance a mais de aumentar a sobrevivência do paciente (SOUZA et al., 2019).

O profissional de enfermagem é essencial diante dos esforços prestados aos pacientes usuários do SAMU que necessitem de uma RCP, havendo a avaliação do quadro clínico do paciente e o acionamento da equipe para a contribuição no serviço. É de total responsabilidade do enfermeiro e sua equipe dá assistência a esses pacientes ofertando ventilação e circulação com qualidade, realizando um atendimento adequado, até que a assistência médica chegue, se não realizado uma assistência com eficiência e eficácia até a chegada da assistência médica, o paciente pode apresentar uma necrose nos tecidos musculares do coração havendo ausência ou recaimento da oxigenação no cérebro, levando o paciente a óbito ou a ter lesões cerebrais irreversíveis (FREITAS; PÉLLENZ, 2018).

Para isso, a equipe de enfermagem tem que ter conhecimento técnico-científico diante dos 6 elos das cadeias de sobrevivência da American Heart Association (AHA) para Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar (PCRIH) e Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar (PCREH), no qual tem que ser seguidos e respeitados. Os elos da PCRIH segue uma sequência lógica e fundamentada de reconhecimento e prevenção precoces, acionamento do SAMU, RCP de alta qualidade, desfibrilação, cuidados pós-PCR e a recuperação, já a sequência dos elos da PCREH é o acionamento do SAMU, uma RCP de alta qualidade, desfibrilação, a ressuscitação avançada, os cuidados pós-PCR e a recuperação (LAVONAS et al., 2020)

As manobras em questão da sequência que são utilizadas no SBV em concordância com o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) é a verificação de hemorragia externa,

abertura das vias aéreas, ventilação, compressão torácica e desfibrilação, já no SAV é a verificação de hemorragia externa, intubação, monitorização, acesso venoso e a epinefrina. Todo esse protocolo é utilizado durante a assistência ao paciente enquanto apresentar-se em um quadro clínico de saúde que seja necessário aplicar as manobras de RCP, caso o quadro não seja revertido, o paciente pode chegar a óbito e caso seja revertido, o paciente volta a respirar espontaneamente estabilizando o seu estado de saúde (BOTELHO et al., 2016).

Para que se tenha toda uma segurança que o paciente está necessitando de uma RCP, tem-se que primeiro reconhecer que ele está verdadeiramente em uma PCR. O paciente que se encontrar com uma respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável e irresponsivo ao estímulo, tem que ser realizado a conduta de todo o protocolo correto de uma RCP no qual terá que primeiro checar a responsividade do paciente chamando-o em voz alta e tocando-o nos ombros, se mesmo assim o paciente ainda encontrar-se irresponsivo, verificar em até 10 segundos a respiração e o pulso carotídeo simultaneamente, posicionando o paciente em decúbito dorsal em uma superfície seca, plana e rígida e em seguida providenciar as maletas de vias aéreas e medicações, para que possa dá início ao protocolo de RCP (SANTOS et al., 2016).

Em relação a RCP diante as orientações da AHA, a equipe formada para prestar assistência no SAMU 192 deve realizar as RCP com uma regularidade de 100 a 120 compressões torácicas por minuto tendo um rebaixamento do tórax de 5 a 6 cm ou compressões torácicas e ventilações de resgate na concordância de 30 compressões para cada 2 ventilações onde será 1 ventilação à cada 5 à 6 segundos, dentro de um limite de 5 ciclos utilizando as medicações necessárias para ajudar na reanimação do paciente e checar responsividade juntamente com os pulsos à casa 2 minutos, sem precisar esperar o término dos 5 ciclos para a realização desta conduta (FREITAS; PÉLLENZ, 2018).

Paciente entrou em uma PCR, iniciar RCP com o fornecimento do oxigênio e se disponível naquele momento, colocar o monitor/desfibrilador, se não, iniciar mesmo assim a RCP com as medicações certas para cada ciclo e quando houver a chegada do DEA parar o que está sendo realizado para haver essa conexão do aparelho o mais rápido possível. O 1º e o 2º ciclo de RCP conta com a medicação adrenalina 1 miligrama (mg), administrada em bolus contando em seguida com um flush de 20 mililitro de soro fisiológico 0,9% pela via intravenosa do paciente, juntamente com a elevação do membro durante 10-20 segundos, o 3º e o 4º ciclo de medicação é utilizado um antiarrítmico a amiodarona, onde a primeira dose é de 300 mg em bolus e a segunda dose de 150 mg também em bolus, o 5º e último ciclo usa-se novamente a medicação adrenalina. Todo esse protocolo tem um tempo de espera para o

efeito da medicação, de 3 à 5 minutos enquanto é realizada as compressões para que se possa novamente aplicar a próxima medicação (LAVONAS et al., 2020).

Durante todo o protocolo de RCP que esta sendo realizado no paciente, tem-se a questão da utilização do DEA que se já instalado no paciente e acusar ritmo não chocável utiliza-se a medicação epinefrina 1 mg imediatamente para ajudar na estimulação de forma potente e agindo de imediato nos receptores alfa e beta-adrenérgicos. Caso acuse que o ritmo é chocável, seguir com o protocolo de medicações dos 5 ciclos de RCP realizando todo o procedimento de maneira ágil e eficaz para que o paciente possa ter chances de sobrevivência e não chegar ao óbito (LAVONAS et al., 2020).

É de suma importância que a equipe de enfermagem tenha respeito pelas diferenças e individualidades que aparecerem ao longo do caminho e realizem observações de forma holística, onde possam executar o trabalho que irá ser prestado de forma competente e qualificada. O profissional enfermeiro da equipe, é responsável por compartilhar e buscar soluções em conjunto para a resolução do caso clínico, ofertando voz e vez a todos da equipe para compartilharem ideias e pensamentos oferecendo uma oportunidade a todos (PEREIRA et al., 2020).

Dessa forma, o papel da equipe de enfermagem no APH é de suma importância para a eficiência do atendimento prestado ao paciente e para o aperfeiçoamento da equipe. Os saberes e experiências teóricos-práticas contribuem para o aprendizado de todo o pessoal que integra a equipe de enfermagem em si, agindo de acordo com todos os protocolos preconizados em benefício da segurança do seu próprio trabalho assim como a do paciente, comprometendo-se e assegurando a resolubilidade das UE que foram encaminhadas e instruídas pelas chamadas telefônicas, por meio do número 192 (ALMEIDA; ÁLVARES, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa exploratória objetiva propiciar um conhecimento maior sobre a problemática, tornando-o mais compreensível ou estruturando hipóteses sobre o problema.

A pesquisa descritiva tem-se como propósito, descrever as características de um determinado fenômeno ou que estejam presentes em uma população, como também pode estabelecer relações entre variáveis. Há uma variedade de estudos que podem ser abordados com esse tipo de pesquisa, onde utiliza-se essas características como uma técnica de instrumentação da coleta de dados (GIL, 2008).

Já a pesquisa qualitativa tem-se como objetivo, o envolvimento de pessoas como o principal objeto de estudo que atuam em conjunto com as suas experiências, valores, atitudes, inspirações, motivos, significados e sentimentos introduzidos em um ambiente que esteja sujeito a mudanças, estabelecendo suas próprias relações. Esse tipo de pesquisa, consegue compreender todos os fatos a qual estuda como ações de organizações, indivíduos ou grupos dentro do contexto ou ambiente social de cada um, levando em consideração que a pesquisa qualitativa não se prende a generalizações estatísticas e representatividades numéricas e sim a relações lineares de causa e efeito (GUERRA, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Icó/CE, cidade que fica localizada na região Centro-Sul do estado a 365 km de distância da capital Fortaleza/CE, possuindo como aspecto geográfico uma área de 1.872 km² com uma estimativa populacional de 68.162 habitantes. Os aspectos socioeconômicos são baseados na agricultura, pecuária, indústria e turismo, contando com um centro universitário que não atende somente a população do município, mas também aos municípios circunvizinhos (ICÓ/CE, 2020).

Contudo, o cenário da pesquisa foi o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) juntamente a equipe de enfermagem do SBV e SAV do referido município. O SAMU foi integrado como uma das unidades de saúde do Icó/CE no mês de Fevereiro do ano

de 2020, contando com ambulâncias tanto do SBV composta por um condutor socorrista e um técnico de enfermagem, como por ambulâncias do SAV composta por um condutor socorrista, um enfermeiro e um médico.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem, especificamente enfermeiros e técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe do SAMU da sede do Icó/CE, que é composta no geral por 12 profissionais, especificamente 8 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem. Tendo como critérios de inclusão, profissionais que são enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão atuando na área há no mínimo 5 meses. E como critérios de exclusão, profissionais que estiveram afastados das atividades do SAMU, seja por férias, licença ou outro motivo.

4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada utilizando um formulário com questões abertas (APÊNDICE A) gravada na íntegra, com o uso de voz após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS.

Segundo Manzini (2004, p.2), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Para o autor, esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa para os participantes do estudo na sede do SAMU e os depoimentos coletados foram gravados por um gravador de voz. Foi relatado que se houvesse alguma situação de imprevisto devido a pandemia do novo covid-19 ou por algum outro motivo, as entrevistas seriam realizadas através do Google Meet ou Whatsapp, algumas foram realizadas presencialmente na sede do SAMU, já outras, tiveram que ser realizadas pelo Whatsapp pois houve imprevistos por parte da entrevistadora, mas todas as entrevistas foram realizadas e conseguimos atender as necessidades. Nas entrevistas

realizadas presencialmente, teve a necessidade de se realizar um deslocamento até a sede do SAMU para coletar todos os dados necessários, que posteriormente foram analisados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados, as falas coletadas na entrevista foram analisadas através da análise de conteúdo de Bardin.

O método da análise de conteúdo de Bardin é executada através de três etapas, a primeira é caracterizada pela fase da pré-análise onde será feito a organização de todos os dados que foram coletados seguindo um plano precedentemente definido e composto por formulação de hipóteses, objetivos e escolha de documentos. Já a segunda fase, caracteriza-se por ter uma administração sistemática das tomadas de decisões, incluindo a investigação do próprio material coletado. E a terceira fase, consiste em se obter um tratamento pelos resultados que foram obtidos através da coleta, realizando uma interpretação desses dados onde busca toda a descoberta de novas dimensões teóricas (BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa ocorreu de acordo com os dados e aspectos legais que regem a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dentro da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que a sua função é regulamentar todas aquelas pesquisas que tenham a participação de seres humanos onde, existe uma abordagem ética que se refere a autonomia, justiça, beneficência e a não maleficência que são respeitados durante todo o período de construção dessa pesquisa (BRASIL, 2013).

Foi enviado um termo formal solicitando a autorização para a realização dessa pesquisa, através de uma declaração de anuência (APÊNDICE B) solicitada ao Comandante do SAMU do município de Icó/CE para a realização da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido a Plataforma Brasil e enviado ao CEP do Centro Universitário Vale do Salgado localizado no Endereço: Avenida Monsenhor Frota, 609-Centro, Icó/CE, onde houve à apreciação e aprovação do parecer desse estudo com número 4.670.786.

Após a aprovação no CEP, os participantes da pesquisa foram orientados sobre os objetivos e a finalidade do estudo, sendo consultados acerca da aceitação em participar e

responder as perguntas da referida pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), onde foi ressaltado que o sigilo dos participantes seria totalmente garantido seguindo todos os critérios da pesquisa, assim como, poderiam se retirar da pesquisa a qualquer momento. Aqueles participantes que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE D) e logo em seguida assinaram também o Termo de Autorização do uso da imagem e da voz (APÊNDICE E) para se obter o consentimento da gravação do áudio, e não foi preciso que houvesse a gravação de vídeo.

4.6.1 Riscos

O procedimento utilizado que foi a entrevista semiestruturada trouxe riscos de baixa gravidade, como a questão da dificuldade de compreensão, impaciência para responder as questões propostas, mas foram reduzidas durante o decorrer da entrevista e a questão do constrangimento dos entrevistados nos casos em que não souberam responder algumas perguntas realizadas durante a entrevista e também pela questão do uso do gravador de voz. Contudo, foi explicado aos entrevistados que a pesquisa seria sigilosa, seguindo todos os aspectos éticos e legais assegurando a confidencialidade dos dados que foram coletados.

Em virtude do atual cenário da pandemia de COVID-19, acrescentou-se o risco de contaminação dos participantes da pesquisa com o entrevistador. Desta forma a pesquisa foi realizada com todas as medidas de proteção, obedecendo os critérios de segurança, sendo eles o uso de máscara, distanciamento de no mínimo dois metros entre o entrevistado e o entrevistador e a utilização do álcool em gel para a realização correta da higienização das mãos durante todo o período da coleta de dados. Além disso, os pesquisadores se responsabilizaram em não ir à campo caso estivessem com sintomatologia característica de síndrome gripal, para não oferecer risco adicional aos participantes. Outra possibilidade que foi comentada, foi coletar os dados por meio de plataformas virtuais como o Google Meet e/ou Whatsapp.

4.6.2 Benefícios

Os benefícios esperados com este estudo foi no sentido de despertar o interesse pelo tema, proporcionando a fundamentação de discernimento crítico e servir como suporte para

uma assistência de maior qualidade no atendimento prestado a pacientes que estejam em uma PCR e após ela, seguindo todos os protocolos preconizados a esse tipo de assistência.

Esta pesquisa, servirá também como fundamento para que ocorra uma assistência mais humanizada com pacientes que se encontram em PCR e pós-PCR, diante dos sinais e sintomas que cada indivíduo apresentar, assim como, poderá auxiliar do desenvolvimento de ações e planos de cuidados específicos, para se ter uma tomada de decisões qualificada e ágil que vise a melhoria na qualidade de vida desses pacientes. Além disso, está trazendo informações pertinentes e maiores esclarecimentos sobre a temática abordada, bem como, poderá despertar no meio acadêmico o interesse por novos estudos, e também servirá como fonte de pesquisa, onde também foi realizado um feedback enviado por e-mail aos participantes da pesquisa, com os resultados obtidos através de todas as informações coletadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 12 profissionais, especificamente enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam no SAMU da zona urbana da cidade de Icó-Ce. Na categorização dos participantes dessa pesquisa, contém o perfil de identificação de cada profissional com as variáveis de idade, sexo, tempo de atuação e profissão que exerce.

Tabela I – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa quanto a idade e sexo

VARIÁVEIS		PARTICIPANTES	
IDADE	n	%	
25-35	8	60%	
36-44	4	40%	
SEXO	n	%	
Masculino	2	20%	
Feminino	10	80%	
TOTAL	12	100%	

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Os profissionais que participaram da pesquisa possuem idade que varia de 25 à 44 anos de idade, dos quais 60% tem entre 25 e 35 anos, e 40% tem entre 36 e 44 anos de idade. Os dados da pesquisa apontam para a existência de uma diversidade na faixa etária na atuação do serviço de enfermagem.

A influência da idade dos profissionais de enfermagem no ramo do seu trabalho nos dias atuais, é nitidamente notório que há uma grande diferença, havendo uma mistura de faixa etárias. Sendo assim, vários estudos especulam que essas diferenças são bastastes significativas relacionando-se com a satisfação do trabalho. Contudo, ainda não se há uma concessão à respeito disso, pois alguns estudos relatam que a satisfação no trabalho aumenta com a idade, enquanto outros, relatam que essa satisfação no trabalho diminui (GARCIA et al., 2013).

Diante dos profissionais que participaram da pesquisa, 20% se dá por profissionais da área de enfermagem do sexo masculino e 80% se dá por profissionais do sexo feminino. Nota-se que, o sexo feminino se sobressai dentro do âmbito do trabalho da enfermagem, mas o sexo

masculino não fica para trás, há um pequena prevalência desse gênero dentro da área da enfermagem, mas que não quer dizer que as mulheres sejam melhores que os homens ou vice-versa.

No início da década de 1920, o Brasil estabeleceu o modelo anglo-americano implantado por enfermeiras norte-americanas para as escolas de enfermagem, que esse modelo procurava elevar a categoria da profissão na sociedade brasileira, e com isso, para que houvesse uma construção de uma nova identidade profissional de enfermeira, enfatizou-se o uso do uniforme. Com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, esse modelo foi estabelecido e a profissão de enfermagem passou a ser mais atribuída e procurada pelo sexo feminino (GOMES et al., 2020).

Tabela II – Características dos entrevistados quanto ao tempo de atuação e profissão que exerce.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES	
TEMPO DE ATUAÇÃO (ANOS E MESES)	n	%
1 ano	5	20%
1 ano e 2 meses	4	35%
1 ano e 3 meses	3	45%
PROFISSÃO	n	%
Enfermeiro (a)	8	60%
Técnico (a) de Enfermagem	4	40%
TOTAL	12	100%

FONTE: Dados da pesquisa (2021).

Os participantes da pesquisa possuem uma variação mínima do tempo de atuação no serviço prestado que se enquadra entre 1 à 2 anos. Sendo que, 20% atua no serviço há 1 ano, 35% atua há 1 ano e 2 meses, e 45% há 1 ano e 3 meses, um prazo de tempo concordando com a implantação do SAMU na cidade.

Com esse período de atuação no trabalho, por mais que não seja tão longo até porque o serviço é novo, já favorece o vínculo de população/profissional, as pessoas já começam a perceber que há um certo compromisso desses profissionais na assistência da população, que de uma certa forma já se pode ser estabelecida uma certa confiança no trabalho prestado e entre paciente e profissional, o que se é de grande importância para que aquele atendimento

seja realizado melhor ainda do que já é esperado, pois vai facilitar mais ainda a vida dos profissionais que estão ali realizando algum procedimento (PERUZZO et al., 2019).

Todos os profissionais de enfermagem que participaram da presente pesquisa, exercem uma função e competência diferente dentro do ambiente de trabalho, onde 60% desses profissionais são enfermeiros e 40% são técnicos de enfermagem. Por mais que acabem realizando alguns serviços de maneira diferente, o trabalho em equipe permanece, um complementando o trabalho do outro, pois se ajudam entre si e que além de salvarem vidas, isso se torna o espírito do que é ser um profissional de enfermagem.

A Enfermagem em si, tem como foco à assistência e acolhimento à pessoas no contexto do cuidar, havendo uma interação entre todos os membros da equipe de enfermagem, assim como com outros profissionais que estiverem atuando dentro do seu contexto de trabalho. A interação que existe entre enfermeiro e técnico de enfermagem é enriquecedor para o ambiente de trabalho, pois cada um compartilha o seu próprio conhecimento adquirido na graduação assim como, pela experiência de trabalho e acaba tendo um compartilhamento de ideias e aprendizado entre a equipe progredindo mais ainda o trabalho exercido para atender aqueles que precisam do processo do cuidar (SOUSA, 2016).

5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

5.2.1 Conhecimentos dos profissionais de enfermagem e os principais protocolos utilizados pela equipe sobre uma Parada Cardiorrespiratória

Diante das respostas dos profissionais de enfermagem quando se foi questionado sobre o conhecimento de saber o que é uma PCR e sobre quais protocolos e como deveriam ser aplicados em pacientes que estivessem em uma parada, percebe-se que, tanto os enfermeiros como os técnicos de enfermagem são cientes sobre o que seja uma PCR, assim como também entendem como ela acaba ocorrendo, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“PCR é o diagnóstico que um enfermeiro, um médico, um técnico ou um condutor socorrista aqui no nosso serviço identifica. PCR é uma Parada Cardiorrespiratória.” P1

“É uma Parada Cardiorrespiratória, tendo ausência de sinais e respirações.” P3

“Acontece quando o paciente evolui para a ausência da respiração, quando está em gasping ou então quando também tem a ausência dos batimentos cardíacos.” P5

“A Parada Cardiorrespiratória é quando a bomba cardíaca, influenciando a bomba pulmonar, para de funcionar, não bombeia o sangue da maneira que tem que ser e para de realizar a sua função.” P6

A Parada Cardiorrespiratória é uma condição muito grave em pacientes que acabam passando por esse episódio, pois vai haver a paralização da bomba cardíaca no corpo, onde chega a influenciar a bomba pulmonar, ocasionando a PCR. O paciente vai perder o seu nível de consciência, tendo assim a ausência da respiração e dos batimentos cardíacos.

Diante disso, a PCR é considerada como uma atividade mecânica efetiva do coração, tendo a ausência de pulso central detectável, responsividade e respiração ou ainda, havendo a presença de respirações agonizantes. Nos dias atuais, é de conhecimento profissional e acadêmico que para se ter uma reversão do quadro clínico do paciente em PCR e tentando garantir um retorno a vida com o mínimo ou com nenhuma sequela possível, devem ser realizadas de imediato as ações do SBV ou SAV (CARVALHO et al., 2020).

Ainda nessa mesma linha de raciocínio sobre a questão de entenderem o que é uma PCR e como ela acontece, os profissionais enfermeiros e técnicos continuaram a relatar sobre o conhecimento que a eles foram permitido aprenderem, tanto no tempo em que levavam uma vida acadêmica quanto na experiência de trabalho que eles tem, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“A Parada Cardiorrespiratória é a interrupção abrupta e inesperada do trabalho cardíaco e da respiração com conseqüente perda da consciência.” P7

“A Parada Cardiorrespiratória acontece quando há uma parada do funcionamento do coração e pulmão ou funcionamento não adequado do coração, por exemplo, nos ritmos chocáveis de fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) o coração não vai parar mas ele fica fibrilando ou funcionando tão rápido que não tem

um bombeamento eficaz, nesse caso o coração não parou, mas é considerado parada porque ele não está funcionando adequadamente, então a PCR é isso, quando há a interrupção do funcionamento ou um funcionamento inadequado tanto do coração quanto do pulmão.” P8

“É um distúrbio elétrico do coração, onde ele vai deixar de bater, deixando assim de puncionar sangue e oxigenar o corpo.” P11

Então, a PCR torna-se a ser um distúrbio do coração tendo diversas variações de ritmos chocáveis, que citando alguns como exemplo tem-se a FV e a TV, que se caso o aparelho DEA ou cardioversor acusar que pode sim haver um choque naquele paciente, vai haver um desses ou outros ritmos que são chocáveis para poder tentar fazer com que a bomba cardíaca volte a bater, para que o paciente tenha uma chance de se ter uma sobre vida pós-PCR. Para poder se ter uma total certeza que o paciente está realmente em uma parada, é necessário que se cheque o pulso central que geralmente é o carotídeo e realizar a inspeção da respiração, com a ausência desses dois sinais, já pode-se dá início ao protocolo de RCP no paciente para tentar salvar a sua vida.

Segundo a literatura, nos dias atuais, cerca de 54 a 74% dos ritmos de PCR que existem em questão do ambiente do APH, a maioria são todos por fibrilação átrio ventricular, no qual o tratamento está engajado as compressões cardíacas, correlacionado a desfibrilação precoce. Contudo, a cada minuto que passa sem se ter um atendimento rápido e eficaz sem haver uma desfibrilação, as chances de se ter uma sobre vida são reduzidas em 7 a 10% (SANTOS et al., 2019).

Diante do que deve-se ser preconizado para saber se o paciente está em uma parada, além da verificação do pulso, é a conduta de avaliar se há a presença da respiração e a qualidade em que ela se encontra. Deve-se posicionar uma das mãos espalmadas sobre a testa do paciente e o dedo médio e indicador sob o mento, onde com cuidado irá realizar uma pressão com força na mandíbula para cima do paciente, evitando assim uma pressão nos tecidos moles submandibulares, logo em seguida o socorrista deve-se aproximar-se com o seu rosto na região do nariz e da boca do paciente, para que ele possa sentir em sua própria pele o fluxo de ar, ouvindo os ruídos das respirações ao mesmo tempo em que observa os movimentos torácicos durando assim um tempo de 10 segundos (VICTORELLI et al., 2013).

Em relação aos protocolos que devem ser seguidos diante de pacientes que estejam em uma parada, os profissionais de enfermagem também estavam cientes da sequência do

procedimento que deve-se ser respeitado, porém, nem todos realizam a conduta igualmente à todos da equipe, pois alguns são enfermeiros e outros são técnicos, assim como certos profissionais dão assistência apenas na ambulância de SBV e outros na ambulância SAV, então alguns preferem seguir um certo tipo de protocolo e já outros, seguem um protocolo diferente do que seu colega de trabalho realiza, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“Após a identificação da PCR, começa-se com os ciclos de massagem cardíaca, de reanimação. É feito o protocolo iniciando com 2 minutos de RCP enquanto o condutor ou a equipe que está na ambulância básica buscam o desfibrilador automático externo (DEA), onde o mesmo é instalado no paciente, fazendo a monitorização, acompanhando os ciclos de RCP. Com o DEA instalado, ele vai monitorar o paciente fazendo a indicação de choque, se é chocável ou não, após os 2 minutos da realização da RCP o DEA faz essa avaliação de choque, se for chocável o aparelho avisa para que a equipe possa manuseá-lo e realizar o choque, quando feito isso se o paciente não retornar da parada com os seus sinais, reiniciar o ciclo de RCP e realizar todo o processo novamente.” P1

“Após PCR identificada, começa-se com as compressões e a ventilação, se for só 1 socorrista prioriza-se as compressões, se for 2 socorristas 1 faz as compressões e o outro as ventilações e se houver o auxílio do DEA utiliza-se ele também.” P2

“Observar a cena, verificar pulso central, se respira, iniciar as compressões e depois chamar ajuda da unidade de suporte avançado (USA).” P3

“Realiza-se o protocolo de reanimação, que são as massagens cardíacas e ventilação, intercalando entre massagem cardíaca e ventilação. Têm-se a utilização dos equipamentos, que no caso da USA é o cardioversor e da unidade de suporte básico (USB) é o DEA, que esses equipamentos são utilizados para ajudar a tentar reverter o quadro clínico do paciente com desfibrilação e existe também as

medicações que são utilizadas como por exemplo a adrenalina e a amiodarona.” P4

Em teoria e prática, o protocolo citado nas falas anteriores sobre a realização da RCP em pacientes que estejam em uma PCR, se feito de maneira ágil, eficiente e eficaz é provável que consigam salvar a vida do paciente, realizando esse protocolo de 2 minutos de RCP e 1 ventilação à cada 6 segundos, mais o uso das drogas vasoativas. Assim como, tendo todo o auxílio dos equipamentos de emergência que seria o DEA e o cardioversor para ajudar na reanimação do paciente e o auxílio também das duas equipes tanto da USB como da USA para o engajamento na hora de socorrer o paciente e causar uma exaustão menor da equipe, por conter mais profissionais ajudando no caso clínico.

O atendimento as urgências, incluindo a PCR tanto na parte clínica como na de trauma, é realizado através de protocolos conhecidos internacionalmente, tanto na questão do SBV como do SAV. Todos esses protocolos utilizados tem fundamentação da Legislação Brasileira para cada categoria profissional integrando o APH, correlacionada ao exercício profissional, assim como à formação acadêmica, que são dois fatores de fundamental importância na vida de um profissional da saúde (ALMEIDA; ÁLVARES, 2019).

Ainda discutindo sobre a questão dos protocolos de RCP em pacientes graves que estejam em uma PCR, foi relatado mais um tipo de protocolo que é preconizado pela AHA como de fundamental importância para salvar vidas, e o que é mais utilizado nos dias atuais pelos profissionais da enfermagem conforme relatado nas falas a seguir:

“Após observado a inconsciência do paciente, o condutor vai buscar o DEA e enquanto isso, checa-se pulso e respiração, caso estejam ausentes, chama-se ajuda que é a USA e inicia-se as compressões com os 5 ciclos no tempo de 2 minutos sendo 30 compressões para 2 ventilações, caso não aja o DEA continua-se com os ciclos e aguarda a chegada da USA, mas caso o paciente retorne mesmo antes da chegada da USA, comunica-se a central de regulação onde irão encaminhar para o hospital.” P5

“Iniciar a RCP e no caso da USA o médico realiza uma via aérea avançada que é a intubação e realiza-se os ciclos de RCP sem parar,

que são 2 minutos de compressões cardíacas e a cada 2 minutos verifica-se se há retorno da circulação espontânea.” P6

“Usa-se o protocolo de suporte avançado de vida em parada cardiorrespiratória, depois de avaliado a segurança da cena, checa-se a responsividade do paciente, se estiver ausente chega pulso e respiração simultaneamente, se estiver ausente posiciona o paciente em decúbito dorsal numa superfície plana e rígida, onde já providencia a maleta de drogas vasoativas, a bolsa de via aérea e desfibrilador. Tendo a respiração em gasping ou a ausência dela e do pulso inicia-se as 30 compressões para 2 ventilações, dependendo do ritmo que o paciente se encontrar há a possibilidade de haver o choque ou não com o aparelho e após a realização da via aérea avançada, administrar as drogas que foram prescritas pelo médico.” P7

O protocolo de RCP que foi citado acima, que é os 5 ciclos de 30 compressões para 2 ventilações mais o uso das drogas vasoativas e aparelhos de choques para ajudar a equipe a salvar vidas, é o que mais se realiza no momento em que um paciente está em uma PCR, pois assim, se estiver a equipe completa independente da ambulância que vá prestar o socorro, vai haver dois socorristas para tentarem salvar a vida do paciente e não vai haver tanta exaustão, pois esse é um protocolo onde pode haver revezamento entre os socorristas na hora do atendimento para facilitar ainda mais o processo de se tentar conseguir que o paciente tenha uma sobrevida pós-PCR.

Toda a conduta que deve ser realizada com o paciente para que ele possa ter chances de sobreviver, segue um protocolo específico diante de cada caso, pacientes que estejam em uma PCR deve-se solicitar que todos que estejam ao redor da cena se afastem, os socorristas devem checar o paciente realizando toda a avaliação necessária para poder dá início ao ciclo de RCP. Quando iniciado, faz todo o protocolo para que em seguida haja um choque único na potência máxima do aparelho para identificar se vai ser ritmo chocável ou não, depois disso reinicia-se de imediato a RCP com 30 compressões torácicas de boa qualidade, seguidas de 2 ventilações por 5 ciclos, realizar simultaneamente acesso venoso para que se haja a introdução das drogas vasoativas no paciente para ajudar na sua reanimação, após realizado os 5 ciclos de

compressões e ventilações checar novamente o ritmo, caso persista, reiniciar todo o protocolo novamente (SANTOS et al., 2016).

Ainda seguindo essa mesma linha de raciocínio, conforme foi questionado aos profissionais de enfermagem sobre qual protocolo deve ser seguido e realizado no paciente que está em PCR, os entrevistados ainda relataram que:

“Em relação aos protocolos existem dois que são padrões, o do próprio SAMU e o do Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) onde geralmente um dos dois são utilizados. Mas o protocolo básico assim que identificado a parada, vai ser iniciar 30 compressões para 2 ventilações ou realizar os 2 minutos contínuos de compressão e 1 ventilação a cada 5 ou 6 segundos, após isso faz a checagem do pulso e ver se é ritmo chocável ou não. Geralmente o SAMU utiliza o segundo protocolo que é o de 2 minutos de compressões para 1 ventilação e após o 1º ciclo checa-se o ritmo com o cardiversor, se for uma TV ou FV vai ter a autorização do choque e após isso continua-se as compressões e ventilações, utilizando as drogas vasoativas como a adrenalina e posteriormente com a amiodarona até 350mg, continuando também com a adrenalina que pode ser feita a cada 3 ou 5 minutos e é preferível usar em 1 ciclo sim e outro não e sempre checando o tempo com um cronômetro.” P8

“O protocolo irá depender do ritmo que o paciente encontra-se no momento, se é uma taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), se é uma FV, se é uma atividade elétrica sem pulso (AESP) ou se é uma assistolia. Quando é uma assistolia ou AESP dar-se prioridade as compressões e ao uso da droga vasoativa adrenalina e já quando é uma FV ou TVSP segue-se o protocolo de compressão, choque e as medicações que no caso seria a adrenalina e depois de 2 tentativas de choque, administrar a amiodarona.” P11

“O protocolo vai ser a realização de 30 compressões para 2 ventilações que devem ser aplicadas em uma frequência de mais ou menos 100 a 120 compressões por minuto assim formando um ciclo.

Após o 5º ciclo, verifica-se se houve retorno do pulso do paciente, caso não tenha retorno realizar novamente mais 5 ciclos de RCP e ficar checando sempre o pulso. Deve-se haver a interrupção do protocolo quando houver exaustão da equipe ou quando o médico pedir a paralização da conduta.” P12

Percebe-se que, os dois protocolos preconizados pelo PHTLS para a PCR são bastante usados no SAMU, alguns profissionais preferem utilizar o das 30 compressões para 2 ventilações com os 5 ciclos, e já outros preferem utilizar o de realização de compressões dentro do tempo de 2 minutos com 1 ventilação a cada 5 ou 6 segundos, os dois são bastante eficientes e eficazes, porém os profissionais usam de acordo com a clínica que o paciente está apresentando naquele momento, principalmente se conseguirem perceber em qual ritmo ele se encontra, se é um ritmo de FV, TV, AESP, assistolia ou TVSP. As drogas vasoativas também são utilizadas para ajudar na ressuscitação do paciente para que assim, ele venha a ser avaliado para receber o choque ou não.

Pacientes que estão em uma PCR, depois de checado e detectado uma respiração ausente ou em gasping com o pulso presente, deve-se abrir vias aéreas e realizar 1 ventilação a cada 5 ou 6 segundos e verificar se há a presença de pulso central a cada 2 minutos. Caso o paciente esteja com ausência de respiração ou gasping, mas com o pulso também ausente, iniciar os ciclos de RCP com 30 compressões em uma frequência de 100 a 120/min, rebaixando o tórax em 5 a 6 cm e aplicando 2 ventilações com 1 segundo cada, iniciando com a bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional e preparar paciente para receber o choque (SANTOS et al., 2016).

Se o ritmo identificado for uma FV ou TVSP, será um ritmo chocável e o paciente recebe o choque, após isso, reiniciar os ciclos de RCP realizando as manobras dentro de um tempo de 2 min, após isso, se ainda persistir em um dos ritmos chocáveis, realizar a administração das drogas vasoativas e manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar no hospital. Agora, se o ritmo identificado for uma assistolia ou uma AESP, reinicia-se os ciclos de RCP imediatamente e checa-se o ritmo novamente, se persistir em um dos ritmos não chocáveis, continuar com o protocolo de RCP por 40 min, se o paciente não voltar a vida, realiza-se a chamada do médico para reavaliar o paciente e declarar o óbito (SANTOS et al., 2016).

5.2.2 As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma Parada Cardiorrespiratória

Quando os enfermeiros e técnicos foram questionados sobre quais eram as principais dificuldades que eles encontravam no momento do atendimento de um paciente que estava em uma PCR, observou-se que a maioria deles relatam sobre a questão do tempo em que o paciente está naquela parada, pois quem geralmente faz a ligação para a central do SAMU são as pessoas leigas e que não sabem ao certo repassar as informações adequadamente e a questão do espaço para a realização das condutas necessárias para tentar salvar a vida do paciente, assim como, dentre outras dificuldades evidenciadas nas falas a seguir:

“Caso tenha sido um chamado via regulação, a maior dificuldade é saber a quanto tempo começou essa PCR, pois a ligação é feita por alguém que está próximo da cena e pode não ter o conhecimento de identificar uma PCR e uma outra dificuldade é o local onde o paciente se encontra, as vezes o local é de difícil acesso ou um local inapropriado para realizar-se as condutas.” P1

“As informações que são repassadas, pois o paciente já pode está parado a muito tempo e não sabe-se ao certo a quanto tempo. A questão de equipamentos também torna-se uma dificuldade, pois algo pode não está funcionando e o conhecimento do colega de trabalho também, pois se não tiver um total domínio técnico-científico as vezes ao invés de ajudar acaba atrapalhando.” P2

“A principal dificuldade torna-se a população que na maioria das vezes não compreende a situação, não ajuda, não colabora e acaba ficando encima da cena consequentemente atrapalhando os profissionais a realizarem o trabalho que deve ser feito.” P3

Nesse contexto, percebe-se que os profissionais acabam tendo um pouco mais de dificuldade em salvar a vida do paciente e ele conseguir vim a ter uma sobre vida, por conta de à quanto tempo ele já está parado e as pessoas que realizaram a ligação não sabem dizer ao

certo, porém os profissionais ainda tentam realizar todo o protocolo de RCP no paciente, para verificarem se o mesmo consegue ter uma chance de sobreviver.

O APH caracteriza-se como um atendimento rápido, ágil e eficaz, fazendo uso de métodos e meios aplicáveis para tentar salvar a vida da vítima. A dificuldade desse atendimento vai variar dependendo da gravidade em que se encontra a vítima, e o tempo em que se encontra naquele estado de saúde, pois os profissionais irão fazer o possível e o impossível para salvar a vida do paciente tentando minimizar as sequelas que ele possa vir a ter, caso saia do estado crítico de saúde em que se encontra (FERNANDES; SOUZA, 2017).

A questão do espaço em que o paciente encontra-se em uma PCR, também torna-se outro fator de difícil atendimento para os profissionais, pois aqueles pacientes que necessitam ser atendidos principalmente dentro da ambulância do SAMU, acabam que de uma certa forma tendo uma chance de sobre vida bem menor do que aqueles que já podem ser atendidos em uma espaço bem maior, arejado e de fácil acesso, sem contar aqueles pacientes que precisam ser atendidos diante de uma transferência dentro da ambulância, tendo um risco de vida maior ainda.

Em relação a isso, as situações de perigo são grandes e além de colocar a vida do paciente em mais risco do que já se está, tem a questão da vida dos profissionais que o acompanham, podendo haver o risco de colisão, levando em consideração que a ambulância se desloca em alta velocidade durante uma transferência, assim como durante uma ocorrência também. A falta de espaço na ambulância pode acabar comprometendo a vida do paciente, pois os profissionais não vão poder transitar por ela muitas vezes caso necessite, para isso, tem-se que pensar em uma estratégia de como seria um melhor atendimento para aquela vítima, diferente daqueles pacientes que já são atendidos em superfície com um espaço consideravelmente maior (SANTOS et al., 2020).

A população em si, acaba que deixando a desejar na maioria dos atendimentos do SAMU, pois praticamente todos ficam rodeando o local da cena e o paciente, quando o socorro chega fica um pouco mais complicado eles realizarem o trabalho deles por conta que as pessoas ficam encima para estarem registrando o acontecido com fotos ou vídeos, para ficarem olhando o que os profissionais estão realizando na vítima e muitas vezes fazendo perguntas que de uma certa forma se tornam desnecessárias para o momento em questão, então isso acaba que atrapalhando toda a equipe e dificultando mais ainda a execução do seu próprio trabalho.

Parte dessas dificuldades está correlacionada ao conhecimento que a população em si não tem sobre o papel do SAMU, pois muito se é argumentado a questão das filmagens e

fotos da cena do ocorrido que acabam se disseminando por todos os meios eletrônicos existentes, pois nos dias atuais o avanço tecnológico tem sido gritante e a população acaba que tendo uma facilidade nos registros das ocorrências nos locais dos acidentes. Apesar do SAMU já se está presente em todo o território nacional e por muitos anos, grande parte da população ainda questiona como é feito todo o serviço e acabam que querendo opinar e intervir de forma errônea durante todo o atendimento, dificultando assim o trabalho dos profissionais (SANTOS et al., 2020).

No cenário de pandemia COVID-19 em que estamos vivenciado hoje, os profissionais se depararam com uma dificuldade nova que para eles, tem sido maior ainda do que as já preexistentes durante todo esse tempo de trabalho no SAMU, evidenciada na fala a seguir:

“Durante esse tempo de trabalho no SAMU, só presenciei 1 parada cardiorrespiratória que foi com um paciente que estava com coronavírus – 19 (COVID-19) e encontrava-se em um estado muito crítico e a maior dificuldade que pude encontrar foi a questão da paramentação, pois a mesma é muito sufocante e o quarto não era muito arejado, causando assim uma exaustão e uma desidratação muito grande da equipe, fazendo com que os profissionais acabassem passando mal.” P7

Como citado, a paramentação tem sido uma nova categoria de dificuldade para os profissionais do SAMU diante da pandemia pelo novo COVID-19, pois é uma paramentação totalmente fechada, sem ter muita ventilação para quem usa e acaba sufocando os profissionais no meio de uma ocorrência, pois além de se ter uma certa demora para equipar-se, garantindo assim a segurança de toda a equipe que vai realizar o atendimento, tem a questão da realização do atendimento todo paramentado sem poder retirar nenhum equipamento de proteção individual (EPI), pois esse novo vírus é invisível e tem uma taxa de transmissão muito alta, trazendo assim muito risco para quem vai prestar assistência aos pacientes infectados.

Os EPI's que são utilizados para a paramentação por conta do novo COVID-19 é o capote ou macacão de proteção com capuz totalmente fechado sendo impermeável, máscara cirúrgica ou N95, óculos de proteção, face shield, luvas cirúrgicas ou de borracha, pro-pé e gorro. A sequência correta de paramentação que os profissionais de saúde devem seguir é: 1 – higienizar as mãos, 2 – colocar máscara (qual colocar vai depender do quadro clínico em que

o paciente se encontrar), óculos e gorro, 3 – colocar capote ou macacão (qual colocar vai depender também do quadro clínico do paciente). Os demais equipamentos, serão colocados caso seja extremamente necessário, irá depender da clínica do paciente (MS et al., 2020).

Nessa mesma linha de raciocínio, os profissionais do SAMU ainda relatam mais dificuldades vivenciadas por cada um deles que de certa forma, dificulta um pouco a execução do serviço em si, mas que mesmo assim não deixam de dá toda a assistência necessária aos paciente, assim como, um profissional relata não ter encontrado uma dificuldade específica diante do trabalho prestado por não ter presenciado durante esses anos de trabalho uma PCR, conforme evidenciado nas falas abaixo:

“A principal dificuldade e realizar os atendimentos na ambulância, primeiro é na questão das transferências, pois é muito complicado tanto para os profissionais quanto para os monitores ficar reavaliando o paciente estando em movimento. A segunda dificuldade é o espaço da ambulância, pois é muito apertado, consegue-se sim realizar o atendimento mas torna-se complicado. Outra dificuldade encontrada é quando essa PCR acontece nas unidades hospitalares por questão da equipe externa que as vezes fica um pouco desorientada como por exemplo, quando solicita-se algo e a equipe demora a entregar ou não sabe o que é. Também tem a questão da maca na hora de realizar as compressões, pois as vezes ela é muito alta e não tem-se uma escada para ajudar e acaba-se tendo que subir na maca para a realização da RCP correndo risco de quedas. E outra dificuldade é a questão do paciente precisar de uma ventilação invasiva, que é a intubação orotraqueal, pois é bem difícil para o profissional médico conseguir essa intubação no momento das compressões pois não pode parar a realização da RCP.” P8

“A dificuldade que mais se encontra é a questão da equipe reduzida, pois na USA são 3 socorristas e na USB são 2 e acaba causando exaustão da equipe e na questão das transferências é a equipe ter que agir em um pequeno espaço, que seria a ambulância e também tem a questão da dificuldade dos familiares se for um atendimento a domicilio por questão do emocional e do desespero. E as dificuldades

encontradas, também vão depender muito do cenário da ocorrência.”

P11

“Durante esse tempo de trabalho no SAMU, ainda não presenciei nenhuma PCR, mas pelos conhecimentos científicos que tenho e pela experiência de trabalho, a equipe do SAMU é bem preparada enquanto a atender esse tipo de ocorrência, tendo todos os materiais necessários, assim sendo, não encontro uma dificuldade específica.”

P12

Diante disso, percebe-se que por mais que o SAMU tenha toda uma estrutura adequada para o atendimento à pacientes que necessitem de uma assistência mais rápida e que não podem se deslocar até o hospital para ser acolhido, existem algumas dificuldades pelas quais os profissionais do serviço passam, mas que mesmo assim tentam prestar a assistência da melhor forma possível para garantir uma sobrevivência ao paciente e que ele consiga sair do estado de saúde crítico em que se encontra, levando em consideração também a sua própria saúde, sempre paramentados para estarem protegidos da melhor forma possível para que assim possam prestar o serviço.

Inúmeras são as situações que geram dificuldades para os profissionais e acaba que, atrapalhando a prática do APH e demandando da equipe além dos conhecimentos científicos, a questão também do preparo físico, das habilidades e da capacidade de improviso, mantendo-se, várias vezes, em atendimento no local da ocorrência tendo que ter um tempo adequado para que se tenha a estabilização do paciente e muitas vezes os locais não são totalmente seguros para a realização desse atendimento, e além do mais acabar se deparando com a falta de materiais necessários no momento do atendimento, para que se possa garantir uma assistência adequada e de qualidade aquele paciente (NOVACK et al., 2017).

5.2.3 Os desfechos vivenciados pelos profissionais de enfermagem no pós-PCR

Conforme questionado aos profissionais de enfermagem sobre quais eram os principais desfechos vivenciados por eles em um atendimento de pós-PCR, a maioria relatou que o paciente acaba vindo a óbito por questões de deixarem para acionar o SAMU muito tempo depois, e pelo paciente já está em parada a muito tempo, é muito difícil conseguir reverter o seu quadro clínico. Já outros, relataram que em suas vivências profissionais,

conseguiram reverter a PCR e o paciente chegou a ter uma chance de sobrevivência evidenciado nas falas abaixo:

“Vai depender bastante do caso do paciente, pois há pacientes que retornam e consegue-se fazer a monitorização pós-PCR que são os cuidados que tem-se que ter e já outros pacientes chegam ao óbito, pois as vezes já era um paciente crítico, ou então o paciente já tinha tido muitas paradas e fica difícil de haver o retorno da circulação espontânea.” P1

“Os principais desfechos é o óbito, pois muitas vezes ocorre a demora do acionamento do serviço, pelo não conhecimento da pessoa que está repassando o caso para a central de regulação de não saberem identificar a PCR e dificulta a chegada dos profissionais no local.” P2

“O paciente já encontra-se em óbito, pois geralmente é pacientes idosos que a família não entende o caso, aciona o serviço e a equipe só vai mesmo para detectar o óbito e avisar a regulação.” P4

Percebe-se que, em decorrência sobre quais os principais desfechos os profissionais do SAMU observam após uma parada, o óbito tem-se destacado mais por conta de vários fatores que levam a esse estado, como a questão de quanto tempo o paciente está parado até a chegada do socorro, se já era um paciente crítico ou não, também tem a questão de como as informações são repassadas para a central de regulação para que o SAMU possa sair da base para ir atender a ocorrência e geralmente, o paciente já se encontra com uma idade avançada com um quadro clínico de saúde não muito bom e infelizmente não tem mais o que fazer diante disso, a não ser esperar que ele descanse em paz.

A morte é um fator natural do ciclo da vida, pois é algo inevitável, é algo que sabe-se que vai chegar algum dia à acontecer, porém nem todos estão preparados para esse acontecimento. A PCR é um acontecimento devastador, que pode acabar ocorrendo em qualquer pessoa por algum motivo, seja ele específico ou não, vai depender muito de como anda a saúde do paciente, e a PCR por ser um evento bastante corriqueiro nos dias atuais, está bastante associada com uma elevada mortalidade (LIMA; ARAGÃO; MAGRO, 2016).

Ainda levando em consideração os desfechos observados e vivenciados pelos profissionais do SAMU diante uma PCR, outros relataram que já conseguiram reverter o quadro clínico do paciente dando a ele uma chance de sobrevivência, e já outro profissional relata que vai depender muito da clínica em que o paciente se encontra, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“Depende muito do quadro clínico que foi abordado, mas geralmente nos plantões que puder está, conseguimos reverter o quadro do paciente tendo a volta da circulação espontânea, voltando a vida.” P6

“O paciente evolui com estabilidade hemodinâmica por alguns minutos, mas depois de administrar as drogas vasoativas necessárias e otimização da ventilação consegue-se estabilizar e transportar o paciente.” P7

“No SAMU ficamos pouco tempo com o paciente pois é apenas o tempo daquele atendimento ou o tempo de transferência, mas cerca de 50% dos pacientes não voltam a vida independente da quantidade de ciclos, cerca de 20% dos pacientes conseguem retornar mas com pouco tempo acabam tendo uma nova PCR e dessa não conseguem mais retornar, cerca de 15% são pacientes que retornam mas depois de 24 ou 48 horas acaba tendo uma PCR tardia e cerca dos outros 15% é que conseguem retornar da PCR e acabam tendo uma boa recuperação, mas tudo isso vai depender das causas da PCR e das doenças de base que o paciente tem, muitas vezes ele tem um desfecho desfavorável por conta que já está entrando em uma falência múltipla de órgãos, então não tem como ele ter um desfecho muito favorável, vai depender bastante da clínica do paciente.” P8

Conforme relatado, poucos são os pacientes que conseguem retornar a vida após uma PCR, aqueles em que os profissionais do SAMU conseguem reverter, são imediatamente monitorados por eles assim que conseguem estabilizar o paciente, porém logo em seguida, já fazem a transferência para o hospital mais próximo, para que o paciente possa ser monitorado com mais frequência e com mais equipamentos apropriados para o caso. Existe também aqueles pacientes que até conseguem voltar a ter uma sobrevida pós-PCR, porém minutos

depois acabam vindo a ter uma nova parada e na maioria das vezes não conseguem sobreviver, por conta também das sequelas que por mais mínimas que sejam, acabam interferindo em algo e a clínica do paciente também torna-se muito importante diante desses casos de PCR, pois só assim para talvez suspeitar que o paciente realmente vai conseguir sobreviver.

Quando o paciente consegue retornar a vida tendo um retorno da circulação espontânea, tendo assim a volta das contrações miocárdicas, elas vão gerar o pulso por 20 minutos depois de já ter finalizado a RCP. Após isso, uma síndrome clínica grave inicia-se e cerca de 50 a 70% dos pacientes acabam indo a óbito nas primeiras 24 a 48 horas após aquele período de sobrevivida que ele acabou tendo pós-PCR. Essa síndrome, é ocasionada por lesões de reperfusão e de hipóxia que foram adquiridas durante a PCR e após a realização da RCP, por conta disso que para o paciente ter uma grande chance de sobreviver após uma PCR, vai depender muito da sua clínica antes e depois do episódio da parada (MAURÍCIO et al., 2017).

Diante dos desfechos em relação ao paciente conseguir ter uma sobrevivida pós-PCR, os cuidados necessários a serem tomados com esses pacientes é de suma importância para que possa observar se ele realmente vai conseguir evoluir hemodinamicamente, e não vai chegar a ter outra PCR podendo assim, dificultar mais ainda a sua recuperação, correndo risco de até ir a óbito. Por isso os cuidados pós-PCR naqueles pacientes que conseguem sobreviver é primordial para se ter uma recuperação bem feita, conforme evidenciado nas falas a seguir:

“Após a realização do atendimento no paciente com PCR e depois haver a remoção até o hospital, após a chegada no intra-hospitalar observa-se que a equipe do hospital dá continuidade ao protocolo de ajuda ao paciente, muitas vezes tendo que haver a intubação, a utilização de drogas vasoativas e cuidados mais intensivos.” P9

“Os desfechos é a questão de garantir uma via aérea adequada, ofertar oxigenação verificando saturação e todos os SSVV do paciente e a monitorização em si. Ter uma boa reposição volêmica do paciente, pois geralmente conseguem retornar da PCR e tem-se que ficar monitorando para que o mesmo não venha a ter uma nova PCR.” P12

Em decorrência do atendimento à pacientes que estejam em uma PCR, tudo que for possível ser feito por todos os profissionais do SAMU naquele momento para tentar reverter o quadro clínico do paciente, será realizado. Os desfechos relacionados a esses atendimentos ocasionam as vezes em bons, mas já outras vezes em ruins, pois dependendo do tempo em que o paciente tenha entrado em parada e o tempo que levou para acionar o serviço, pode-se conseguir ter um retorno positivo da vida do paciente tendo a chance de se ter uma sobrevida ou não, e infelizmente chegar indo a óbito.

Os pacientes que conseguem ter uma pós-PCR, na maioria das vezes requerem ter cuidados prolongados e críticos e acabam tendo que ser sujeitos há procedimentos invasivos, condição essa que os tornam vulneráveis a infecções sistêmicas e locais. Em toda a literatura mundial, a sepse é bastante relatada nesses pacientes que conseguem sobreviver a uma parada mas que infelizmente acabam ficando com sequelas, um dos principais fatores que podem acometer o paciente ao óbito, mesmo que tenha voltado a vida pós-PCR é a questão de já possuírem doenças crônicas, por isso, se um paciente chegar a conseguir ter uma sobrevida após uma PCR, tem que haver um plano de cuidados que potencialize e melhore mais ainda o quadro clínico do paciente, não deixando-o vim a ter uma instabilidade hemodinâmica que possa piorar o seu quadro de saúde (SOUZA et al., 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indubitavelmente verídico que, a PCR é a paralização súbita, inesperada e repentina da bomba cardíaca e pulmonar, em consequência vindo a ter perda da consciência, pois vai haver uma diminuição da oxigenação e da passagem de nutrientes para todos os tecidos do corpo, ela é caracterizada como um distúrbio elétrico no coração. Essa emergência médica, necessita de uma RCP de imediato, conjunto a um DEA ou cardioversor, drogas vasoativas e os demais aparelhos, juntamente a uma equipe capacitada para realização da assistência para com o paciente que está necessitando daquele atendimento o mais ágil, eficaz e seguro possível.

Os dados coletados nesse estudo oportunizaram entender quais eram os conhecimentos que os profissionais de enfermagem do SAMU tinham diante uma PCR. É possível observar que a maioria dos profissionais tem um conhecimento bem apurado sobre o que é uma PCR e como ela acontece sabendo assim identificá-la, assim como, sobre a questão de quais protocolos devem ser realizados e como devem ser seguidos para poder tentar salvar a vida do paciente. Cada profissional tem o seu jeito de aplicar aquele protocolo para a realização da assistência, mas que de certa forma não está errôneo, pois alguns profissionais preferem realizar um certo tipo de protocolo por acharem mais eficiente, eficaz e ágil, do que o outro protocolo que os outros colegas de trabalho acabam realizando.

Ressaltando que o objetivo desse estudo era analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do SAMU quanto ao atendimento de uma PCR, foi contemplado diante os objetivos específicos do estudo, onde tinha-se que identificar o conhecimento dos profissionais sobre quais eram os protocolos usados diante de pacientes que estivessem em uma PCR, e os profissionais do SAMU relataram ter um conhecimento científico bastante rico, levando em consideração a toda experiência de trabalho que cada um tem, mostrando assim que pela teoria, na prática sabem realizar as condutas necessárias que devem ser feitas.

A questão da identificação das principais dificuldades vivenciadas por esses profissionais no momento do atendimento à uma PCR, observou-se que existe vários empecilhos para a realização das condutas do atendimento para com o paciente, mas que mesmo assim os profissionais que vão prestar a assistência não deixam o paciente sem o acolhimento necessário e realizam o atendimento como tem que ser, por mais que existam obstáculos para serem enfrentados.

E levando em consideração aos principais desfechos que os profissionais encontram após um atendimento a pacientes que estão em uma PCR, por mais que façam todo o possível e impossível para tentar salvar a vida da vítima, na maioria das vezes o paciente acaba vindo a óbito, decorrentes de vários fatores que possam ter levado ao paciente acabar recaindo mais ainda para esse quadro clínico de saúde e não conseguir resistir, para tentar ter uma chance de sobrevida pós-PCR.

Nessa perspectiva, sugere-se que seja definido um protocolo específico para que todos possam utilizar diante de pacientes que estejam em uma PCR, ou então, que seja dividido entre o SBV e o SAV, um protocolo para cada equipe já que existe dois, por alguns tempos para que seja testado qual o protocolo que está sendo mais eficiente e eficaz na assistência de pacientes que estejam em uma PCR, para que assim possam tentar conseguir salvar mais vidas e diminuir o grande quantitativo de óbitos que acaba ocorrendo. Sugere-se também que tenha-se mais treinamento com as equipes do SBV, tentando orientá-los mais sobre o que de fato é uma PCR, como ela acontece, o que fazer para reconhecê-la e como o atendimento deve ser realizado por eles, para que o paciente possa ter uma taxa de sobrevida maior.

A justificativa para a realização desse estudo, ocorreu por conta dos vários surgimentos de casos e óbitos que estavam acometendo a população em relação a PCR, deixando lacunas sobre a realização fidedigna dos protocolos de RCP diante do SBV e do SAV, onde esse interesse foi instigado, investigado, realizado e alcançado com sucesso, como pôde-se perceber diante os resultados e discussões desta presente monografia.

Então conclui-se que, tanto os profissionais de enfermagem, como acadêmicos e população em geral, estejam bem orientados e atualizados quanto aos protocolos de RCP que devem ser utilizados, assim como a todo o conhecimento sobre o que seja uma PCR e como esse distúrbio deve ser interferido para prestar uma assistência de qualidade e ágil para com o paciente, e assim ele possa vim a ter uma chance de sobrevida maior pós-PCR e os óbitos possam diminuir cada vez mais, assim sendo, prevalecendo a cada dia mais o trabalho em equipe e uma assistência integral e humanizada a todos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. M. V. *et al.* Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016.
- ALMEIDA, R. B.; ÁLVARES, A. C. M. Assistência de enfermagem no serviço móvel de urgência (SAMU): revisão de literatura. **Rev. de Iniciação Científica e Extensão**, Goiás, v. 2, n. 4, p. 196-207, 2019.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2ª reimpr. da 1ª Ed. São Paulo: 70 Ltda/Almedina Brasil, 2011.
- BASTOS, T. R. *et al.* Conhecimento de estudantes de medicina sobre suporte básico de vida no atendimento à parada cardiorrespiratória. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Belém/Pará, v. 44, n.4, p. 1-8, 2020.
- BATTISTI, G. R. *et al.* Perfil de atendimento e satisfação dos usuários do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre/RS, n. 40, p. 1-8, 2019.
- BOTELHO, R. M. O. *et al.* Uso do metrônomo durante a ressuscitação cardiopulmonar na sala de emergência de um hospital universitário. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, p. 1-8, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional da saúde. **Resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução**, Brasília/DF, 2013. Disponível em:
https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html. Acesso em: 13 de novembro de 2020.
- BRASIL. Lei nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece Diretrizes e Cria Mecanismos para a Implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Portaria do Ministério da Saúde**, Brasília/DF, 2011.
- BRASIL. Lei nº 28, de 27 de julho de 2011. Estabelece as Diretrizes e Mecanismos para a Implantação do componente Sala de Estabilização – SE da Rede de Atenção às Urgências,

atualização da NT nº 28 de 27/07/2011. **Política Nacional de Atenção às Urgências**, Brasília/DF, 23 ago. 2011, p. 1-25.

BRASIL. Lei nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e Institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. **Decreto da Presidência da República**, Brasília/DF, 17 nov. 2011.

CABRAL, C. C. O. *et al.* Qualidade de vida de enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgências. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Brasília/DF, v. 29, p. 1-13, 2020.

CARRRON, A.G. **Desafios da Equipe de Enfermagem no atendimento pré-hospitalar**. 2016. 54f. Monografia, Graduação em Enfermagem, Santa Cruz do Sul, 2016.

CARVALHO, L. R. C. *et al.* Fatores associados ao conhecimento de pessoas leigas sobre suporte básico de vida. **Rev. Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, Bahia, v. 38, n. 0i38.39087, p. 1-16, 2020. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100163. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

CAVALCANTI, P. B. *et al.* Avaliação pós-ocupação de unidades de emergência hospitalares de Florianópolis: problemas recorrentes e possíveis soluções. **Rev. Ambiente Construído**, Porto Alegre, v. 2, n. 19, p. 171-186, 2019.

COSTA, G. A. P. C. *et al.* Perfil de atendimento de população idosa nas unidades de pronto atendimento do município do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 125, n. 44, p. 400-410, 2020.

CUNHA, V. P. *et al.* Atendimento a pacientes em situação de urgência: do serviço pré-hospitalar móvel ao serviço hospitalar de emergência. **Rev. Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, Florianópolis/SC, v. 37, n. 0i, p. 1-15, 2019. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682019000200001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

FERNANDES, P. S. P.; SOUZA, V. L. **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel – SAMU: papel do enfermeiro**. 2017. 50f. Monografia, Bacharelado em Enfermagem, Itaperuna – RJ, 2017.

FERREIRA, A. M. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em terapia intensiva: mapeamento cruzado e taxonomia da NANDA-I. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Uruguaiana/RS, v. 69, n. 2, p. 307-315, 2016.

FRANÇA, S. P.S.; MARTINO, M. M. F. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 4, p. 1225-1233, 2013. Disponível em: DOI: 10.5205/r euol.3188-26334-1-LE.0704201320. Acesso em: 25 de outubro de 2020.

FREIRE, R. M. A. *et al.* Um olhar sobre a promoção da saúde e a prevenção de complicações: diferenças de contextos. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Porto/Portugal, v. 24, p. 1-9, 2016.

FREITAS, J. R.; PÉLLENZ, D. C. Parada Cardiorrespiratória e atuação do profissional enfermeiro. **Rev. Saberes da UNIJIPA**, Paraná, v. 8, n. 1, p. 74-84, 2018.

GARCIA, C. C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Murcia/España, v. 6, n. 21, p. 1314-1320, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.

GOMES, M. P. *et al.* Perfil dos profissionais de enfermagem que estão atuando durante a pandemia do novo coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18921/11909>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

GUERRA, E. L. A. **Manual de pesquisa qualitativa**. 1. Ed. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

GUERRA, S. *et al.* Cuidado na atenção domiciliar: efeitos de uma intervenção educacional em saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Recife, v. 3, n. 18, p. 1-19, 2020.

GUIMARÃES, B. E. B.; BRANCO, A. B. A. C. Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. **Rev. Psicologia e Saúde**, Vitória da Conquista/BA, v. 12, n.1, p. 143-155, 2020.

ICÓ, P. M. **O município**. Icó/CE: 2020. Disponível em: <https://www.ico.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 13 nov., 2020.

JÚNIOR, M. A. A.; PASSOS, T. S.; SANTOS, M. A. Avaliação do tempo de desocupação e ocupação de leitos com parâmetros de governança em pacientes internados em unidade de terapia intensiva na rede pública. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**, Aracaju/SE, v. 32, n. 3, p. 412-417, 2020.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das unidades de pronto atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Interface Comunicação Saúde Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016.

LAVONAS, E. J. *et al.* **Destaques das diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association**. 1. Ed. Dallas/Texas, 2020.

LIMA, A. S; ARAGÃO, J. M. N; MAGRO, M. C. S. Ritmos cardíacos e desfecho de parada cardiopulmonar em unidade de emergência. **Rev. de Enfermagem**, Recife, v. 10, n. 5, p. 1579-1585, 2016.

LORO, M. M. *et al.* Desvelando situações de risco no contexto de trabalho da enfermagem em serviços de urgência e emergência. **Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1-8, 2016.

MACHADO, V. C. *et al.* Gestão do trabalho nas unidades de pronto atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. **Rev. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-14, 2016.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. **Rev. Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, Bauru, v. 2, p. 1-10, 2004.

MAURÍCIO, E. C. B. *et al.* Resultados da implementação dos cuidados integrados pós-parada cardiorrespiratória em um hospital universitário. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. e2993, p. 1-8, 2017.

MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de saúde da família?. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, 2014.

MENDONÇA, M. F. S.; SILVA, A. P. S. C.; CASTRO, C. C. L. Análise espacial dos acidentes de trânsito urbano atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência: um recorte no espaço e no tempo. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, Recife/PE, v. 20, n. 4, p. 727-741, 2017.

MOTA, L. L.; ANDRADE, S. R. Temas de atenção pré-hospitalar para informação de escolares: a perspectiva dos profissionais do SAMU. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 38-46, 2015.

MS, *et al.* **Paramentação e desparamentação dos profissionais de saúde em tempos da pandemia de covid-19.** 2020. p. 1-9. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-coronavirus-sequencia-correta-na-paramentacao-dos-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 04 de jun, 2021.

NEVES, A. C. O. J. *et al.* Atenção domiciliar: perfil assistencial de serviço vinculado a um hospital de ensino. **Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 1-23, 2019.

NOVACK, B. C. *et al.* As dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 08, n. 03, p. 453-467, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10319/9106>. Acesso em: 22 de maior de 2021.

PADILHA, A. Projeto de lei nº , de 2019. **Portal da Câmara dos Deputados**, São Paulo, p. 1-6, 2019. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9C8C6BBB60FDB6ACAFE98E622939BDD4.proposicoesWebExterno1?codteor=1707269&filename=PL+351/2019. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

PADILHA, A. R. S. *et al.* Fragilidade na governança regional durante implementação da rede de urgência e emergência em região metropolitana. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018.

PEREIRA, M. V. *et al.* Lideranças transformacional: clube de leitura para enfermeiros gerentes de urgência e emergência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 73, n. 3, p. 1-8, 2020.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde. **Rev. Escola Anna Nery**, Paraíba, v. 22, n. 4, p. 1-10, 2018.

PIRES, I. B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, Salvador/BA, n. 33, p. 1-7, 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. Ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013.
SAKANO, T. M. S.; SCHVARTSMAN, C.; REIS, A. G. Epidemiologia da ressuscitação cardiopulmonar pediátrica. **Rev. Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 4, p. 409-421, 2020.

SANCHES, R. C. N. *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Rev. Escola de Enfermagem Anna Nery**, Maringá/PR, v. 20, n. 1, p. 48-54, 2016.

SANTOS, A. P. *et al.* Dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, Bahia, v. sup, n. 51, p. 1-8, 2020.

SANTOS, C. F. *et al.* Importância do enfermeiro frente a implementação do protocolo de RCP. **Rev. Científica de Enfermagem**, Salvador/BA, v. 9, n. 28, p. 3-8, 2019.

SANTOS, F. P. *et al.* **Protocolos de suporte avançado de vida**. 2. Ed. Brasília, 2016.

SANTOS, P. R. A.; ROCHA, F. L. R.; SAMPAIO, C. S. J. C. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, n. 40, p. 1-9, 2019.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão hospitalar no sistema único de saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador/BA, v. 25, n. 9, p. 3597-3609, 2020.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de atenção hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. **Rev. Saúde em Debate**, Salvador/BA, v. especial 3, n. 41, p. 99-113, 2017.

SILVA, J. S. *et al.* Perfil dos atendimentos realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência no município de Colombo (PR). **Rev. Espaço para a Saúde**, Colombo/PR, v. 1, n. 2, p. 26-33, 2020.

SOUSA, N. M. O. **O técnico de enfermagem significando o trabalho do enfermeiro: contribuições para o fortalecimento da equipe em ambiente hospitalar**. 2016. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

SOUZA, B. T. *et al.* Identificação dos sinais de alerta para a prevenção da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar*. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. 1-9, 2019.

TIBÃES, H. B. B. *et al.* A construção histórica de um serviço de atendimento móvel de urgência: da concepção à regionalização. **Rev. de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, p. 3596-3606, 2017. Suplemento 9. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234491/27692>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

TORRES, S. F. S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A rede de urgência e emergência da macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Rev. Saúde e Sociedade**, Belo Horizonte/MG, v. 1, n. 24, p. 361-373, 2015.

VALLE, M. M. F.; CRUZ, E. D. A.; SANTOS, T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, Curitiba/PR, n. 51, p. 1-7, 2017.

VICTORELLI, G. *et al.* Suporte básico de vida e ressuscitação cardiopulmonar em adultos: conceitos atuais e novas recomendações. **Rev. Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 124-128, 2013.

VOLPATO, A. C. B. *et al.* **Enfermagem e emergência**. 2. Ed. São Paulo: Martinari, 2014.

APÊNDICES

Formar profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento do país embasados na responsabilidade social e na ética visando o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Identificação: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Tempo de atuação no SAMU: _____

Profissão que exerce: _____

E-mail: _____

PARTE 2 – QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que você entende sobre uma PCR?
- 2) O que você observa para saber se o paciente está em uma PCR?
- 3) Qual protocolo que deve ser utilizado diante de pacientes que estejam em uma PCR e como deve ser seguido e realizado?
- 4) Quais as principais dificuldades vivenciadas por você no momento do atendimento de uma PCR?
- 5) Após o atendimento à pacientes em PCR, quais são os principais desfechos observados por você?



GOVERNO MUNICIPAL DE ICÓ/CE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
CNPJ: 07954571000104

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, _____, portador do RG _____, e CPF _____, Comandante do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), declaro ter lido o projeto intitulado **“O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA”** de responsabilidade do pesquisador Josué Barros Júnior, portador do CPF 796.001.153-20, e RG 134.30810, docente do Centro Universitário Vale do Salgado e da orientanda Edléslia Martins Aires, portadora do CPF 073.804.173-47, e RG 2008666447-0, discente da instituição, e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), autorizaremos a realização deste projeto no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou 510/16. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Icó/Ceará, ____ de _____ de 2020

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Formar profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento do país embasados na responsabilidade social e na ética visando o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a)

Josué Barros Júnior, CPF de nº 796.001.153-20, docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS e sua orientanda Edléslia Martins Aires, CPF de nº 073.804.173-47, estão realizando a pesquisa intitulada **“O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA”**, que tem como objetivo geral analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) quanto ao atendimento de uma PCR, e tem como objetivos específicos descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais envolvidos; identificar o conhecimento dos protocolos usados diante de pacientes que estejam em uma PCR; investigar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma PCR e observar os principais desfechos relatados pelos entrevistados após o atendimento de uma PCR. Para isso, estão desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: a primeira foi a escolha de um tema específico e em seguida a realização de um projeto sobre esse tema, onde é composto por introdução, objetivos, revisão de literatura e metodologia. As demais etapas dar-se por meio de uma visita a unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), onde haverá uma apresentação do projeto para o Comandante e profissionais da unidade, havendo a entrega do termo de anuência para assinatura do Comandante do SAMU para autorização da realização da coleta de dados, apresentação do TCLE, Termo de Consentimento Pós-esclarecido e Termo de Autorização de Uso de Imagem e Voz para leitura e autorização, ocorrendo ainda a realização da entrevista, tendo logo em seguida a verificação e registro dos dados onde terá a análise das informações e divulgação dos resultados.

Por essa razão, os profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem estão convidados a participar da pesquisa. A participação desses profissionais consistirá em expor seus conhecimentos acerca da temática abordada através de uma entrevista gravada por meio de um gravador de voz, respondendo algumas questões estruturadas. Em virtude da pandemia,

caso haja algum impeditivo para a realização das entrevistas na unidade do SAMU, a coleta de dados poderá ser realizada online, por meio de plataformas virtuais, como Google Meet e/ou Whatsapp.

O procedimento utilizado para a coleta de dados que é a entrevista gravada na íntegra com o uso do gravador de voz, poderá trazer algum desconforto, como por exemplo, a dificuldade de compreensão, impaciência para responder as questões propostas, o constrangimento dos entrevistados, podem se sentir envergonhados por serem entrevistados, pela a utilização do gravador de voz, em casos de não saberem responder algumas perguntas realizadas durante a entrevista ou ainda acontecer o extravasamento ou perda de dados. O tipo de procedimento apresenta um grau de risco mínimo, e neste sentido o pesquisador irá reduzir todos esses riscos mediante o esclarecimento de informações fundamentais aos participantes da pesquisa, apresentando o tipo de pesquisa e entrevista que será realizada, visando sanar todas as dúvidas, além de serem informados de todas as etapas da pesquisa. Será assegurado sigilo aos participantes, garantido o anonimato e a confidência de todos os dados, inclusive de informações pessoais garantido assim, a sua identificação, também, a pesquisa será feita individualmente em um lugar reservado, tranquilo, aconchegante e confortável, planejando uma melhor interação entre a pesquisadora e os participantes da entrevista. Em virtude da pandemia do novo coronavírus, existe o risco de contaminação pelo COVID-19. Algumas medidas serão tomadas visando a diminuição do risco de contaminação, como: o uso de máscaras, luvas e álcool em gel, lembrando de higienizar adequadamente as cadeiras, mesas e celulares, como também evitar o contato físico mantendo o distanciamento de dois metros entre ambos. Se caso o pesquisador sentir alguns sintomas do coronavírus, será adiado a entrevista e o mesmo procurará atendimento nos serviços de saúde. Outra possibilidade é coletar por meio de plataformas virtuais como Google Meet e/ou Whatsapp. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu JOSUÉ BARROS JÚNIOR E EDLÉSLIA MARTINS AIRES seremos responsáveis pelo encaminhamento ao atendimento psicológico que prestará assistência específica mais indicada aos participantes do estudo.

Os benefícios superam os riscos, pois os benefícios esperados com este estudo são no sentido de despertar o interesse pelo tema, proporcionar a fundamentação de discernimento crítico e servir como suporte para uma assistência de maior qualidade no atendimento prestado a pacientes que estejam em uma PCR e após ela, seguindo todos os protocolos preconizados a esse tipo de assistência. Esta pesquisa, servirá também como fundamento para

que ocorra uma assistência mais humanizada com pacientes que se encontram em PCR e pós-PCR, diante dos sinais e sintomas que cada indivíduo apresentar, assim como, poderá auxiliar do desenvolvimento de ações e planos de cuidados específicos, para se ter uma tomada de decisões qualificada e ágil que vise a melhoria na qualidade de vida desses pacientes. Além disso, trará informações pertinentes e maiores esclarecimento sobre a temática abordada, bem como, poderão despertar no meio acadêmico o interesse por novos estudos, e também servirá como fonte de pesquisa.

Toda informação que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As respostas, dados pessoais, e os dados coletados serão confidenciais e seu nome não aparecerá na entrevista e em nenhum momento, inclusive quando os resultados forem apresentados. A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar o pesquisador Josué Barros Júnior pelo telefone ou a pesquisadora Edléslia Martins Aires, no Centro Universitário Vale do Salgado, localizado na Rua Monsenhor Frota, 609, Centro, Icó-CE, CEP: 63.430-000, em horário comercial ou por meio do telefone (88) 9 8809-0557, apenas em dias semanais das 08:00 às 11:00 e de 13:00 às 20:00. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário Vale do Salgado localizado à Rua Monsenhor Frota, nº 609, no centro da cidade de Icó/CE, CEP: 63.430-000, atendendo também por meio do telefone (88) 35619200 ou (88) 9 9346-0259.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

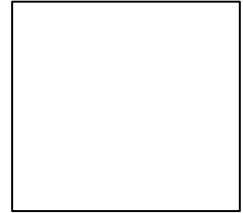
Icó/CE, _____ de _____ de 2020

Josué Barros Júnior
Assinatura do Pesquisador

Edléslia Martins Aires
Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante

ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Formar profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento do país embasados na responsabilidade social e na ética visando o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

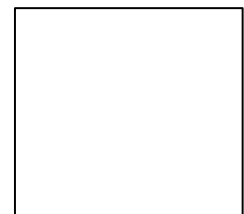
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente DA pesquisa **“O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA”**. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Icó-Ceará, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Josué Barros Júnior
Assinatura do Pesquisador

Edléslia Martins Aires

Formar profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento do país embasados na responsabilidade social e na ética visando o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E VOZ

Eu, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade n° _____ e do CPF n° _____,
residente à Rua _____, bairro _____,
na cidade de _____, autorizo o uso de minha
imagem e voz, na pesquisa intitulada **“O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
QUANTO À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA”**, produzida pela discente
Edléslia Martins Aires do Curso de Graduação em Enfermagem, sob orientação do docente
Josué Barros Júnior. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da
imagem (fotografias e/ou filmagens), voz e /ou discursos acima mencionadas em todo
território nacional e no exterior, para fins acadêmicos, científicos e de estudos (livros, artigos,
slides e em eventos para exposições de documentários),

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito
sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02
(duas) vias de igual teor e forma.

Icó - Ceará, ____ de _____ de _____.

Cedente

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA

Pesquisador: JOSUÉ BARROS JÚNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44576121.3.0000.5048

Instituição Proponente: TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.670.786

Apresentação do Projeto:

As Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) são disfunções que podem comprometer os vasos sanguíneos e coração, sendo considerado um severo problema em escala global dentro das questões que se tratam de saúde pública, demonstrando que há um índice de 31% dos óbitos no mundo. O projeto tem como objetivo geral analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) quanto ao atendimento de uma PCR, como objetivos específicos descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa, identificar o conhecimento dos protocolos usados diante de pacientes que estejam em uma PCR, investigar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma PCR e compreender os principais desfechos relatados pelos entrevistados após o atendimento. O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, será realizado no município de Icó/CE, Contudo, o cenário da pesquisa será o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) juntamente a equipe de enfermagem do SBV e SAV do referido município, A população do estudo será composta pela equipe de enfermagem, especificamente enfermeiros e técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe do SAMU da sede do Icó/CE, que é composta no geral por 12 profissionais, especificamente 8 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem, Será utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada utilizando um formulário com questões abertas, Após a coleta de dados, as falas coletadas na entrevista serão analisadas através

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 4.670.786

da análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) quanto ao atendimento de uma PCR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.
- Identificar o conhecimento dos protocolos usados diante de pacientes que estejam em uma PCR.
- Investigar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no atendimento de uma PCR.
- Compreender os principais desfechos relatados pelos entrevistados após o atendimento de uma PCR.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, entretanto, maiores devem ser os esforços para minimizar os mesmos. Salienta-se que os riscos dessa pesquisa serão de padrão Médio haja visto a possibilidade de contaminação de COVID19, além dos riscos relacionados ao possível constrangimento por se tratar de uma pesquisa com a presença do pesquisador, incompreensão das questões do questionário e conflito existente mediante a um questionamento sobre o conhecimento que possuem sobre a temática abordada.

Os riscos supracitados serão diminuídos através de algumas ações, dentre as quais serão providenciados: uma sala reservada de escolha do participante e de disponibilidade da instituição, que ofereça toda comodidade e privacidade ao profissional para responder o instrumento. O pesquisador prestará esclarecimentos sobre o instrumento utilizado, e explicará o que se busca em cada questão do questionário e como devem ser respondidas as perguntas, buscando assim sanar todas as dúvidas do participante e assegurar à confidencialidade das respostas.

Em virtude do atual cenário da pandemia de COVID-19, adiciona-se aos riscos inerentes à pesquisa, a contaminação dos pesquisadores ou dos participantes do estudo com o novo coronavírus. Para que esse risco seja amenizado, serão utilizadas as medidas protetivas alinhadas

Endereço: Av. Maria Letícia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.670.786

as orientações da ANVISA e do Ministério da Saúde onde o Pesquisador e os Participantes da pesquisa utilizarão equipamentos de Proteção Individual e Coletiva . Também serão utilizadas medidas de distanciamento Social e outras precauções, tais como uso de máscara pelos pesquisadores e participantes em todo período de coleta de dados; higienização adequada das mãos ao início das atividades e uso de álcool gel durante o período de coleta de dados e higienização com álcool em gel de todo material compartilhado. Além disso, os pesquisadores se responsabilizam em não ir a campo quando estiverem com sintomatologia característica de síndrome gripal, para não oferecer risco adicional aos participantes, e caso os pesquisadores ou participantes apresentem sintomatologia suspeita para COVID-19 serão realizadas orientações quanto à busca de atendimento nos serviços de saúde do município (Unidade Básica de Saúde da Família ou hospital) mais próximos

4.6.2 Benefícios

Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de despertar o interesse pelo tema, proporcionar a fundamentação de discernimento crítico e servir como suporte para uma assistência de maior qualidade no atendimento prestado a pacientes que estejam em uma PCR e após ela, seguindo todos os protocolos preconizados a esse tipo de assistência.

Esta pesquisa, servirá também como fundamento para que ocorra uma assistência mais humanizada com pacientes que se encontram em PCR e pós-PCR, diante dos sinais e sintomas que cada indivíduo apresentar, assim como, poderá auxiliar do desenvolvimento de ações e planos de cuidados específicos, para se ter uma tomada de decisões qualificada e ágil que vise a melhoria na qualidade de vida desses pacientes. Além disso, trará informações pertinentes e maiores esclarecimentos sobre a temática abordada, bem como, poderão despertar no meio acadêmico o interesse por novos estudos, e também servirá como fonte de pesquisa, onde também poderá ser realizado um feedback enviado por e-mail aos participantes da pesquisa, com os resultados obtidos através de todas as informações coletadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pois visa analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do atendimento pré-hospitalar do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) quanto ao atendimento de uma PCR.

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 4.670.786

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto: ok

TCLE e TCPE: ok

Cronograma: ok

TAIV: ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1717674.pdf	15/03/2021 14:46:56		Aceito
Outros	VOZEIMAGEM.docx	15/03/2021 14:46:25	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/03/2021 14:45:56	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	15/03/2021 14:45:26	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Outros	POSESCLARECIDO.docx	15/03/2021 14:45:07	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/03/2021 14:44:45	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.docx	15/03/2021 14:44:26	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/03/2021 14:43:48	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Outros	ANUENCIA.docx	15/03/2021 14:43:33	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Leka.pdf	15/03/2021 14:38:21	JOSUÉ BARROS JÚNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO



Continuação do Parecer: 4.670.786

JUAZEIRO DO NORTE, 26 de Abril de 2021

Assinado por:
ANTONIA VALDELUCIA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, Marco Antônio Arantes Costa Filho, portador do RG 2004002102440 e CPF 042.890.553-66, Diretor técnico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), declaro ter lido o projeto intitulado “O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA QUANTO À UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA” de responsabilidade do pesquisador Josué Barros Júnior, portador do CPF 796.001.153-20, e RG 134.30810, docente do Centro Universitário Vale do Salgado e da orientanda Edléslia Martins Aires, portadora do CPF 073.804.173-47, e RG 2008666447-0, discente da instituição, e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Comitê Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), autorizaremos a realização deste projeto no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou 510/16. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Eusébio/Ceará, 08 de Fevereiro de 2021

Marco Antônio Arantes Costa Filho
DIRETOR TÉCNICO SAMU 192 CE
CREMEC-15674

Assinatura e carimbo do responsável institucional