

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

JÚLIA KALIANNE DE OLIVEIRA PEGADO

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

PATOS-PB
2012

JÚLIA KALIANNE DE OLIVEIRA PEGADO

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

Projeto de pesquisa apresentado à Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso da Fundação Francisco Mascarenhas das Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientadora: Profª Esp. Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro.

PATOS-PB
2012

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

JÚLIA KALIANNE DE OLIVEIRA PEGADO

Aprovado em: _____/_____/_____

Nota_____

BANCA EXAMINADORA

PROFª. ESP. TATIANE GUEDES FERREIRA CORDEIRO- ORIENTADORA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS- FIP

PROFª. MS. AUCELIA CRISTINA SOARES DE BELCHIOR- 1° MEMBRO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS- FIP

PROFª. ESP. NECIENNE DE PAULA CARNEIRO PORTO- 2° MEMBRO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS- FIP

PATOS-PB
2012

Dedico este trabalho a Deus presente em todos os momentos da minha vida, e em especial a minha mãe, minha irmã, e meu sobrinho, pois sem a ajuda deles não seria possível realizar este sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais um sonho.

A minha querida mãe Edice Oliveira, que sempre me apoiou e me amou incondicionalmente, e não mediu esforços para que eu pudesse chegar tão longe. Que fez sacrifícios para me dar à oportunidade de realizar este sonho e me ensinou a ser uma pessoa de caráter, tudo que sou hoje devo a ela.

Ao meu pai Hidelman (in memórian), essa vitória não pertence somente a mim, mas a você também. Obrigado pelo exemplo que foi para mim.

A minha querida irmã Fernanda Oliveira que me ajudou de todas as formas possíveis, e esteve sempre comigo me apoiando, me dando forças nas horas mais difíceis de minha vida. Agradeço pelo carinho e por estarmos sempre juntas nos momentos mais importantes, e por poder contar com você.

Ao meu irmão (in memórian) Tancredo Oliveira, que quando em vida sempre esteve ao meu lado me ensinando, e me incentivando a prosseguir apesar das barreiras encontradas pelo caminho.

Ao meu lindo e amado sobrinho Renan, que é um presente de Deus na minha vida, ele é responsável por alegrar os meus dias, é quem me dá forças para prosseguir e vencer.

Agradeço a Dr. George e a Myrtes por me acolherem em seu lar, e por tudo o que fizeram por mim. Muito obrigado!

Ao meu namorado Júnior Leite pela paciência, e que apesar da distância sempre esteve ao meu lado, me dando forças e me apoiando para que esse sonho fosse realizado.

A minha querida orientadora Tatiane Guedes, por seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta monografia, que apesar das dificuldades e imprevistos que apareceram no decorrer do caminho, sempre esteve comigo. Sendo responsável por uma das maiores conquistas acadêmicas. Muito obrigado Tatiane, de coração!

Agradeço a todos os professores que tive durante a vida acadêmica, que com muito carinho e paciência passaram os seus ensinamentos, e contribuíram para o meu aprendizado.

A todos os preceptores e supervisores, em especial a Everson, Thiago, Eva, Polianne, Mariana, Tatiane, Jimena, Aline Guimarães, Aline Andrade, Thiciane e Paloma.

A banca examinadora Cristina Belchior e Necienne Porto por aceitarem participar de bom grado. Obrigada!

A minha querida amiga Jéssica Alves, pela parceria e amizade que começou desde o início do curso e que ficará para sempre. Agradeço pelos momentos alegres e difíceis compartilhados, dias de estudos, preocupação com provas, monografias. Levo comigo a saudade de tantos momentos especiais vividos com você. Obrigado por tudo!

As minhas amigas Aurileide, Cheila e Xirlene pelo incentivo, força, amizade, carinho que compartilhamos durante nossa caminhada.

Aos meus colegas de faculdade, em especial Adjara, Danielly, Lúcia, Carmita, Miguel, Marcílio, George, Igor e Eva. Sentirei saudades de todos os momentos especiais vividos junto com vocês.

Tenho consciência que esta vitória não se deu somente pela minha capacidade, mas sim porque ao meu lado tinham pessoas que acreditavam em mim.

LISTA DE ABREVIATURAS

SSVV- Sinais Vitais
VM- Ventilador Mecânico
SUS- Sistema Único de Saúde
SBV- Suporte Básico de Vida
TV- Taquicardia Ventricular
FV- Fibrilação Ventricular
FC- Freqüência Cardíaca
BPM- Batimento por Minuto
IOT- Intubação Oro Traqueal
SBA- Suporte Básico Avançado
RM- Ressuscitador Manual
SAV- Suporte Avançado de Vida
TEP- Tromboembolismo Pulmonar
FIO_2 – Fração inspirada de Oxigênio
PCR- Parada Cardiorrespiratória
AESP- Atividade elétrica sem pulso
CEP- Comitê de Ètica em Pesquisa
AHA- American Heart. Association
RCP- Reanimação Cardiopulmonar
RCE- Retorno da Artéria Espontânea
DEA- Desfibrilador Externo Automático
TVSP- Taquicardia Ventricular sem Pulso
SMEs- Serviços Médicos de Emergências
ICPs- Intervenções Coronárias Percutâneas
NDA- Nenhuma das Alternativas
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é sem dúvidas um evento que ocorre com freqüência na emergência dos hospitais, necessitando assim, aprimoramento das habilidades e atualização sobre as manobras de reanimação por parte dos profissionais. É uma emergência clínica que necessita de atendimento imediato, já que expõem os indivíduos ao risco eminente de morte. Esta pesquisa tem como objetivo investigar qual a atuação dos fisioterapeutas frente a uma PCR em um município do sertão paraibano. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório transversal de caráter descritiva com abordagem quantitativa, realizada em Hospital Regional de referência no município de Patos- PB. Os dados foram coletados através de um questionário previamente elaborado com 13 questões objetivas, no período de setembro de 2012. A amostra foi composta por 18 fisioterapeutas que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa, após ser lido e esclarecido e devidamente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir da análise e discussão dos dados foi possível observar que a maioria dos entrevistados é do gênero feminino, e se encontram na faixa etária entre 26 e 30 anos de idade, possuem titulação de especialista e atuam no serviço hospitalar á mais de 3 anos, porem não tem formação em primeiro socorros. Foi observado que a maioria dos fisioterapeutas consideram ser capazes de atuar na Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e relatam ter conhecimento prévio sobre as técnicas, além disso, pronunciaram iniciar a RCP por compressões torácicas sendo numa ordem de 30 para 2 ventilações demonstrando conhecimento básico dos protocolos. Também expuseram considerar ter função definida na RCP, mas apresentamos a necessidade de discussão e até sugestão para novas pesquisas sobre a problemática de respaldo legal e definir função ao fisioterapeuta, uma vez que, os outros profissionais da equipe têm suas funções definidas. Os resultados foram satisfatórios mostrando claramente que os fisioterapeutas são capacitados para atuarem diretamente diante de uma PCR, pois possuem conhecimento sobre a sua atuação na RCP de acordo com os resultados deste estudo.

Palavras - Chave: Fisioterapeutas, Parada Cardiorrespiratória, Reanimação Cardiopulmonar.

ABSTRACT

The cardiopulmonary arrest (CPA) is undoubtedly an event that occurs frequently in emergency hospital, needing thus improving skills and update on resuscitation by professionals. It is a medical emergency that requires immediate care, now that expose individuals to the risk of imminent death. It is a research-type exploratory cross-sectional descriptive character with a quantitative approach, performed in reference Regional Hospital in the city of Patos-PB. This research aims to investigate how the performance of physiotherapists front of a PCR in a hinterland municipality of Paraiba. Data were collected through a questionnaire previously prepared with 13 objective questions, from September 2012. The sample was composed of 18 physiotherapists who agreed to participate voluntarily in the study after being read and understood and signed the Instrument of Consent. From the analysis and discussion of the data it was observed that the majority of respondents were female, and are aged between 26 and 30 years of age, possess titration specialist and hospital services will operate in more than 3 years but it does not have training in first aid. It was observed that most therapists consider to be able to act in Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and report having prior knowledge about the techniques also commented begin CPR with chest compressions for an order of 30 to 2 ventilations demonstrating basic knowledge of protocols . Also consider having exposed function defined in CPR, but the need to present and to discuss suggestions for further research on the issue of legal support and define the function physiotherapist, since the other team professionals have their roles defined. The results were satisfactory showing clearly that physical therapists are trained to work directly in front of a PCR, because they have knowledge about their role in CPR according to the results of this study.

Keywords: Physical Therapist, Cardiopulmonary Resuscitation, Cardiopulmonary Resuscitation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Distribuição segundo as características da amostra	31
Tabela 02-	Distribuição dos dados relacionados ao conhecimento ou atendimento realizados pelos fisioterapeutas a vítimas de PCR	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Elos da Cadeia de sobrevivência de ACE adulto. Fonte: AHA, 2010. **20**

Figura 02. Resumo dos principais componentes do SBV Fonte: AHA, 2010 **22**

Figura 03. Algoritmo de SBA para profissionais de saúde. Fonte: Falcão, Ferez e Amaral, 2011. **22**

Figura 04. Algoritmo de SAV. Fonte: Falcão, Ferez e Amaral, 2011. **24**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **13**
1.1 OBJETIVOS 15

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **16**
2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) 16
2.2 RECONHECIMENTO DA PCR 16
2.3 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PCR 17
2.4 MODALIDADES DA PCR 18
2.5 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP) 19
2.6 SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) 19
2.6.1 RECONHECIMENTO DA RCP E COMPRESSÕES TORÁCICAS 20
2.6.2 SEQUÊCIA DA RCP 21
2.6.3 DESFIBRILAÇÃO 21
2.6.4 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV) 22
2.6.5 CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO 24
2.7 RCP E EQUIPE 25

3. METODOLOGIA **27**
3.1 TIPO E LOCAL DE PESQUISA 27
3.2 CAMPO E PERÍODO DA PESQUISA 27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 27
3.4 BENEFÍCIOS E RISCOS 28
3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA ANALISE E COLETA DE DADOS 28
3.6 ANÁLISE DOS DADOS 29
3.7 PROCEDIMENTO ÉTICO DA PESQUISA 29

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO **30**

5 CONSIDERACÕES FINAIS **38**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **40**

APÊNDICES **43**

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **44**

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO **46**

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR **48**

ANEXOS **49**

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL **50**

ANEXO B - PROTOCOLO DO COMITE DE ÉTICA **51**

1 INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma situação clínica altamente grave, onde a vítima necessita de atendimento imediato. Segundo Oliveira (2007), a PCR ou cessação dos batimentos cardíacos e movimentos respiratórios é uma emergência relativamente freqüente em qualquer serviço de atendimento pré-hospitalar. Alem disso o autor cita que em muitas situações em que o coração pára de bater, ainda há boas condições para recuperar seu funcionamento e manter a vida se a vítima recebesse um atendimento de emergência eficaz nos primeiros minutos**.** De acordo com o autor acima referido, aumentar os índices de sobrevivência as situações de PCR sempre foi uma anseio da humanidade e os serviços médicos de emergência investem esforços no sentido de, cada vez mais, oferecer tratamento adequado o mais rápido possível.

Para sobreviver a uma PCR são necessárias diversas intervenções fundamentais que envolvam reconhecimento imediato dos sinais de parada, o acionamento precoce do serviço de emergência, o início rápido das manobras de ressuscitação e a chegada da equipe de atendimento pré-hospitalar em poucos instantes (OLIVEIRA; PAROLIN; TEXEIRA, 2007). Já Bortolotti (2008) refere-se a reanimação cardiorrespiratória ou cardiopulmonar (RCP) como o conjunto de medidas terapêuticas utilizadas no tratamento da parada cardiorrespiratória.

É muito importante que os profissionais sejam treinados de forma adequada para o uso correto dos desfibriladores, dos dispositivos invasivos de vias aéreas, dos monitores hemodinâmicos e respiratórios. Os profissionais que possuem um conhecimento completo sobre a PCR e RCP, pode desempenhar um papel fundamental na detecção e no tratamento, através da adequação da assistência que envolve a consciência da importância do seu papel na prevenção, e a adesão ao padrão de ressuscitação. (SMELTEZER; BARE, 2006).

Nota-se que a PCR é uma situação emergencial, que necessita da assistência em equipe, conhecimento e condutas adequadas, para que a sobrevida da vítima seja alcançada. Neste sentido o fisioterapeuta é um dos profissionais de relevância na cadeia de sobrevida, em casos de emergência como a RCP consegue prestar os cuidados através da assistência ventilatória, permitindo assim a oxigenação e a manutenção do fluxo cerebral, entre outras atribuições. (Bortolotti, 2008).

Sabe-se que o prognóstico de pacientes com PCR ainda é muito ruim; uma parte pequena de pacientes consegue ter alta hospitalar e levar uma vida produtiva. Acredita-se que parte do prognóstico ruim da PCR deva-se à inadequada técnica de Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Recomenda-se que a equipe que presta a RCP deve ser reciclada na execução das manobras do suporte de vida (ventilação artificial e compressão torácica) e, também, ter conhecimento e domínio do conteúdo para execução deste procedimento de emergência. (PIRES; STARLING, 2006).

O profissional de Fisioterapia deve estar apto para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolver uma, pois este episódio representa a mais grave emergência clínica que se pode deparar. A avaliação do paciente deve ser rápida, pois na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. Sabe-se que cabe a toda a equipe assistir os pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico, assim, estes profissionais devem adquirir habilidades que os capacitem a prestar adequadamente a assistência necessária.

Então cientificamente este é um tema relevante, tendo em vista que abordará o conhecimento e a atuação do fisioterapeuta na RCP. Nesse sentido, pretende-se proporcionar contribuição acadêmica, buscando fornecer a estes e ao mundo cientifico informações adicionais de forma prática. Além disso, poderá colaborar para melhores abordagens aos pacientes em PCR, favorecendo uma maior sobrevida e melhor prognóstico. Logo o interesse em abordar o tema surgiu da necessidade em buscar maior conhecimento sobre o assunto, bem como, da preocupação em saber como o fisioterapeuta atua em uma parada cardiorrespiratória.

1.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Investigar qual a atuação dos fisioterapeutas em uma parada cardiorrespiratória em um município do sertão Paraibano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico da amostra;
- Analisar o conhecimento dos fisioterapeutas referente à Reanimação Cardiopulmonar (RCP);

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) constitui a mais grave situação médica existente. Aproximadamente 350.000 pessoas são vítimas de PCR por ano nos Estados Unidos, ocorrendo uma a cada 90 segundos, e as taxas de sobrevida após as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP) são baixas, variando de 4% a 33%, dependendo do trabalho. Apenas o atendimento rápido e sistematizado é capaz de aumentar a chance de resposta do paciente ás condutas. Para cada minuto sem RCP, a sobrevida do paciente vítima de PCR em fibrilação ventricular cai em 7% a 10 %. Quando as manobras de RCP são prontamente iniciadas, a redução da sobrevida ocorre de forma gradual, em média entre 3% a 4% por minuto. O mesmo fato acontece com a desfibrilação, cujas taxas de sucesso são maiores nos primeiros três a cinco minutos (SOUSA; JUNIOR; VERONESE, 2009). Oliveira (2007) relata que recuperação da circulação deve acontecer num período inferior a 4 minutos, caso contrário, poderão sobrevir alterações irreversíveis no cérebro, que é um dos tecidos mais sensíveis á falta de oxigênio.

Smeltzer e Bare (2006) acrescem tratando a PCR como os movimentos em que o coração para de produzir pulsos e circulação sanguínea constante, podendo suceder à parada respiratória que ocorre quando a atividade elétrica está presente, mais não existe contração ou então o volume circulante não é satisfatório.

É também uma situação dramática responsável por um elevado índice de mortalidade mesmo em situações de atendimento ideal e a doença coronariana é a principal causa de PCR em adultos (AHA, 2005). Chan e Auler 2002 citam que a incidência de parada cardíaca durante anestesia varia na literatura, desde 1: 82.641 a 1: 2.500.

2.2 RECONHECIMENTO DA PCR

A constatação da PCR é importante, pois permite iniciar manobras de reanimação mesmo antes da chegada de outras pessoas ou de equipamento adequado, contribuindo para uma não deterioração do SNC e outros órgãos nobres.

A vítima apresenta-se inconsciente, não responsiva, com ausência de movimentos respiratórios, ausência de batimentos cardíacos além de apresentar palidez, pele fria e úmida, presença de cianose no corpo e dilatação pupilar, no qual determina falta de oxigenação cerebral (BORTOLOTTI, 2008).

O diagnostico da PCR pode ser feito por meio de observação da ausência de respostas a estímulos, ausência de pulsos carotídeos ou femorais, identificação do ritmo eletrocardiográfico. É importante fazer uma avaliação das pupilas, visto que está fornecerá subsídios importantes na detecção de lesão cerebral; quarenta e cinco segundos após a interrupção da circulação iniciam-se a dilatação das pupilas, atingindo a dilatação máxima em torno de um minuto e quarenta e cinco segundos. Desta forma, sabe-se que, com a presença de midríase paralíticas, um minuto do período de reversibilidade de lesão cerebral foi perdido (SANTORO, OLIVEIRA; 2007). Já a American Heart Association (AHA, 2005) relata que o rápido reconhecimento corresponde à inconsciência, ausência de pulso e respiração.

O risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto a partir do momento da interrupção da circulação. O intervalo varia com a idade e com as condições subjacentes do paciente. Durante esse período, o diagnóstico de parada cardíaca deve ser feito e devem ser imediatamente empreendidas as medidas para restaurar a circulação (SMELTEZER; BARE, 2006).

É importante ressaltar que existem sintomas que podem por vezes ser precedentes a uma PCR como dor torácica, sudorese, palpitações precordiais, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, e sinais de baixo débito cardíaco (OLIVEIRA; PAROLIN; TEIXEIRA, 2007).

2.3 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PCR

Segundo Pires e Starling (2006) as situações com maior risco de evoluir para uma PCR são: cardiopatias; hipertensão arterial; diabetes; antecedentes familiares com morte súbita por reação anafilática; choque; anóxia; afogamento; obstrução de vias aéreas; broncoespasmo; entre outros.

Além disso, é sabido que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte entre homens e mulheres nos Estados Unidos e no Brasil. As doenças coronarianas agudas e as cerebrovasculares são as primeiras relacionadas às mortes súbitas (AHA, 2005).

2.4 MODALIDADES DA PCR

São observados habitualmente quatro padrões básicos de arritmias cardíacas presentes na PCR, sendo eles: Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso, Fibrilação Ventricular (FV), assistolia e Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

Os autores supracitados ainda caracterizam taquicardia ventricular (TV) sem pulso por apresentar batimentos ectópicos ventriculares rápidos e sucessivos geralmente degenera em fibrilação ventricular. Apresenta-se com freqüência maior que 100bpm e não superior a 220bpm. Com complexo QRS maiores que 0,12 segundos ou mais, com segmento ST e onda T com polaridades opostas ao QRS. Esta alteração eletrocardiograma está associada à ausência de pulso palpável.

A FV é caracterizada pela desorganização elétrica ventricular, no traçado do eletrocardiograma, não há complexos QRS de aparência normal, a frequência cardíaca é elevada e desorganizada, entre 80 e 300bpm. O ritmo é irregular, com ondas variando no tamanho e na forma (BORTOLOTTI, 2008).

A assistolia caracteriza-se pela ausência de estímulos elétricos ventriculares espontâneos. Em grandes números de vezes, ela apresenta estágio final do processo evolutivo da PCR fibrilatória e da atividade elétrica sem pulso (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003).

A AESP se caracteriza por ritmo elétrico que usualmente deveria estar associado a pulso central. O tratamento nunca deve ser realizado através de choque por que já apresenta atividade elétrica ventricular organizada potencialmente capaz de gerar pulso central. Uma atitude clinica importante no tratamento da AESP é a determinação da sua causa e aplicação do tratamento específico. São onze as causas reversíveis no qual são nomeadas de 5H e 5T, são eles: Hipóxia, Hipovolemia, H+ (acidose metabolica), Hipo/Hipercalemia, Hipotermia, tamponamento cardíaco, tromboembolismo pulmonar (TEP), trombose de coronária, tensão (pneumotórax hipertensivo), tóxico (MARTHINS; DAMASCENO; AWADA, 2008; FALCÃO; FERZ; AMARAL, 2011).

2.5 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)

O termo reanimação cardiopulmonar engloba varias medidas terapêuticas visando à recuperação das funções cardio-circulatórias, respiratórias e a integridade funcional do sistema nervoso central (BORTOLOTTI, 2008).

Há alguns anos, acreditava-se que não era possível realizar qualquer manobra para reverter uma parada cardiorrespiratória, no entanto, a prática da ressuscitação cardiopulmonar foi introduzida na década de 50, quando se verificou a reanimação após uma parada cardíaca era possível. Na década de 60, a técnica proposta por Kouwenhaven e Judeu, descreveu a passagem do sangue pelo coração parado, quando assim aplicado uma massagem sobre o esterno de encontro á coluna vertebral. A partir daí, cada vez mais se discute sobre técnicas em busca de melhores resultados (PIRES; STARLING, 2006).

2.6 SUPORTE BÁSICO DE VIDA (SBV) E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA (SAV)

A American Heart Associacion (AHA) refere-se às diretrizes da RCP e ao Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) e se baseiam em um processo internacional de avaliação de evidências, envolvendo centenas de cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliaram, discutiram e debateram milhares de publicações revisadas por pares. São diretrizes utilizadas em todo o mundo.

O SBV é configurado como sendo um conjunto de medidas que deve ser ofertado ao paciente de uma forma seqüenciada, quando presente a PCR. Os aspectos fundamentais incluem reconhecimento imediato da parada cardíaca e acionamento do serviço de emergência, RCP precoce, desfibrilação rápida. E o Suporte Avançado de Vida (SAV) incluem SVA adequado e cuidados pós-PCR (AHA, 2010) (Figura 1).



Figura 1: Elos da Cadeia de sobrevivência de ACE adulto. Fonte: AHA, 2010.

2.6.1. Reconhecimento da RCP e Compressões Torácicas

Na nova diretriz da AHA (2010), deu-se grande ênfase para o atendimento de qualidade com compressões torácicas rápidas e fortes, devendo a desfibrilação e o atendimento avançado a serem realizados de forma a minimizar as interrupções na RCP. O socorista deve avaliar, de forma rápida, a presença de parada cardíaca, chamando o paciente e identificando apneia ou desconforto respiratório tipo gasping[1]. Mesmo com a demora e a dificuldade para checar pulso, a recomendação continua sendo não ultrapassar mais que dez segundos. As compressões torácicas consistem em aplicações rítmicas e fortes na metade inferior do esterno, devendo ser realizadas rapidamente em todos os pacientes que se encontra em parada cardíaca. Elas são efetivas quando aplicadas de forma intensa e rápida, com uma freqüência de no mínimo cem por minuto e uma profundidade de no mínimo 5 cm. O retorno completo do tórax deve ocorrer após cada compressão, permitindo que o coração se encha completamente antes da próxima compressão. A relação compressão-ventilação de 30:2 deve ser realizada até a utilização de um dispositivo avançado de via aérea, que passará para compressões torácicas contínuas (no mínimo, cem por minuto) e uma ventilação a cada seis a oito segundos (oito a dez ventilações por minuto). Com isso o procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da seqüência de RCP e apenas aplicar a relação 30:2.

[1] Cursa de resposta a perfusão cerebral diminuída e/ou à hipoxia. Considerado um fenômeno de "auto-reanimação" importante em humanos que sofrem de parada cardíaca (ZUERCHER et al, 2010).

2.6.2 Seqüência da RCP

Um outro aspecto citado no AHA (2010) refere-se a ênfase na mudança no sentido de se recomendar o início da RCP através da compressão torácica antes da ventilação (C-A-B, em vez de A-B-C). Essa alteração reflete a crescente evidência da importância das compressões torácicas. O segundo passo, após realizadas compressões de alta qualidade, tem início com a abertura das vias aéreas, podendo ser realizada pela hiperextensão do pescoço (manobra de head tilt-chin lift), quando não há evidência de trauma craniano ou cervical e se houver suspeita de lesão cervical, deve-se utilizar a manobra de abertura das vias aéreas através da anteriorização da mandíbula sem hiperextensão do pescoço (manobra de jaw trust).

2.6.3 Desfibrilação

Sabe-se também que o uso de desfribilação consiste no tratamento de escolha para a fibrilação ventricular (FV). Estudos prévios demonstram uma sobrevida diminuída a cada minuto que passa de 7% a 10% sem uso dessa técnica (PIRES; STARLING, 2006). Santoro e Oliveira (2007) adicionam que o choque elétrico deve ser aplicado rápido por qualquer membro da equipe que chegue primeiro a beira do leito do paciente. A dose atualmente utilizada é para adultos 150 Joules (J) a 200 J para uma onda bifásica e cerca de 360 J para uma onda monofásica.

As diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam estabelecer programas de Desfibriladores automáticos externos (DEAs/DAEs) em locais públicos nos quais exista a probabilidade relativamente alta de PCR presenciada para aumentar as taxas de sobrevivência em PCR súbita extra-hospitalar. Para a eficácia desses programas, a AHA continua enfatizando a importância de organizar, planejar, treinar, equipes e estabelecer um processo de continuo aperfeiçoamento.

A figura 2 abaixo representa um resumo dos principais componentes do SBV e a figura 3 o algoritmo de SBA para profissionais de saúde:

Tabela 1
Resumo dos principais componentes de SBV para adultos, crianças e bebês*

Componente	Recomendações		
	Adultos	Crianças	Bebês
Reconhecimento	Não responsivo (para todas as idades)		
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)	Sem respiração ou apenas com gasping	
	Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades (apenas para profi ssionais de saúde)		
Sequência da RCP	C-A-B		
Frequência de compressão	No mínimo, 100/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)	No mínimo 1/ do diâmetro AP Cerca de 2 polegadas (5 cm)	No mínimo 1/ do diâmetro AP Cerca de 1½ polegada (4 cm)
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos		
Vias aéreas	Inclinação da cabeça-elevação do queixo (profi ssionais de saúde que suspeitarem de trauma: anteriorização da mandíbula)		
Relação compressão-ventilação e colocação via aérea avançada	30:2 1 ou 2 socorristas	30:2 Um socorrista 15:2 Profissional de Saúde	
Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente	Apenas compressões		
Ventilações com via aérea avançada (profissionais de Saúde	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações/min) Assíncronas com compressões torácicas - Cerca de 1 segundo por ventilação - Elevação visível do tórax		
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.		

Abreviações: DEA/DAE, desfibrilador automático externo; AP, anteroposterior; RCP, ressuscitação cardiopulmonar; PS, profissional da saúde.
*Excluindo-se recém-nascidos, cuja etiologia da PCR é, quase sempre, asfíxica.

Figura 2: Resumo dos principais componentes do SBV Fonte: AHA, 2010

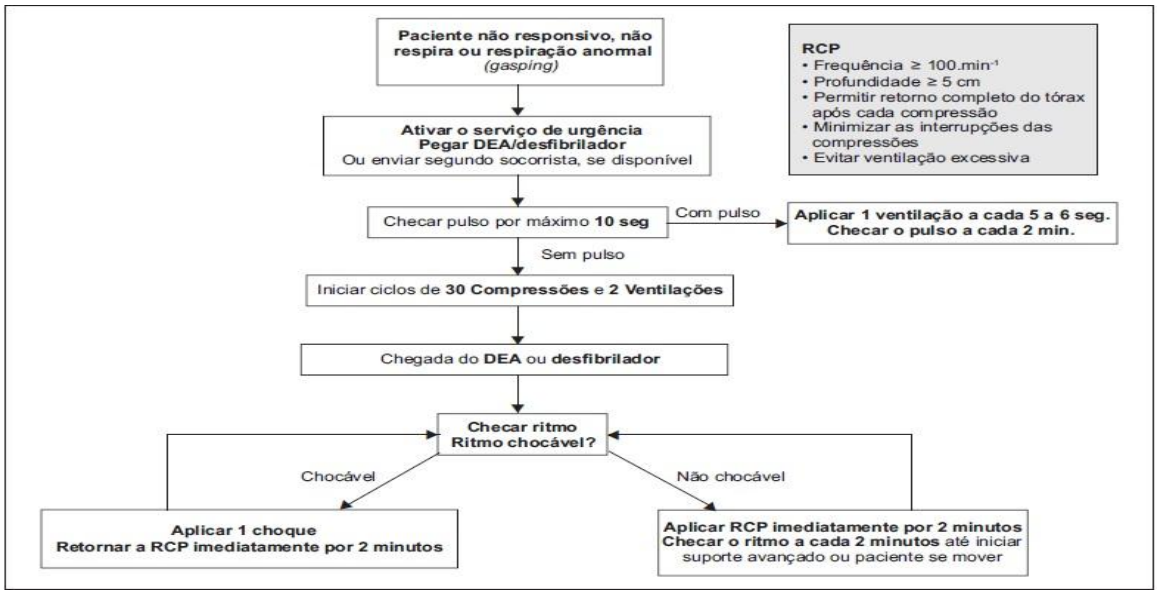


Figura 3: Algoritmo de SBA para profissionais de saúde. Fonte: Falcão, Ferez e Amaral, 2011.

2.6.4 Suporte Avançado de Vida (SAV)

De acordo com Sousa Junior Veronese (2009) após a desfibrilação não deve perder tempo com a avaliação de pulso ou ritmo e a RCP deve ser reiniciada de imediato por dois minutos, ou cinco ciclos de 30:2. Durante esse período são colocados os cabos do monitor para facilitar as avaliações futuras do ritmo. Eles orientam que é absolutamente necessário acesso venoso, preferencialmente na

região anti-cubital (nos casos em que o acesso venoso não for possível, a segunda opção é a via intra-óssea, seguida da via cânula traqueal). Está última via apenas é permitida para drogas como a vasopressina, atropina, naloxona, epinefrina e lodocaína, sendo administrada com dose de 2 a 2,5 vezes superior aquela preconizada pela via intravenosa. A exceção é a vasopressina, que mantém sua dose habitual.

De acordo com Ladeira (2009), deve ficar claro que, por mais avançado que sejam os recursos disponíveis para o atendimento da PCR, o suporte básico de vida é crucial para a manutenção da perfusão e da oxigenação cerebral e coronariana. O autor supracitado relata que no suporte avançado, a identificação do ritmo cardíaco é feito através das pás do monitor cardíaco, poupando tempo durante o atendimento por permitir a rápida desfibrilação, caso seja indicada. O autor ainda afirma que através da identificação do ritmo cardíaco pelas pás, podemos dividir a PCR em duas modalidades: ritmo de FV/TV sem pulso (ritmos que merecem choque imediato), ou ritmos de assistolia ou atividade elétrica sem pulso (ritmos que não devem receber desfibrilação).

Um diferencial no SAV é o uso da forma de onda da capnografia quantitativa para a confirmação e a monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade da RCP e o cuidado sistemático pós-PCR após o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) deve continuar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com tratamento multidisciplinar especializado e avaliação do estado neurológico e fisiológico do paciente com a possibilidade, muitas vezes, do o uso de hipotermia terapêutica (AHA, 2010).

O algoritmo de PCR do SAV enfatiza a RCP de alta qualidade e desfibrilação precoce para FV/TV sem pulso (Figura 4). O acesso vascular, a administração de fármacos com novos protocolos e a colocação de via aérea avançada, embora ainda recomendados, não devem causar interrupções significativas nas compressões torácicas, nem retardar os choques (AHA, 2010).

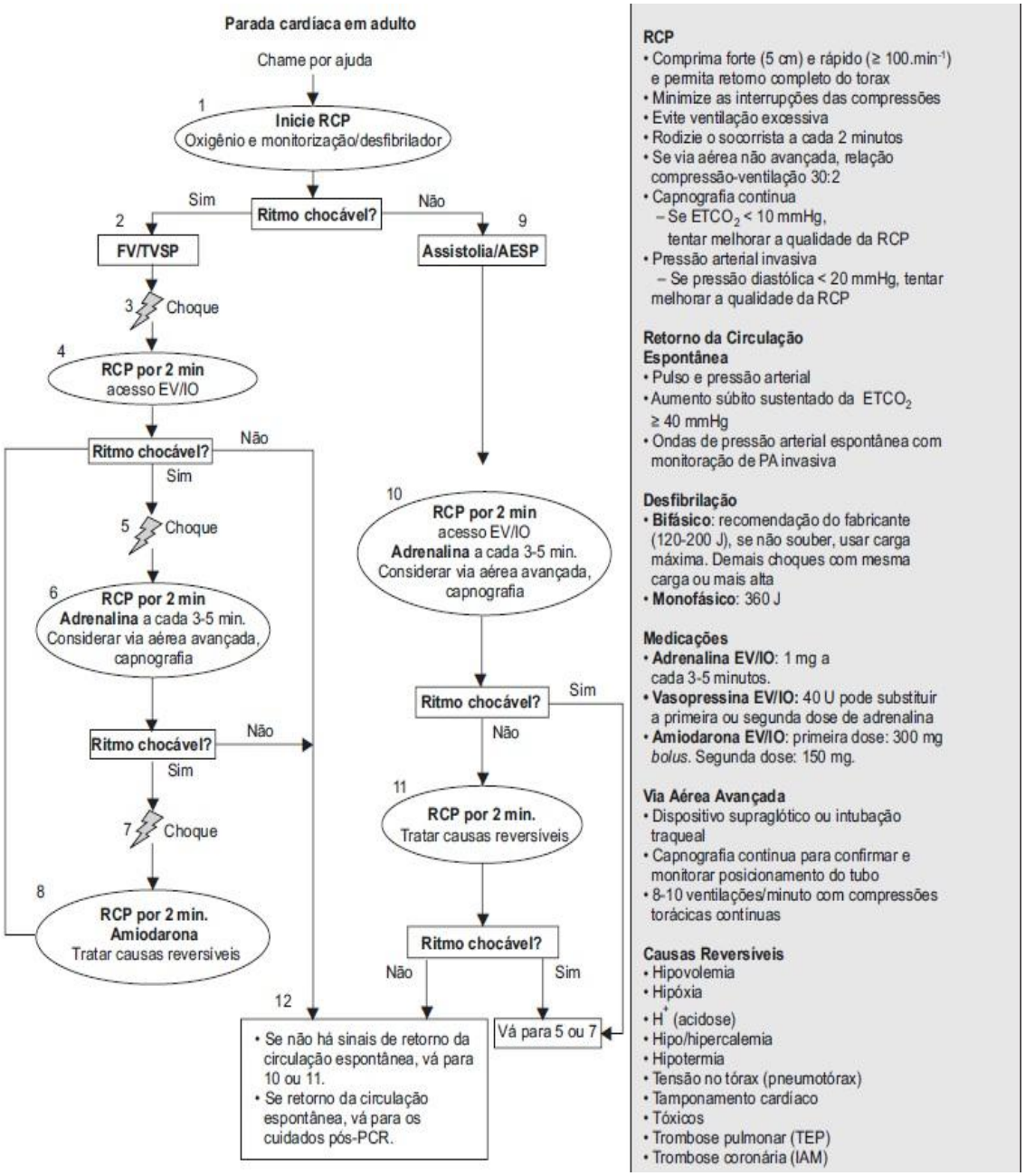


Figura 4: Algoritmo de SAV. Fonte: Falcão, Ferez e Amaral, 2011.

2.6.5 Cuidados Pós-Reanimação

Na estabilização clínica deve-se checar a cânula de intubação oro traqueal (IOT), o acesso venoso, deve-se realizar monitorização cardíaca, oximetria, exames, correção de distúrbios hidroeletrícos e ácido base. Alem disso, deve-se promover a estabilização hemodinâmica para evitar hipotensão. Em seguida, encaminhar para uma UTI e manter a observação (VERVLOET, IRUSTA 2009).

Para Gonzalez, Timerman e Born (2009), após a reversão da PCR, alguns cuidados são necessários para impedir a deterioração da vítima e possibilitar a melhor condição possível para sua recuperação. Os autores citados afirmam que a avaliação deve ser realizada periodicamente, sobretudo após o menor sinal de piora clínica. Contudo eles ainda afirmam que a verificação do correto posicionamento da cânula e da adequação das ventilações assegura a boa oxigenação do paciente.

Mesmo após o RCE e a estabilização inicial do paciente, a mortalidade ainda é alta, com a maioria das mortes após a reanimação ocorrendo nas primeiras 24 horas. Por este motivo alguns cuidados devem ser tomados para impedir a deterioração do estado da vítima e aumentar as possibilidades de recuperação (SOUSA JUNIOR ; VERONESE 2009). Os objetivos iniciais do atendimento de pós-ressuscitação são: aperfeiçoar a função cardiopulmonar e a perfusão sistêmica, principalmente a cerebral, transportar o paciente, quando em situações extra-hospitalar, para unidade que permita a monitorização e suporte adequado, identificar as causas da parada e iniciar condutas que possibilitem aumentar a sobrevida a longo prazo, com a minimização dos danos neurológicos

Um ponto que atualmente foi discutido na nova diretriz é a monitorização da saturação arterial da oxi-hemoglobina, sendo indicada a administração suplementar de oxigênio com fração inspirada de oxigênio (FIO_2) mínima para manter a saturação arterial ≥ 94%, evitando hiperóxia sem deixar de assegurar a administração adequada de oxigênio (AHA, 2010).

2.7 RCP E EQUIPE

Pode-se dizer que agilizar intervenções na RCP requer garantir que as equipes estejam bem treinadas para reconhecer as necessidades e executar as diferentes intervenções no menor tempo possível (AHA, 2010).

O treinamento deve se concentrar na capacidade de formar uma equipe à medida que cada socorista chegue ao local de designar um líder para a equipe, caso vários socoristas estejam presentes. Á medida que chegue mais pessoas, as responsabilidades pelas tarefas que, normalmente seriam executadas em seqüências pelos poucos socoristas, podem ser delegadas a uma equipe de profissionais que as executara de forma simultânea. Por essa razão, o treinamento em SBV para profissionais de saúde não só deve proporcionar capacitação

individual, como também ensinar os socoristas a trabalharem de forma eficaz (AHA, 2010).

Conforme a diretriz supracitada há também a necessidade do acompanhamento pós PCR para melhorar o quadro clínico do paciente. Deve consistir de um sistema abrangente, estruturado, integrado e multidisciplinar de cuidados pós-PCR, que deve ser implantado de maneira consistente. O tratamento deve incluir suporte cardiopulmonar e neurológico; hipotermia terapêutica e intervenções coronárias percutâneas (ICPs) devem ser executadas pela equipe quando indicadas.

Segundo o AHA, 2010 é muito importante a aplicação da RCP em equipe, porque as ressuscitações na maioria das vezes e dos serviços Médicos de Emergência (SMEs) envolvem equipes de socoristas cujos membros executam varias ações simultaneamente. Um socorista, por exemplo aciona o serviço de urgência/emergência, enquanto o segundo inicia-se as compressões torácicas, um terceiro aplica ventilações ou busca a bolsa-valvula-mascara/ insuflador manual para ventilações de resgate, e um quarto busca configurar um desfribilador.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO E LOCAL DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório, transversal de caráter descritiva com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados por meio de um levantamento em um hospital estadual, a fim de determinar a atuação dos fisioterapeutas em uma parada cardiorrespiratória em um município do sertão paraibano. Conforme Netto (2006, p. 09). “A pesquisa exploratória descritiva estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa, e visa oferecer informações sobre o objetivo desta e orientar sobre a formulação de hipóteses”. Oliveira (2005) descreve o método quantitativo como aquele que quantifica dados obtidos através de informações colhidas por meio de questionários, entrevistas e observações.

3.2 CAMPO E PERÍODO DA PESQUISA

Foi escolhido como cenário da pesquisa o hospital estadual de referência do sertão paraibano, por oferecer condições necessárias para tal, levando em consideração ser aquele que abrange o atendimento adulto de urgência e emergência além de ser um hospital de grande porte conforme Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). O período que foi aplicado à coleta de dados foi durante o segundo semestre de 2012, especificamente em setembro, após a aprovação do projeto pelo comitê de ética.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa abrange profissionais fisioterapeutas e a amostra foi constituída por 18 fisioterapeutas do setor de urgência, emergência, enfermarias, UTI, que aceitaram participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram incluídos Fisioterapeutas que atuam no âmbito hospitalar do hospital supracitado de ambos os gêneros e de qualquer faixa etária, e que tenha mais de seis meses de atuação em

fisioterapia hospitalar. Foram excluídos os fisioterapeutas que não assinaram o TCLE e aqueles que responderam o questionário de maneira incompleta. Os fisioterapeutas foram informados quanto ao objetivo da pesquisa, bem como foi comprometido o sigilo das informações coletadas durante a pesquisa.

3.4 BENEFÍCIOS E RISCOS

A participação neste estudo é considerada estritamente voluntária. Portanto, não terão reembolso ou compensação financeiramente de nenhuma maneira. Então ainda que não haja benefícios diretos para o participante, ele poderá certamente ter orgulho de saber que, sua participação terá ajudado o progresso da ciência e da reabilitação. Os resultados deste estudo estão disponíveis para o voluntário, e oferecerão risco mínimo aos seus participantes, como por exemplo, algum tipo de constrangimento ao responder o questionário, mas que podem ser minimizados com a orientação e explicação dos objetivos do estudo aos participantes.

3.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Oliveira (2005, p.31) diz: “Para o levantamento de dados, é preciso selecionar instrumentos adequados que preenchem os requisitos de validez, confiabilidade e precisão”. Neste sentido, os dados foram coletados através da aplicação de um questionário estruturado e elaborado pela autora desse estudo, disposto de treze perguntas objetivas que atenderam aos objetivos da pesquisa (APÊNCICE B). Cada questão do instrumento foi lida, explicada e retirada as duvidas, caso necessário, recebido pela autora num outro momento. Antes de serem coletados os dados foi solicitada a instituição o qual se realizou a pesquisa, um requerimento de autorização de pesquisa para o local determinado (ANEXO A). Em seguida, o projeto da pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos - FIP, com o objetivo de ser analisado dentro dos processos bioéticos de pesquisa em seres humanos e após liberado e aprovado parecer favorável será executada a pesquisa. A qual foi assegurada os esclarecimentos necessários para o adequado consentimento, e de possíveis dúvidas referentes ao questionário. Também foi realizado antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do TCLE, deixando livre a decisão dos mesmos

em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda, desistirem em qualquer fase do estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados por meio do programa Microsoft Excel 2007, apresentados em tabelas, onde foram analisados estatisticamente com apresentação de números absolutos e percentuais. A discussão foi de acordo com a literatura pertinente.

3.7 PROCEDIMENTO ÉTICO DA PESQUISA

A pesquisa foi encaminhada ao comitê de ética em pesquisa (CEP) das faculdades integradas de patos (FIP), localizado no município de Patos- PB, para obtenção do consentimento legal para a realização da pesquisa á luz dos princípios éticos. A pesquisa foi realizada após aprovação pelo CEP através do protocolo n° 125/2012 e após a autorização do presidente do Núcleo de Estágios, Capacitação, Eventos e Transferências do Hospital Regional Deputado Jandhuy Carneiro (NECET), solicitada através de um oficio elaborado pela coordenação do curso de bacharelado em fisioterapia das faculdades integradas de Patos, levando em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, conforme descrito na resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996). E conforme termo de confiança expedido pelo pesquisador (APENDICE C). Como relatado anteriormente utilizou-se o TCLE, garantindo aos participantes a liberdade de escolha, e também de desistência sem qualquer dano, assim como sigilo das informações e prevenção do anonimato durante todo o estudo, assegurando assim a conduta ética responsável.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil sócio demográfico da amostra foi demarcado na tabela 1. Revela uma predominância de jovens fisioterapeutas, 08 (44,44%) na faixa etária de 26 a 30 anos, atuando no setor. Lima et al (2009) verificam dados semelhantes, com uma média de 30 anos de idade na amostra utilizada em seus estudos sobre a atuação dos fisioterapeutas no setor hospitalar. Observou-se também a maioria do gênero feminino, 14 (77,77%), segundo Pastore e Rosa (2008) a predominância da mão de obra feminina no setor da saúde está relacionada ao fato das mulheres exercerem funções voltadas para o processo de cuidar. Em relação ao tempo de formação, 08 (44,44%) dos entrevistados, apresentaram mais de 3 anos de formado. Este último dado nos remete a um tempo razoável, e que não comprometeu a aquisição dos dados requeridos para o objetivo do trabalho.

Com relação ao tempo de atuação no âmbito hospitalar a maior parte dos entrevistados, 09 (50%), tinham 3 anos ou mais (*Tabela 1*). Este dado é importante uma vez que retrata o tempo de experiência na prática da profissão. Em um estudo realizado com fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva de hospitais da zona sul da cidade de São Paulo, verificou-se que a média de tempo de profissão dos mesmos firmava-se em 8,99 anos (MARANGONI; SILVA; LAR. 2005).

Referindo-se à qualificação profissional, 12 (66,66%) da amostra eram especialistas e 13 (72,22%) não tinham capacitação em primeiros socorros (*Tabela 1*). Tendo em vista o objetivo deste estudo, esta é uma informação importante, pois apesar da maioria dos fisioterapeutas serem especialistas a minoria tem curso específico em primeiros socorros e isto pode ser considerado um déficit quando falamos de profissionais que exerce suas funções no âmbito hospitalar. Siell, Wella e Field (2004) expõem que o conhecimento das manobras RCP é prioridade de todo profissional de saúde. As principais causas de parada cardiorrespiratória (PCR) são endêmicas e exigem de qualquer profissional constante aperfeiçoamento no que se refere à RCP, tornando o treinamento e a educação continuada essenciais ao atendimento qualificado de PCR. O conhecimento específico é muito importante para o desenvolvimento de diversas habilidades. Sabe-se que as informações e técnicas utilizadas estão em constantes mudanças, por isso, há necessidade da troca permanente de conhecimentos durante a realização de cursos que visem à

capacitação profissional. Lima et al.(2009) verificam uma média de 3 a 4 anos para a realização da pós-graduação após a formação acadêmica.

Calil e Paranhos (2007) acrescentam que os fisioterapeutas que atuam nos serviços de emergências devem ser especializados, treinados e organizados e ter alto poder de liderança para que possam atuar junto á equipe. È necessário que sejam profissionais competentes, que desenvolva conhecimentos na área, com habilidades motoras para as tomadas de decisões rápidas. Cabe salientar que a maior parte dos fisioterapeutas que trabalham neste hospital pesquisado, de referência da cidade, é plantonista em setores de pacientes críticos como UTI, urgência e emergência, sala de pacientes neurológicos agudos graves, entre outros.

Tabela 01- Distribuição segundo as características da amostra

Características Sócio demográficas	n (%)
Faixa etária (anos)	
20-25	06(33,33)
26-30	08(44,44)
31-35	02 (11)
36-40	01(5,55)
≥ 41	01 (5,55)
Gênero	
Feminino	14 (77,77)
Masculino	04 (22,22)
Tempo de formação	
06 meses - 1 ano	03 (16,66)
1 – 2 anos	03 (16,66)
2 – 3 anos	04 (22,22)
>3 anos	08 (44,44)
Tempo de atuação no âmbito hospitalar (em anos)	
1	06 (33,33)
2	03(16,66)
≥3	09 (50)
Qualificação profissional (especialização)	
Sim	12(66,66)
Não	06(33,33)
Formação em primeiros socorros	
Sim	05(27,77)
Não	13(72,22)

Tabela 01- Distribuição segundo as características da amostra

TOTAL	18 (100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A segunda parte do questionário trata da atuação do fisioterapeuta frente à RCP. Na tabela 2 os fisioterapeutas consideram ser capazes de atuar diante de uma PCR, sendo 13 (72,22%). Acreditamos que essa confiança e segurança relatada pelos entrevistados devam-se talvez a prática do dia-a-dia tendo em vista que a maioria não tem formação em primeiros socorros. Quanto aos protocolos e técnicas de RCP todos os entrevistados responderam que tem total conhecimento. Em uma pesquisa realizada em São Paulo sobre o conhecimento dos estudantes do oitavo período de enfermagem sobre PCR, considerou-se que 63% destes responderam corretamente quanto ao tema (REIS; FERREIRA, 2007).

Apesar dos dados encontrados nos estudos relatados acima, várias pesquisas demonstram a necessidade de realizar treinamentos e cursos regularmente. Em um estudo realizado pelo Medical Center of Central Geórgia, demonstrou que pacientes em PCR atendidos por enfermeiros treinados previamente aumentou a sobrevida destes pacientes em 38% comparados a enfermeiros que não tiveram este treinamento (CARVALHO; LEITAO, 2004). Bellan; Araújo e Araújo (2010) sugerem que programas de capacitação devam ser aplicados regularmente, pois há um nítido declínio de conhecimento com o decorrer do tempo. Como também Perdersoli et al. (2011), enfatizam a importância do conhecimento para a realização de determinados procedimentos em situações mais complicadas.

Encontrou-se que 13 (72,22%) dos fisioterapeutas julgam-se capazes de atuar diante de uma PCR e 12 (66,66%) destes relatam que o tempo de insistência na RCP no seu setor de trabalho é de 15-30 minutos. Em relação ao tempo de RCP pode-se dizer outrora como por exemplo nos estudos de Bertelli (1999), referente as relações entre duração da parada cardiorrespiratória e suas conseqüências nas vítimas de trauma, que o tempo de PCR < 4 minutos e de RCP < 20 minutos estava relacionado com uma sobrevida superior a 72 horas, mas em novos estudos descritos no guideline do AHA (2010), sabe-se que realmente a sobrevida é o número total de compressões aplicadas durante a ressuscitação e o número de compressões aplicadas, é afetado pela freqüência de compressão e pela fração da

compressão (a parte do tempo total de RCP dedicada à execução das compressões); sendo os aumentos na freqüência e na fração da compressão elevam o total de compressões aplicadas, e que reduções na freqüência e na fração diminuem o total de compressões aplicadas. A fração da compressão melhora com a redução do número e da duração das interrupções nas compressões, e é reduzida por interrupções frequentes ou longas nas compressões torácicas. Basket; Lim (2004) e Torres; Batista (2005) discute sobre essas questões, afirmam que uma reanimação deve ser descontinuada quando todos os recursos já tiverem sido utilizados e já tenha ultrapassado mais de 20 minutos.

Verificou-se que 14 (77,77%) dos fisioterapeutas iniciam a RCP pelas compressões. Este resultado é muito importante, pois demarca uma mudança recente nos protocolos de atuação na RCP, como referem Falcão, Ferez e Amaral (2011) em seu artigo “Atualização das diretrizes de Ressucitação Cardiopulmonar de interesse do anestesiologista” quando enfatiza a modificação da sua ordem de realização da RCP, iniciando-se pelas compressões torácicas, para, em seguida, prosseguir para as vias aéreas e respiração (C-A-B, em vez de A-B-C).

Segundo as respostas dos fisioterapeutas, era solicitada aos mesmos a realização de todas as funções (38,88%), tanto pelo médico, como por outros profissionais da equipe, como pode ser visto na Tabela 2.

Em relação á quantidade das compressões no momento da RCP, 14 (77,77%) dos fisioterapeutas responderam que são 30 compressões para 2 ventilações. Segundo o protocolo sugerido pela American Heart Association (2010), utilizado mundialmente revela que são indicados 30 compressões para 2 ventilações. As compressões torácicas produzem uma pequena quantidade de fluxo sanguíneo para os órgãos vitais, como coração e cérebro, devem ser realizadas com freqüência e profundidade adequada, para permitir o fluxo sanguíneo no momento da RCP. Apesar da relação 30:2 na RCP não ser um protocolo novo, os estudos de Neves et. al (2010), sobre o conhecimento de fisioterapeutas na atuação em suporte básico de vida tiveram resultados divergentes a nossa pesquisa pois demonstrou que apenas 25% dos profissionais fisioterapeutas que trabalham em ambiente hospitalar e 10,2% de estudantes fisioterapeutas sabem deste dado.

A maioria dos fisioterapeutas responderam, 11 (61,11%) que conectam o paciente ao ventilador mecânico durante a RCP. Não foi encontrado nada na literatura referente a este dado, porém sabe-se que para uma RCP de alta qualidade

a ênfase relaciona-se com as compressões torácicas, freqüência e profundidade, alem da sequência do resgate C-A-B iniciando pelas compressões e não ventilações, demonstrando tal importância (AHA, 2010; FALCÃO; FEREZ E AMARAL, 2011).

Os fisioterapeutas relataram que conhecem sobre a finalidade de cada medicação administrada durante a RCP, sendo 13 (72,22%). Apesar do cuidado na administração de fármacos não ser responsabilidade direta do fisioterapeuta, cabe salientar que a técnica de RCP é bem sucedida quando executada em equipe, devendo todo profissional participante ter conhecimento do que está sendo utilizado. Marthins; Damasceno e Awada (2008) relatam que nenhuma situação clínica supera a rapidez da necessidade de assistência ao atendimento a PCR, na qual o reconhecimento e a eficiência das intervenções são cruciais para um melhor atendimento. O conhecimento dessas informações é de fundamental importância tanto para o serviço de saúde como para o paciente. No estudo de Reis e Ferreira (2007) quando alunos de enfermagem foram questionados sobre fármacos mais utilizados para o tratamento da PCR obteve-se grande índice de acertos.

Conforme relatado na pesquisa de Timerman et al. (2010), em 2008 na Bélgica foi discutida e aprovada por unanimidade a proposta da presença de Desfibrilador Externo Automático (DEA) para uso público ou para indicar a direção para mover-se e para alcançar o DEA e com isso deve facilitar a identificação rápida em locais públicos, local para uso imediato em uma vítima de parada cardíaca. Com isto cada vez mais o desfibrilador deverá fazer parte do nosso dia-dia, estando presentes em supermercados, shoppings, praças, e entre outros lugares. Neste estudo identificou-se que 13 (73,22%) dos fisioterapeutas acreditam que o desfibrilador deve ser utilizado nos casos de Taquicardia ventricular sem pulso (TVSP). Para isto é necessário o conhecimento básico de eletrocardiograma (REIS, FERREIRA, 2007), e positivamente os fisioterapeutas responderam corroborando com as informações do AHA (2010) de que existem dois ritmos chocáveis a TVSP e a Fibrilação ventricular (FV).

Em relação à melhora na conduta da vítima Bellan, Araújo e Araújo (2010) afirmam que com o progressivo aumento na freqüência da PCR em áreas não críticas, há necessidade de concordância dos procedimentos entre todos os profissionais de saúde, pois a sobrevivência do paciente depende da competência e instituição imediata das manobras de ressuscitação no indivíduo. A terapia

farmacológica desempenha um importante papel em busca do salvamento da vítima, pois enquanto a reanimação tem continuidade, drogas são utilizadas, até que haja um bom pulso e fique mantida uma oxigenação cerebral eficiente (Gomes, 2008). A equipe resume toda e qualquer chance que o paciente tem de sobreviver a um parada, ou seja, a equipe médica, a terapia farmacológica e os equipamentos são muito importantes na sobrevivência da vítima. Os fisioterapeutas entrevistados 14(77,77%) responderam que todos esses itens são importantes para melhorar a conduta a vítima.

Ao ser questionado se a RCP gera uma situação de estresse, 11 (61,11%) dos fisioterapeutas entrevistados responderam que sim. Acreditamos que o fato da realização da conduta causar estresse não quer dizer que estes profissionais não tenham conhecimento científico sobre a técnica, e sim provavelmente isto se deva por estar expostos a pacientes com risco eminente de vida, também por ser necessário pensamentos e atitudes rápidas e eficientes, além de provocar fadiga física e mental. Isto mostra a importância desta ocorrência, em salvar vidas.

Nas Diretrizes da *American Heart Association* (2010), o fisioterapeuta não é citado em nenhum momento, logo, nos questionamos terá este função própria neste tipo de atuação? Porém, o profissional fisioterapeuta faz parte das equipes de plantão e de acordo com a SOBRAFIR (2012), a este compete o manuseio, a assistência ventilatória, e o cuidado ao paciente critico. Logo surge a questão: porque o fisioterapeuta não está inserido na ressuscitação cardiopulmonar? Em nosso estudo 10 (55,55%) consideram que já tem função definida na RCP e 7 (38,88%) que deveriam ter uma função definida, e apenas 1 (5,55%) respondeu que o fisioterapeuta não deveria atuar nessa situação. Tais funções já estão tão claras para estes profissionais que a maior parte deles considerou neste estudo já existir uma função definida dentro da RCP.

Quando foi investigado se na formação acadêmica ou profissional teve acesso a informações sobre RCP, 16(88,88%) responderam que tiveram acesso e 2 (11,11%) responderam que não. O conhecimento dessas informações é de fundamental importância para o serviço de saúde, pois de acordo com data SUS (2005), aproximadamente 250.000 pessoas foram a óbito devido a PCR no Brasil.

Tabela 02- Distribuição dos dados relacionados ao conhecimento ou atendimento realizados pelos fisioterapeutas a vítimas de PCR

Características	N (%)
Capacidade para atuar diante de uma PCR	
Sim	13(72,22)
Não	05(27,77)
Conhecimento dos protocolos ou utilização prévia das técnicas de RCP	
Sim	18(100)
Não	00 (00)
Tempo de insistência na RCP no setor de trabalho (em min)	
05-15	02(11,11)
15-30	12(66,66)
30-40	04(22,22)
O início da RCP	
Compressões	14(77,77)
Ventilações	03(16,66)
Choque com desfibrilador	01(5,55)
Administração de medicamentos	00 (00)
Solicitação pelo médico ou outro para atuar junto à equipe nas funções	
Auxilio a intubação	02(11,11)
Auxilio a intubação e compressões cardíacas	02(11,11)
Ventilação com RM*, auxilio a intubação e compressões cardíacas	03(16,66)
Ventilação com RM*	01(5,55)
Ventilação com RM*, compressões cardíacas e monitorização dos SSVV	01(5,55)
Ventilação com RM* e compressões cardíacas	02(11,11)
Todas as alternativas	07(38,88)
Quantidade de compressões no momento da RCP	
15para 2 ventilação	02(11,11)
30 para 2 ventilação	14(77,77)
Permitir uma FC* de 100bpm para cada 8 ventilações	02(11,11)
Dependente da atividade elétrica do paciente	00 (00)
Conexão do paciente ao VM durante RCP	
Sim	07(38,88)
Não	11(61,11)
Conhecimento sobre a finalidade de cada medicação administrada durante a RCP	
Sim	13(72,22)
Não	05(27,77)

Tabela 02- Distribuição dos dados relacionados ao conhecimento ou atendimento realizados pelos fisioterapeutas a vítimas de PCR

Indicações do uso do desfibrilador	
Taquicardia ventricular sem pulso	13(73,22)
Atividade elétrica sem pulso	03(16,66)
Assistólia	02(11,11)
Assistólia e/ou taquicardia ventricular sem pulso	00 (00)
Melhora na conduta da vítima	
Todos os citados	14(77,77)
NDA	02(11,11)
Terapia farmacológica	01(5,55)
Equipe médica	01(5,55)
Equipamentos	00 (00)
PCR como uma situação de estresse	
Sim	11(61,11)
Não	07(38,88)
Função do fisioterapeuta na RCP	
Já tem função definida	10(55,55)
Deveria ter uma função definida	07(38,88)
Não deveria atuar frente esse agravo	01(5,55)
Acesso a informações sobre RCP na formação acadêmica ou profissional	
Sim	16(88,88)
Não	02(11,11)
TOTAL	18(100)

Fonte: Dados da pesquisa, 2012. *RM = Ressuscitador Manual, RCP= Reanimação cardiopulmonar, NDA= Nenhuma das alternativas, PCR= Parada cardiorrespiratória, VM= Ventilador Mecânico, FC= Freqüência Cardíaca, DEA= Desfibrilador externo automático.

Apesar de não ser o foco de nossa pesquisa cabe aqui ressaltar que os fisioterapeutas atuam na RCP sem que haja proteção legal. Embora suas ações estejam fundamentadas na cientificidade e tenham poder decisório e autonomia na maioria das técnicas, ocorre também perda de produtividade, uma vez que estes profissionais não são remunerados para tais procedimentos.

5 CONSIDERACOES FINAIS

A parada cardiorrespiratória (PCR) é sem dúvidas um evento que ocorre com freqüência na emergência dos hospitais, necessitando assim, aprimoramento das habilidades e atualização sobre as manobras de reanimação por parte dos profissionais. É uma emergência clínica que necessita de atendimento imediato, já que expõem os indivíduos ao risco eminente de morte.

O prognóstico do paciente depende da rapidez, agilidade, e eficácia das manobras, e o diagnóstico precoce é um fator primordial para a assistência especializada. Diante dos resultados foi possível observar que a maioria dos fisioterapeutas entrevistados possuem mais de 3 anos de atuação no âmbito hospitalar, apesar disto poucos deles tiveram interesse em aprimorar seus conhecimentos através de cursos de capacitação em primeiros socorros, porém consideramos que a maioria tem conhecimento e sabem a importância do reconhecimento e da assistência imediata para a sobrevida do paciente que apresenta uma PCR. Vimos que os fisioterapeutas sabem identificar quando o paciente está entrando em parada cardiorrespiratória e desenvolve medidas terapêuticas conforme protocolos de atendimento a PCR, garantindo assim uma assistência prestada de qualidade. Diante disto podemos dizer que os fisioterapeutas da amostra atuam com qualidade na RCP e tem conhecimento sobre tal procedimento.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados ao definirmos o nível de conhecimento dos fisioterapeutas, pois apesar de não estarem inseridos legalmente na equipe, os mesmos possuem conhecimento sobre a sua atuação na RCP, e sabem como agir frente a esta situação, sendo necessário apenas respaldo suficiente para atuar legalmente frente esse agravo. Destacamos a necessidade de discussão e até sugestão para novas pesquisas na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIACION (AHA). Aspectos mais relevantes das diretrizes da American Heart Association sobre Ressucitação Cardiopulmonar e atendimento Cardiovascular de Emergência. **Currents.** V.16, n.4, P.1-27, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIACION (AHA). **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Disponivel em: httphttp://guidelines.ecc.org/guidelines-highlights.html. Acesso em: 02 de Abril de 2012.

BASKETT, PJ; LIM; A. – The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. **Resuscitation**, V. 62, P. 267-273, 2004.

BELLAN, M. C; ARAÚJO, *I. I . M; ARAÚJO, S.* Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. ***Revista Brasileira de Enfermagem.*** Brasília *V.63, n.6, Nov/Dez, 2010.*

BERTELLI, A. et al. Estudo preliminar das relações entre duração da parada cardiorrespiratória e suas consequências nas vítimas de trauma. **Rev.Esc.Enf. USP**, v.33, n.2, p. 130-41, jun. 1999.

BORTOLOTTI, F. **Manual do socorrista**. Porto Alegre-RS: Expansão editorial, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de ética em pesquisa- CONEP. Resolução 196/96 Pesquisa envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde,1996.

_____. Ministério da saúde**. Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)** Portaria nº 2.224/GM Em 5 de dezembro de 2002.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W.Y. ***O enfermeiro e as situações de emergências****.* São Paulo*,* Atheneu 2007*.*

CARVALHO, E.D; LEITÃO, E.A. Provedor de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia: demanda espontânea de Cursos. **Rev. Bras. De Enfermagem**. Belo Horizonte, n.8, v.1, p. 201-207, 2004.

BRASIL. DATA SUS, 2005: < http:// www.datasus.gov.br > acesso em: 20/09/ 20012.

CHAN, R.P.C; AUKER Jr, J.O.C. Estudo restrospectivo da incidência de óbitos anestésico-cirúrgicos nas primeiras 24 horas. Revisão de 82.641 anestesias. **Rev Bras Anestesiol**, V.52, P. 719- 727, 2002.

CINTRA, E. A. ; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** 2 ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2003.

FALCÃO, LFR; FEREZ, D; AMARAL, JLG. Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** V. 61, n 5, 624- 640, Setembro-Outubro, 2011.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva.** 3. ed. São Paulo: E.P.U., 2008

GONZALEZ, M. M. C; TIMERMAN, A; BORN, D. Suporte Avançado de Vida no Adulto. In: SERRANO JUNIOR, C. V; TIMERMAN, A; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia:** Socesp. 2. ed., v.2. Barueri, SP: Manole, 2009.

http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1809-29502010000100013&script=sci_arttext NEVES, Laura Maria Tomazi et al . Conhecimento de fisioterapeutas sobre a atuação em suporte básico de vida. **Fisioter Pesq.**, São Paulo, V. 17, n. 1, mar. 2010.

LADEIRA, J. P. Ressuscitação Cardiopulmonar. In: MARTHINS, H. S; et aL. ***Emergências Clínicas:*** *Abordagem Prática. 4. ed. Barrueri, SP: Manole, 2009.*

LIMA, S. G. et al. Educação permanente em SBVE SAVC**:** Impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Arq. Brás. Cardiol**, v.93, 2008.

MARANGONI, EB; SILVA, T.P.P ; LARA, V.A. Análise do perfil profissional dos fisioterapeutas em unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e particulares da zona sul da cidade de São Paulo. **Reabilitar.** V. 27, n. 7, P. 11- 16, 2005

MARTHINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T,; AWADA, S. B. **Pronto- socorro: diagnóstico e tratamento em emergências.** 2 ed. São Paulo, SP: Manole, 2008.

OLIVEIRA, B. F. M. Ressuscitação Cardiopulmonar- RCP. In: OLIVEIRA, B.F.M., PAROLIN, M. K. F, TEIXEIRA JUNIOR. E. V. **Trauma: Atendimento pré-hospitalar.** 2 ed. SÃO PAULO: Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, M .M. de. **Como fazer: projetos, relatórios, monografias, dissertações e teses.** 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

PASTORE, E; ROSA, L. D. **Trabalho e gênero da área de saúde.** 2008. Disponível em: < htt//: WWW.upf.br/ semigiest/download/artigos/area2/18pd>. Acesso em 05 de outubro do 12.

PIRES, M.T.B., STARLING, S.V. **Erazo manual de urgência e emergência em pronto socorro.** 8 Ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2006.

REIS, H.H; FERREIRA, G.M.M. Conhecimento dos raduandos do oitavo semestre do curso de enfermagem do Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE) sobre Parada Cardiorespiratória. **Conscientiae Saúde**, são Paulo, v.6, n.1, p 89-103, 2007.

SANTORO, D.C.; OLIVEIRA , C. M.. Condutas dos enfermeiros em situação de parada cardiorrespirátoria frente ás recomendações atuais**. Nursing,** N° 110, p.329, jul/2007.

SMELTEZER, C.S.; BARE,B.G.,**Tratado de enfermagem médico-cirúrgica** 10 Ed, Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E TERAPIA INTENSIVA (SOBRAFIR). **Atuação da fisioterapia em Unidade de terapia Intensiva**, 2006. CEFFIR online. Disponível em: HTTP://cefir.com.br/artigos/um-adulto/aplicada/94.doc.> Acesso: 05 de outubro de 2012.

SOUSA JUNIOR, E. B; VERONESE, P. Reanimação cardiopulmonar e cerebral. In: GOLIN, V, SPROVIERI, S. R. S. **Condutas em urgências e emergências para clínico.** São paulo: atheneu, 2009.

STIELL, IG; et al. – Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. **N Engl J Med,** V.351, P.647- 656, 2004.

TIMERMAN et al. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Rev Bras Clin Med** V.8, n. 3, P.228-37,2010.

TORRES, R. V. D; BATISTA, K. T.; A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. **Com. Ciências Saúde**. V. 19, n. 4, P. 343. 351, 2008.

VERVLOET, É. T. F; IRUSTA, V. Parada Cardiorrespiratória e Morte Súbita-Atendimento na Sala de Emergência. In: TEIXEIRA, J. C. G; et al. ***UNIDADE de EMERGÊNCIA:*** *Condutas em Medicina de Urgência. São Paulo: Atheneu, 2009.*

ZUERCHER et al. Continued breathing followed by gasping or apnea in a swine model of ventricular fibrillation cardiac arrest. **BMC Cardiovascular Disorders**, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Atuação Fisioterapeutica na Reanimação Cardiorrespiratória em um Município do Sertão Paraibano.

Pesquisadores responsáveis: Júlia Kalianne de Oliveira Pegado e Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro.

Informações sobre a pesquisa: O objetivo dessa pesquisa é identificar as condutas e as principais dificuldades encontradas pelos fisioterapeutas no atendimento a vítima de PCR, buscando dessa forma proporcionar a todos os profissionais de saúde bases para o atendimento de situações em urgências e emergências clínicas, sobretudo no apoio a parada cardíaca .

Justificativa : Logo o interesse em abordar o tema surgiu da necessidade em buscar maior conhecimento sobre o assunto, bem como da preocupação em saber como o fisioterapeuta atua em uma parada cardiorrespiratória.

_____

Pesquisador (a) responsável

Eu,_____portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que a mesma estará de acordo com a Resolução de n° 196/96 Cap.IV Inciso IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:

-A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afasta me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas. – A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caractér oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa poderá causar um risco mínimo (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados, caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através esclarecimentos sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível. - A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa bem como, esta pesquisa poderá causar risco mínino (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados. – A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita - Risco

e benefícios:- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, ____de _____ de 2012.

_____

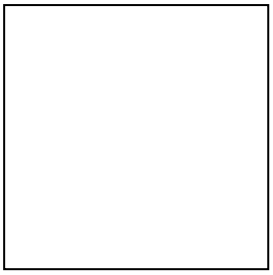
Contato com o pesquisador (a) responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com (a) pesquisador (a) Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro.

Através do endereço (setor de trabalho): Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro: Belo horizonte Patos - PB.

telefone: residencial _____ Celular : (83) 8812.3666

Atenciosamente,



Assinatura do pesquisador (a)

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

Este questionário deve ser preenchido após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e as perguntas se referem a dados pessoais, e Reanimação Cardiopulmonar (RCP). Quando houver opções nas respostas, marque um X aquela que responder melhor a pergunta.

I. Dados Sócio-Demográficos da Amostra

1. Gênero
( ) Masculino ( ) Feminino

2. Faixa Etária
( ) 20-25 anos ( ) 26-30 anos
( ) 31-35 anos ( ) 36-40 anos
( ) mais de 40anos

3. Tempo de formação
( ) Entre 6 meses e 1 ano ( ) Entre 1 e 2 anos
( ) Entre 2 e 3 anos ( ) mais de 3 anos

4. Tempo de atuação no âmbito hospitalar (UTI, Urgência e Emergência ou enfermarias)
( ) 1 ano ( ) 2 anos
( ) 3 anos ( ) mais de 3 anos

5. Qualificação Profissional (especialidade na área de atuação)
( ) Sim ( ) Não

6. Formação em primeiros socorros
( ) Sim ( ) Não

II. Dados Relacionados ao Atendimento Realizados Pelos Fisioterapeutas a Vítimas de PCR.

1. Recebe ou já recebeu capacitação para atuar diante da PCR?
( ) Sim ( ) Não

2. Conhece os protocolos, ou já utilizou as técnicas de Reanimação Cardiopulmonar (RCP)?
( ) Sim ( ) Não

3. No setor onde você trabalha, quanto tempo se insiste na RCP?
( ) 5 a 15 min ( ) 15 a 30 min
( ) 30 a 40 min. ( ) Outro_____

4. No caso de uma parada cardíaca, por onde devem iniciar o procedimento de RCP?

( ) Pelas ventilações ( ) Pelas compressões
( ) Pela administração de medicamentos ( ) Pelos choques com desfibrilador

5. Em situação de parada cardiorrespiratória na UTI, você é solicitado pelo médico ou outro para atuar junto à equipe em alguma(s) dessas funções?

( ) Ventilação com RM ( ) Compressões Cardíacas
( ) Auxilio à intubação ( ) Monitorização dos SSVV

6. Quanto às compressões cardíacas, segundo a AHA, quantas devem ser feitas no momento da reanimação, no suporte avançado de vida?

( ) 30 para cada 2 vent. ( ) depende da atividade elétrica do paciente
( ) 15 para cada 2 vent. ( ) permitir uma FC de 100bpm para cada 8 vent.

7. Sobre a assistência ventilatória, você conecta o paciente ao VM durante a RCP?

( ) Sim ( ) Não

8. Você tem conhecimento sobre a finalidade de cada medicação administrada (exemplo: atropina, noradrenalina, dobutamina, amiodarona) durante a PCR?

( ) Sim ( ) Não

9. Em quais situações está indicado o uso do desfibrilador?

( ) Assistolia
( ) Taquicardia ventricular sem pulso -TVSP e Fibrilação ventricular-FV
( ) Assistolia e/ou taquicardia ventricular sem pulso-TVSP
( ) Atividade elétrica sem pulso –AESP

10. O que poderia Melhorar na conduta da vítima?

( ) Equipe médica ( ) Terapia farmacológica
( ) Equipamentos ( ) Todos os citados
( ) NDA

11. Você considera uma PCR como uma situação de estresse?

( ) Sim ( ) Não

12. Visto que na RCP o médico e o enfermeiro têm sua função definida, você acha que o fisioterapeuta

( ) Também deveria ter uma função definida na RPC
( ) Já tem função definida
( ) Não deveria atuar frente esse agravo

13. Na sua formação acadêmica ou profissional, teve acesso a informações sobre RCP?

( ) Sim ( ) Não

APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Titulo do projeto: Atuação Fisioterapeutica na Reanimação Cardiorrespiratória em um Município do Sertão Paraibano.

Pesquisador responsável: Júlia kalianne de Oliveira pegado: Orientado por Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro.

Instituição: Faculdades Integradas de Patos

Telefone para contato: (83) 8812.3666/ 86509960

Local da coleta de dados: Hospital de Patos – PB

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados por questionário. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Sr^{a}. Júlia kalianne de Oliveira Pegado. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos em ___/___/_____, com o número de protocolo _____.

Patos, ____de _____ de 2012

_____

Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

O NECET - Núcleo de Estágios, Capacitação, Eventos e Transparência do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro, declara que foi informado dos objetivos da pesquisa intitulada **"ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO"**, e concorda em autorizar a execução da mesma neste Hospital. Deixando claro que a qualquer momento pode revogar esta autorização, sem a prévia necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declara também que não recebeu ou receberá qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Vale salientar ainda que o(a) pesquisador(a) se responsabiliza por qualquer dano decorrente de ações ilícitas ou em discordância com os princípios éticos e normativos do referido Hospital. Em caso de danos ao patrimônio do Hospital a pesquisadora fica responsável de promover o reparo do mesmo.

Obs.: A participação do(a) pesquisador(a) será voluntaria, ou seja, o Hospital não terá nenhum ônus com os estudos aqui desenvolvidos. A pesquisadora fica obrigada a entregar uma copia da pesquisa em conformidade com as exigências da banca examinadora.

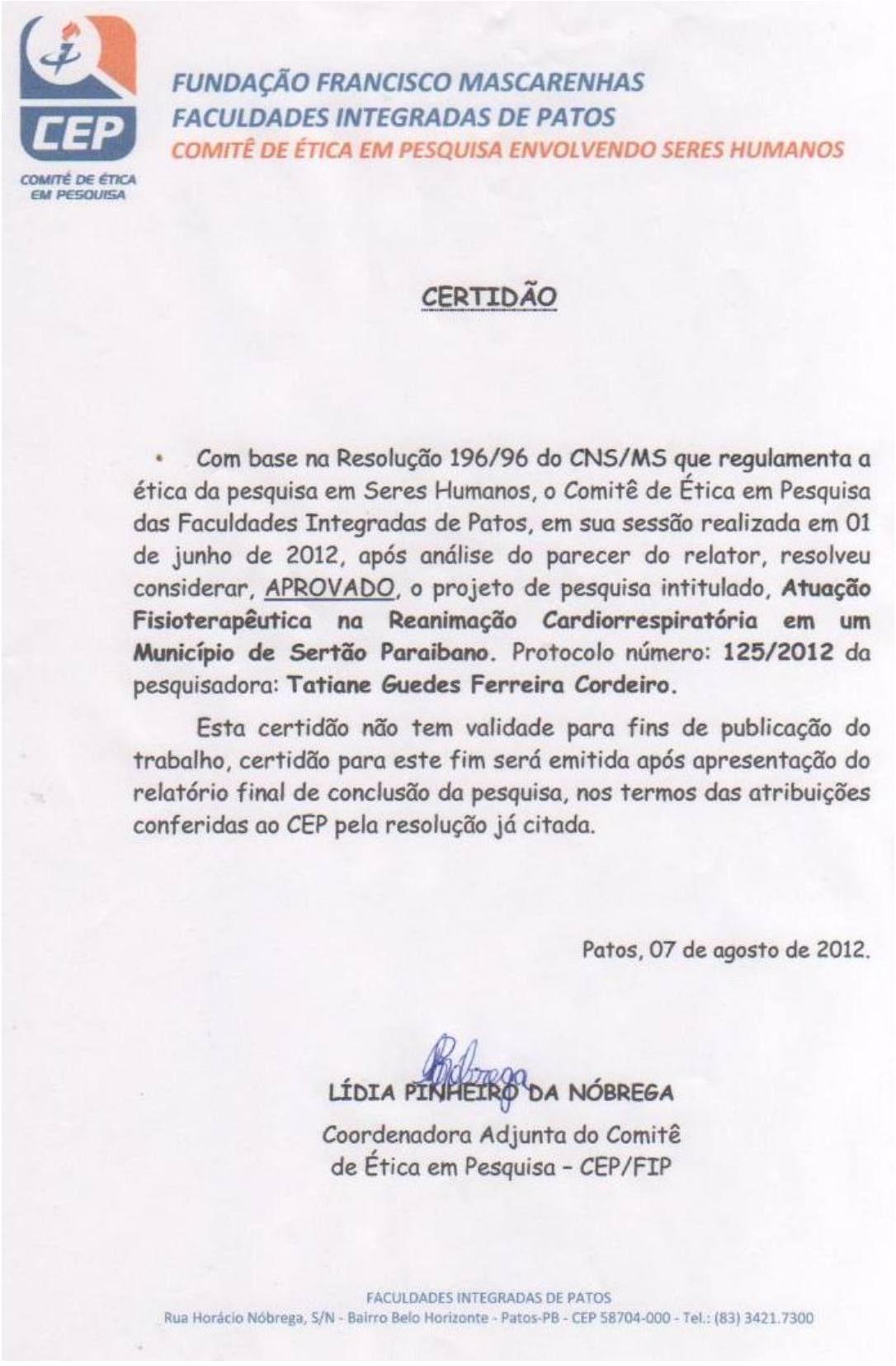
Neste sentido o documento foi aprovado pelo NECET em 22/05/2012.

Júlia Kalianne de Oliveira Pegado
Pesquisadora
RG: 3.335.475 SSP/PB
CPF: 067.307.134-02

Raphael Costa de Azevedo
Presidente do NECET
CPF: 008.545.384-61
RG: 3619352 SSP/PB

RAPHAEL AZEVEDO
Núcleo de Estágio
Presidente
Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro

ANEXO B - PROTOCOLO DO COMITE DE ÉTICA



FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

CEP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 01 de junho de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Atuação Fisioterapêutica na Reanimação Cardiorrespiratória em um Município de Sertão Paraibano.** Protocolo número: **125/2012** da pesquisadora: **Tatiane Guedes Ferreira Cordeiro.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 07 de agosto de 2012.

LÍDIA PINHEIRO DA NÓBREGA
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa – CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300