



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO ORIGINAL

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](https://portaldeperiodicos.capes.gov.br)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de
Estudos Acadêmicos

Conhecimento interprofissional e fatores intervenientes no cuidado ao paciente crítico com Covid-19 em parada cardiopulmonar intra-hospitalar

Interprofessional knowledge and factors involved in the care of critically ill patients with Covid-19 in-hospital cardiopulmonary arrest

DOI: 10.55892/jrg.v7i13.932

ARK: 57118/JRG.v7i13.932

Recebido: 16/01/2024 | Aceito: 10/02/2024 | Publicado *on-line*: 15/02/2024

Susi Cristalino Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0002-9035-3074>

<http://lattes.cnpq.br/2687038919603941>

Hospital Universitário de Brasília (HUB), EBSERH, DF, Brasil.

E-mail: susicris@hotmail.com

Tayse Tâmara da Paixão Duarte²

<https://orcid.org/0000-0003-1608-618X>

<http://lattes.cnpq.br/8103156952878159>

Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil

E-mail: taysepaixao@unb.br

Marcia Cristina da Silva Magro³

<https://orcid.org/0000-0002-4566-3217>

<http://lattes.cnpq.br/7394016552347536>

Universidade de Brasília (UnB), DF, Brasil

E-mail: marciamagro@unb.br



Resumo

Objetivo: Verificar o conhecimento explícito e os fatores não modificáveis que interferem no conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar intra-hospitalar no cuidado realizado por profissionais de saúde. **Método:** Estudo transversal quantitativo desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto com amostra constituída por 115 profissionais de saúde. Utilizou-se questionário semiestruturado, validado pelo método Delphi, dividido em três domínios. Foi realizada análise descritiva e testado hipótese pelos testes Kruskal-Wallis e Dunn-Mann-Whitney. Foram calculadas correlações de Spearman entre variáveis contínuas/ordinais e considerado como significativo α de 5%. **Resultados:** O conhecimento sobre suporte básico de vida foi superior ao suporte avançado de vida (68,8% vs 59,1%). Os profissionais apresentaram nota mediana de 80 (70-85) pontos em relação ao conhecimento relacionado a parada cardiopulmonar em pacientes com COVID-19. A idade ($p=0,044$) e o tempo de formação profissional de saúde ($p=0,007$) se mostraram como fatores não modificáveis que interferem significativamente no nível de conhecimento. **Conclusão:** O conhecimento interprofissional explícito sobre o atendimento ao paciente em parada cardiopulmonar mostrou-se satisfatório, mas ainda com lacunas no que se refere aos aspectos relacionados ao atendimento do indivíduo com COVID-

¹ Graduada em Enfermagem; Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

² Graduada em Enfermagem; Doutora em Enfermagem pela Universidade de Brasília.

³ Graduada em Enfermagem; Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo.



19. A idade e o tempo de formação do profissional de saúde se mostraram como fatores não modificáveis que interferem significativamente no nível de conhecimento.

Palavras-chave: Conhecimento. Disseminação de Informação. Educação interprofissional. Parada Cardíaca. Treinamento por Simulação.

Abstract

Objective: To verify explicit knowledge and non-modifiable factors that interfere with knowledge about in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the care provided by health professionals. Method: Quantitative cross-sectional study developed in an adult Intensive Care Unit with a sample consisting of 115 health professionals. A semi-structured questionnaire was used, validated by the Delphi method, divided into three domains. Descriptive analysis was performed and hypotheses were tested using the Kruskal-Wallis and Dunn-Mann-Whitney tests. Spearman correlations were calculated between continuous/ordinal variables and an α of 5% was considered significant. Results: Knowledge about basic life support was higher than advanced life support (68.8% vs 59.1%). The professionals presented a median score of 80 (70-85) points in relation to knowledge related to cardiorespiratory arrest in patients with COVID-19. Age ($p=0.044$) and time since professional health training ($p=0.007$) were shown to be non-modifiable factors that significantly interfere with the level of knowledge. Conclusion: Explicit interprofessional knowledge about the care of patients in cardiorespiratory arrest proved to be satisfactory, but still with gaps regarding aspects related to the care of individuals with COVID-19. The health professional's age and training time were shown to be non-modifiable factors that significantly interfere with the level of knowledge.

Keywords: Knowledge. Information Dissemination. Interprofessional Education. Heart Arrest. Simulation Training.

1. Introdução

A segurança do paciente no ambiente intra-hospitalar é uma prioridade de saúde global, sendo crucial para reduzir cuidados inseguros causados pela má comunicação e colaboração entre enfermeiros e médicos (FORBES *et al.*, 2020). O desenvolvimento de diferentes competências essenciais para cada profissão de saúde deve ser fundamentado por um modelo colaborativo para alcançar melhorias inovadoras. A abordagem científica interprofissional ocorre quando dois ou mais profissionais aprendem uns com os outros e sobre eles, para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento guiado por evidências para alcance de melhores resultados (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; WITT *et al.*, 2022).

O esforço colaborativo de cuidar dos pacientes deve compreender uma dinâmica de trabalho em que a aprendizagem é contínua e se vincula a mudança relativamente permanente do comportamento, a partir da troca de experiências ou práticas baseadas em evidências científicas (DURÁN-SÁENZ *et al.*, 2022; PICHON *et al.*, 2021).

No ambiente intra-hospitalar, esforços colaborativos e contínuos podem alinhar perspectivas e atender às complexidades incorporadas da doença, particularmente em situações com incerteza substancial, como a parada cardiopulmonar, a qual impõe a necessidade de manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), intervenção de emergência (GAO *et al.*, 2021; PICHON *et al.*, 2021), que na pandemia da doença do coronavírus 2019 (COVID-19) resultou em

novos desafios clínicos (LONGHINI *et al.*, 2020), como o tempo despendido ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), o clampeamento de tubos endotraqueais, entre outros. Esse período ficou reconhecido como de aprofundamento do conhecimento científico, visto, especialmente, a introdução de novas práticas de cuidado centrado no paciente e também de precaução de contágio ao profissional de saúde (EDELSON *et al.*, 2020).

Seguramente, a parada cardiopulmonar (PCP) impõe inabilidade do sistema cardiovascular de manter um débito cardíaco mínimo para perfusão de órgãos vitais, decorrente da ausência de atividade mecânica cardíaca ou atividade ineficaz, o que interfere diretamente na circulação sanguínea e na eficácia das trocas gasosas (MERCHANT *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, programas de capacitação subsidiam a prática colaborativa para o atendimento real e portanto, manutenção de uma ressuscitação cardiopulmonar de qualidade e segura (METTE *et al.*, 2021).

Então, investigar o conhecimento explícito como aquele que pode ser adquirido a partir de fontes de informação (DAWES; LENS, 2007) fornece contribuições para o desenvolvimento de estratégias interprofissionais colaborativas (MUUSSE *et al.*, 2023), o que possibilita ampliar a implementação de metodologias de ensino dinâmicas baseadas na interação e conectividade visando maior imersão do profissional, a partir da gestão do erro humano, a fim de reduzir riscos ao ambiente e falhas no processo de cuidar, o que torna o cuidado mais seguro (TSCHANNEN; DORN; TEDESCO, 2018).

Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar o conhecimento explícito e os fatores não modificáveis que interferem no conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar intra-hospitalar no cuidado realizado por profissionais de saúde.

2. Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal e abordagem quantitativa norteado pelas diretrizes The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement for cross-sectional studies.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um Hospital de ensino terciário de ensino localizado na região centro-oeste do Brasil, com 19 leitos, sendo 10 leitos da UTI Geral e 9 leitos da UTI Coronariana (Clínico e Cirúrgico).

População e Amostra

A população foi constituída de profissionais de saúde atuantes na assistência de pacientes críticos hospitalizados na unidade de terapia intensiva. A amostra por conveniência e intencional foi composta de 115 profissionais da saúde, incluindo 47 técnicos de enfermagem, 17 enfermeiros, 10 fisioterapeutas, 22 médicos e 19 residentes (sendo 02 de fisioterapia e 17 de medicina). Todos os profissionais aceitaram participar do estudo, com exceção de dois técnicos de enfermagem que recusaram responder o questionário e não participaram da pesquisa.

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão compreenderam profissionais da área de saúde (Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem e Residentes) com

idade superior a 18 anos atuantes diretamente no cuidado ao paciente crítico. Os critérios de exclusão foram profissionais de saúde de licença trabalhista ou médica, em período de férias; profissionais que atuavam somente na gestão da unidade.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período de maio a julho de 2022. A pesquisadora elaborou um questionário semiestruturado com 20 questões objetivas, subdivididas em três domínios (I – Caracterização demográfica e profissional; II - Capacitação, III – Conhecimento). Esse questionário foi construído baseado nas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar da American Heart Association – AHA (MERCHANT *et al.*, 2020) e validado com êxito por 10 juízes especialistas mestres e doutores com experiência no assunto, em duas rodadas, conforme o método Delphi (1992) (BOBERG; MORRIS-KHOO, 1992). Os juízes foram selecionados a partir da técnica Fehring (FEHRING, 1987). O quantitativo de juízes foi definido, segundo Pasquali (PASQUALI, 1998) o qual indica para validação de um instrumento a necessidade de ao menos seis juízes.

O questionário abordou como itens de identificação demográfica e profissional (sexo, idade, profissão, ocupação, local e tempo de formação, tempo de atuação em unidade de terapia intensiva (UTI), necessidade de capacitação em suporte básico e avançado de vida, conhecimentos sobre o atendimento da parada cardiopulmonar (PCR) em pacientes com COVID-19, sinais e tipos de PCR, técnica de compressão cardíaca, tipos de administração de choque em paciente adulto.

A aplicação do questionário foi individual e ocorreu no período pré ou durante o plantão, em um espaço físico privativo, na própria unidade, com a autorização da chefia, de forma a evitar prejuízos à assistência aos pacientes, com duração estimada de 20 minutos. No período pré-preenchimento a pesquisadora realizou orientações sobre as questões a fim de padronizar a compreensão dos participantes.

O preenchimento foi supervisionado pela pesquisadora para evitar consulta, em fontes científicas por meio de acesso à web ou aos outros profissionais e viés de contaminação e mascaramento dos resultados. Ao término do preenchimento, os dados do questionário foram armazenados em banco de dados para análise.

Tratamento dos dados

Os dados armazenados em planilha do Microsoft Excel foram analisados de forma descritiva e inferencial. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e porcentagens. Para as variáveis contínuas adotou-se o cálculo da média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. A hipótese de aderência das variáveis contínuas à distribuição normal foi testada pelo teste de Shapiro-Wilks. Como esta hipótese não foi confirmada, a hipótese de igualdade de medianas independentes foi testada por meio do teste de Kruskal-Wallis e o teste de Dunn-Mann-Whitney. Foram calculadas correlações de Spearman entre variáveis contínuas/ordinais. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2022 (Versão 4.2.0).

Aspectos éticos

O estudo obedeceu a Resolução 466/2021. Esse projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Público e da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com parecer nº 5.370.213 e CAEE: 55677721.9.0000.0030 (data da aprovação: 26 de abril de 2022). Todos os participantes expressaram aceite voluntário por meio de assinatura ao Termo de



Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE sendo garantido ao participante da pesquisa o sigilo e anonimato.

3. Resultados

Um total de 115 profissionais de saúde da área assistencial participaram do estudo, sendo predominantemente técnicos de enfermagem (40,9%), médicos (19,1%) e enfermeiros (14,8%). A idade mediana informada foi de 37 (32-41) anos, com tempo de formação autodeclarado de 12,5 (8-17) anos e atuação mediana em UTI autorreferida de 72 (48-132) meses. Mais da metade dos profissionais técnicos informaram ter concluído curso de graduação (80,9%). A formação superior em instituição de ensino privada (49,6%) foi maior do que na instituição pública, especialmente em relação ao curso de medicina (33,9%). Pouco mais da metade dos profissionais declarou possuir curso de pós-graduação *Lato Sensu* (59,1%) ao passo que somente 0,9% informaram curso *Stricto Sensu* (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde (n=115) – Brasília – DF, Brasil, 2022.

Variáveis	N	%	Média (DP)	Mediana (Q1-Q3)
<i>Idade (anos)</i>			36,9 (6,9)	37 (32-41)
<i>Sexo</i>				
Masculino	49	42,6		
Feminino	66	57,4		
<i>Profissão</i>				
Técnico de Enfermagem	47	40,9		
Enfermeiro	17	14,8		
Fisioterapeuta	10	8,7		
Médico	22	19,1		
Técnico sem curso de graduação	22	19,1		
Técnico com curso de graduação	93	80,9		
<i>Tempo de formado (anos)</i>			12,4 (6,4)	12,5 (8-17)
<i>Tempo de UTI (meses)</i>			91,8 (66,8)	72 (48-132)
<i>Instituição de Ensino Superior</i>				
Pública	36	31,3		
Privada	57	49,6		



Possui formação de pós-graduação (especialização ou residência)?

Lato Sensu	68	59,1
Stricto Sensu	1	0,9
Ambas	2	1,7

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. Q1 – quartil 1. Q3 – quartil 3. UTI - Unidade de Terapia Intensiva. Brasília- DF, Brasil, 2022.

O conhecimento sobre suporte básico de vida (SBV) foi mais frequentemente autodeclarado em relação ao conhecimento sobre suporte avançado de vida (SAV) (68,8% vs 59,1%). A capacitação sobre ressuscitação cardiopulmonar direcionada ao paciente crítico com COVID-19 foi indicada como uma necessidade por quase todos os profissionais de saúde (93,9%).

Conhecimento específico sobre a função de sincronização do desfibrilador foi identificado como correto em 96,5% das respostas. Sobre a estratégia frente a uma situação de atividade elétrica sem pulso (AESP), 64% das respostas mostraram-se assertivas em relação ao protocolo universal. Inclusive a manobra necessária para ressuscitação em situação de PCR, foi descrita corretamente por quase todos os profissionais (94,8%). As respostas relacionadas aos itens sobre o atendimento da PCR em paciente com COVID-19 mostraram um percentual acima de 80% de acertos. As questões sobre identificação da PCR, desfibrilação, atividade elétrica sem pulso e aquelas relacionadas ao atendimento do paciente com COVID-19 apresentaram mais de 50% de acertos pelos profissionais de saúde.

Ressalta-se que no teste de conhecimento mais de 90% dos profissionais apresentaram percentual de acerto (rendimento individual) superior a 50%, com nota mediana de 80 (70-85) pontos.

Tabela 2. Conhecimento interprofissional (n=115) sobre parada cardiopulmonar em pacientes com COVID-19 – Brasília – DF, Brasil, 2022.

Questões	N	%
Suporte Básico de Vida (SBV)	64	68,8
Suporte Avançado de Vida (SAV)	55	59,1
Você julga necessário capacitação sobre reanimação cardiopulmonar (RCP) direcionada para paciente crítico com COVID-19?	108	93,9
A função SINCRONIZAR nos desfibriladores deve ser ativada para:		
a) Realizar cardioversão (resposta esperada)	111	96,5
b) Desfibrilação semi-automática	3	2,6
c) Utilizar marca-passo transcutâneo	0	0,0
d) Cancelar o choque	1	0,9

Na atividade elétrica sem pulso (AESP) deve-se investigar os 5 Hs e 5Ts. Qual condição NÃO se refere a um dos "Hs"?



a) Hipocalemia	6	5,3
b) Hipotermia	17	14,9
c) Hipotensão (resposta esperada)	73	64,0
d) Hipercalemia	18	15,8

Nas compressões torácicas eficientes e de boa qualidade na ressuscitação cardiopulmonar no paciente adulto não se deve:

a) Deprimir o tórax em cerca de 3cm do diâmetro anteroposterior. (resposta esperada)	8	7,0
b) Permitir o completo retorno do tórax entre as compressões.	8	7,0
c) Manter frequência de compressões de 100 a 120 por minuto.	94	82,5
d) Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.	4	3,5

A parada cardiopulmonar pode ser definida como a cessação súbita e inesperada da circulação sistêmica, da atividade ventricular útil e da respiração em um indivíduo e se enquadra como a emergência mais grave na área da saúde. Nesse contexto, o reconhecimento da parada cardiopulmonar em adultos se dá pela identificação da:

a) não responsividade, a diminuição da frequência cardíaca (abaixo de 60 batimentos por minuto) e a diminuição da frequência respiratória ou gasping.	1	0,9
b) não responsividade, a ausência de pulso em grandes artérias e a ausência de frequência respiratória ou gasping. (resposta esperada)	109	94,8
c) pouca responsividade, a diminuição da frequência cardíaca (abaixo de 50 batimentos por minuto) e a ausência de frequência respiratória.	3	2,6
d) pouca responsividade, a ausência de pulso braquial e a diminuição da frequência respiratória.	2	1,7

Conforme as Diretrizes de 2020 da American Heart Association, são causas reversíveis de uma Parada Cardiopulmonar em adultos, exceto:

a) Hipotermia e Hipovolemia.	2	1,8
b) Toxinas.	13	11,4
c) Trombose encefálica. (resposta esperada)	97	85,1
d) Hipocalemia e/ou Hipercalemia.	2	1,8

Após desfibrilação, a próxima conduta a ser assumida durante a ressuscitação cardiopulmonar é:

a) Aplicar nova desfibrilação com carga crescente	0	0,0
b) Verificar o ritmo cardíaco.	36	31,3
c) Reiniciar compressão cardíaca. (resposta esperada)	68	59,1



d) Verificar o pulso carotídeo. 11 9,6

Para manutenção de sinais vitais e a preservação da vida até o devido encaminhamento a uma unidade especializada.

a) É necessário iniciar a infusão de drogas vasodilatadoras antes de iniciar as manobras de ressuscitação. 0 0,0

b) É necessário realizar aporte de oxigênio antes de iniciar as compressões torácicas. 1 0,9

c) É necessário realizar 20 compressões torácicas para 2 insuflações com aporte de oxigênio. 5 4,3

d) É necessário realizar 30 compressões torácicas para 2 insuflações com aporte de oxigênio. (resposta esperada) 109 94,8

Alternativa correta em relação ao atendimento da PCR em pacientes com COVID-19:

a) COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O vírus é transmitido apenas por partículas/aerossóis. 10 8,8

b) Pode ocorrer atraso no início das compressões torácicas devido ao uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI), portanto, a segurança da equipe não é prioritária, e o uso de EPIs adequados é dispensável pela equipe que atende a PCR 0 0

c) Em uma situação de emergência no paciente com COVID-19, posso realizar o atendimento sem a instalação prévia do EPI completo, incluindo compressões torácica e procedimentos em via aérea. 0 0

d) A Ressuscitação cardiopulmonar deve ser iniciada por compressões torácicas sem necessidade de realizar a monitorização do ritmo da parada cardíaca (chocáveis ou não chocáveis). 1 0,9

e) Os EPIs para procedimentos com geração de aerossol devem ser usados por todos os membros da equipe de ressuscitação, e devem ser adequadamente instalados antes da entrada no local de atendimento a parada cardiopulmonar. (resposta esperada) 103 90,4

Na parada cardiopulmonar em pacientes com COVID-19 sob ventilação mecânica:

a) Não é necessário manter o paciente conectado ao ventilador mecânico. 5 4,4

b) A via aérea avançada não garante menor probabilidade de aerolização e contaminação da equipe de atendimento. 5 4,4

c) A via aérea avançada não deve ser priorizada para pacientes ainda sem um dispositivo invasivo durante a parada cardiopulmonar. 4 3,5

d) Manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado, com fração inspirada de oxigênio a 100%. (resposta esperada) 99 87,6



Rendimento individual do participante (número de acertos) sobre questões relacionadas ao conhecimento sobre PCR em paciente com COVID-19 (%)

45 – 50	5	4,3
55-60	7	6
65 -70	20	17,4
75 – 80	36	31,3
85 – 90	47	40,8
Nota (média±DP/mediana(Q1-Q3))	77,2 (11,4)	80 (70- 85)

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. Q1 – quartil 1. Q3 – quartil.

Pode-se observar correlações significativas, embora fracas, entre a nota do teste de conhecimento interprofissional sobre parada cardiopulmonar em pacientes com COVID-19 e a idade (R: -0,19; p=0,044), e o tempo de formado (R: -0,25; p=0,007), (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre a nota do teste de conhecimento e as variáveis contínuas (idade, tempo de formado, de atuação hospitalar e na unidade de terapia intensiva) dos profissionais de saúde (n=115) – Brasília – DF, Brasil, 2022.

Variáveis	Nota
	R (p-valor)
Idade (anos)	-0,19 (0,044)
Tempo de formado (anos)	-0,25 (0,007)
Tempo de atuação em UTI (meses)	0,04 (0,647)

Legenda: R – Correlação de Spearman.

4. Discussão

O conhecimento explícito sobre parada cardiopulmonar intra-hospitalar, direcionado aos pacientes críticos com a COVID-19, foi autorreferido por quase todos os profissionais de saúde participantes, dentre eles o enfermeiro, médico e fisioterapeuta. Revisão sistemática descreve que o sucesso da ressuscitação cardiopulmonar depende de uma preparação eficiente e efetiva da equipe de saúde (SO *et al.*, 2019). Na presente investigação, verificou-se a obtenção de uma pontuação média elevada por quase metade dos profissionais, ainda assim se reconhece a importância de programas de capacitação como forma de melhorar a preparação e fundamentação do cuidado, além de aumentar a confiança durante o processo de atuação profissional (DUIJN *et al.*, 2018), o que na perspectiva da educação interprofissional pode corroborar para uma prestação colaborativa dos

cuidados à saúde e redução de erros com conseqüente aumento da satisfação do paciente (DYESS *et al.*, 2019).

Profissionais de saúde precisam ser capazes de identificar, diagnosticar, ressuscitar e reavaliar o paciente de forma rápida e correta. Cada minuto de atraso para o início do tratamento representa uma redução de 10% na sobrevivência (MERCHANT *et al.*, 2020). Em nosso estudo, do total de profissionais, pouco mais da metade, por exemplo mostrou conhecimentos sobre os 5 H e 5 T's como fatores determinantes da PCR. Diante disso, a capacitação adequada de profissionais de saúde pode fazer a diferença na identificação correta das causas da PCR e na preservação de uma vida. A atual investigação mostrou que a idade e o tempo de formação do profissional impactam significativamente no conhecimento explícito sobre PCR, ainda que tenha se identificado uma correlação fraca entre essas variáveis. Diretrizes atuais recomendam treinamento mais curto e frequente para melhorar a retenção de conhecimento em áreas relacionadas à habilidade técnica, como RCP (MERCHANT *et al.*, 2020).

O cuidado colaborativo pode exigir melhor comunicação, contatos pessoais mais próximos, compartilhamento de programas educacionais conjuntos e/ou planejamento conjunto de programas e sistemas. Nessa vertente, a idade do profissional, assim como o tempo de formação, experiência profissional, podem reduzir a fragmentação significativa do cuidado (ROSMALLEN *et al.*, 2021) e ainda, exercer influência na forma de desbloquear o potencial da equipe, repercutindo em maior confiança e conseqüentemente melhor desempenho (MAMO *et al.*, 2023).

Os profissionais de saúde que atuam em equipe interprofissional de forma colaborativa, não só melhoram o atendimento ao paciente, como também reduzem o tempo de internação e os erros. Dessa forma, características como idade jovem, competência e proficiência identificadas entre os profissionais do nosso estudo podem favorecer a atuação colaborativa (FAROOQ *et al.*, 2022). Segundo Dreyfus, o nível de residência profissional se enquadra como competente, assim também como os profissionais especialistas são compreendidos como proficiente (PARK, 2015). Características encontradas entre os profissionais participantes da presente investigação. Seguramente, pacientes com COVID-19 necessitam de gerenciamento cuidadoso e intervenções que não são possíveis sem uma força de trabalho de saúde qualificada e colaborativa (FAROOQ *et al.*, 2022).

Os cuidados colaborativos estão claramente ligados aos cuidados integrados (LEITHAUS *et al.*, 2022). Sendo assim o cuidado colaborativo tem como foco a comunicação e a tomada de decisão compartilhada dos membros da equipe e o cuidado integrado tem ênfase na integração funcional dos serviços (MAMO *et al.*, 2023).

Vale ressaltar que a qualificação profissional tem exigido dos profissionais a participação em cursos de suporte básico (SBV) e/ou avançado de vida (SAV), como declarado por uma maioria, o que se refletiu em um percentual de acertos elevado e próximo a 100% no que se refere a definição de PCR, sincronização e desfibrilação de ritmos cardíacos, conforme as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar da American Heart Association – AHA (MERCHANT *et al.*, 2020). Há de se considerar que a maioria dos profissionais referiram participação nos últimos quatro anos em cursos de SBV/SAV, mas ainda assim como a mudança de conhecimento é dinâmica, identificou-se ainda nas respostas, uma necessidade de capacitação em RCP direcionada ao paciente com COVID-19.

Sabidamente, os hospitais investem substancialmente em programas de capacitação da equipe hospitalar em suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado

de vida cardiopulmonar (SAV) para melhorar os esforços de RCP intra-hospitalar. No entanto, apesar do investimento considerável dos hospitais em treinamento, os resultados clínicos na PCR continuam a variar amplamente (ANDERSON *et al.*, 2021).

A atuação interprofissional pode fornecer segurança e se refletir na natureza complexa do cuidado à saúde como em situações de PCR, no entanto, a capacitação continuada pode representar um diferencial e um facilitador para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas (MCHUGH *et al.*, 2020). O enfrentamento da assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória no cenário de pandemia do coronavírus, pode ser encorajado pelo uso imprescindível e correto de equipamentos de proteção individual (EPI) (SILVA *et al.*, 2022) como reconhecido por 90,4% dos profissionais de saúde, dentre eles médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devido ao elevado poder de contágio da COVID-19 relataram a necessidade de capacitação da equipe com treinamentos periódicos para qualificação interprofissional, a fim de assegurar uma execução segura do processo de cuidar e favorecer o desenvolvimento de habilidades, confiabilidade, exposição adequada diante do vírus Sars Cov-2, agente etiológico da COVID-19 (SILVA *et al.*, 2022).

A segurança da equipe é prioridade no atendimento ao paciente com COVID-19, mesmo em situações de PCR a partir do imprescindível uso dos EPI's, ainda que haja necessidade imediata de início das compressões após deflagração do choque elétrico. O desconhecimento sobre o momento de início das compressões após desfibrilação foi observado em nosso estudo como lacuna de conhecimento em 40,9% das respostas dos profissionais, ainda que 82,5% reconheçam a definição de compressões torácicas de qualidade (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

O declínio de habilidade no atendimento à PCR tem sido descrito como esperado no período de três a seis meses após aulas de treinamento baseadas nas diretrizes da American Heart Association (MANCINI; KAYE, 1985). Evidência científica revela que as instituições de melhor desempenho aumentam a frequência de treinamento, o que é considerado uma via de continuação das responsabilidades clínicas que favorece o ganho de conhecimento (FAROOQ *et al.*, 2022).

Esse estudo agrega como contribuição que avaliações relacionadas ao conhecimento explícito de profissionais de saúde podem oferecer informações adicionais ou novos temas sobre como hospitais de ensino de alto desempenho podem utilizar programas de capacitação e a educação interprofissional para melhor o cuidado colaborativo e integrado. Estudos futuros podem se beneficiar desse tipo de avaliação em relação ao perfil de ganho de aprendizagem ao longo do tempo.

As limitações se remetem a expressão do conhecimento profissional no atendimento a PCR em um único centro e em corte transversal, ainda que reflita a situação atual de profissionais e de condições que devem ser consideradas na oferta de programas de capacitação, como a idade e o tempo de formação do profissional

5. Conclusão

O conhecimento interprofissional explícito sobre o atendimento ao paciente em parada cardiopulmonar mostrou-se satisfatório, mas ainda com lacunas no que se refere aos aspectos relacionados ao atendimento do indivíduo com COVID-19. A idade e o tempo de formação do profissional de saúde se mostraram como fatores não modificáveis que interferem significativamente no nível de conhecimento.

Referências

ANDERSON, T. M. *et al.* Best Practices for Education and Training of Resuscitation



Teams for In-Hospital Cardiac Arrest. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 14, n. 2, p. E008587, 2021.

BOBERG, A. L.; MORRIS-KHOO, S. A. The Delphi Method: A Review of Methodology and an Application in the Evaluation of a Higher Education Program. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 7, n. 1, p. 27–39, 1992. Disponível em: <https://utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cjpe.07.002>

DAWES, M.; LENS, M. Knowledge transfer in surgery: Skills, process and evaluation. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 89, n. 8, p. 749–753, 2007.

DUIJN, C. C.M.A. *et al.* When to trust our learners? Clinical teachers' perceptions of decision variables in the entrustment process. **Perspectives on Medical Education**, v. 7, n. 3, p. 192–199, 2018.

DURÁN-SÁENZ, I. *et al.* Knowledge and teaching-learning methods regarding venous leg ulcers in nursing professionals and students: A scoping review. **Nurse Education in Practice**, v. 63, n. March, 2022.

DYESS, A. L. *et al.* Impact of interprofessional education on students of the health professions: a systematic review. **Journal of Educational Evaluation for Health Professions**, v. 16, p. 33, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6851655/pdf/jeehp-16-33.pdf>

EDELSON, D.P. *et al.* Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates with Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get with the Guidelines-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the . **Circulation**, v. 141, n. 25, p. E933–E943, 2020.

FAROOQ, M. *et al.* Interprofessional On-floor Education on Oxygen Therapy in COVID-19 Patients, Cardiac Arrest, and Procedural Sedation: Perception of Health-care Workers in Emergency Setting. **Open Access Emergency Medicine**, v. 14, p. 535–543, 2022.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & lung : the journal of critical care**, v. 16, n. 6 Pt 1, p. 625–629, 1987.

FORBES, T. H. *et al.* Getting work done: a grounded theory study of resident physician value of nursing communication. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 2, p. 225–232, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1631764>.

GAO, Y. *et al.* Safety of mechanical and manual chest compressions in cardiac arrest patients: A systematic review and meta-analysis. **Resuscitation**, n. 169, p.124-135, 2021. Disponível em: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00436-6/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00436-6/fulltext)

GUIMARÃES, H. P. *et al.* Position statement: Cardiopulmonary resuscitation of



patients with confirmed or suspected COVID-19 – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 6, p. 1078–1087, 2020.

LEITHAUS, M. *et al.* Integrated Care Components in Transitional Care Models from Hospital to Home for Frail Older Adults: A Systematic Review. **International Journal of Integrated Care**, v. 22, p. 28, 2022.

LONGHINI, F. *et al.* Helmet continuous positive airway pressure and prone positioning: A proposal for an early management of COVID-19 patients. **Pulmonology**, v. 26, n. 4, p. 186-191, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190517/pdf/main.pdf>

MAMO, N. *et al.* Characteristics of collaborative care networks in functional disorders: A systematic review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 172, p. 111357, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111357>.

MANCINI, M. E.; KAYE, W. The effect of time since training on house officers' retention of cardiopulmonary resuscitation skills. **American Journal of Emergency Medicine**, v. 3, n. 1, p. 31–32, 1985.

MCHUGH, S. K. *et al.* Does team reflexivity impact teamwork and communication in interprofessional hospital-based healthcare teams? A systematic review and narrative synthesis. **BMJ quality & safety**, v. 29, n. 8, p. 1-12, 2020.

MERCHANT, R. M. *et al.* Part 1: Executive summary: 2020 american heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**, v. 142, p. S337–S357, 2020.

METTE, M. *et al.* Gaining interprofessional knowledge and interprofessional competence on a training ward. **Medical Teacher**, v. 43, n. 5, p. 583–589, 2021.

MUUSSE, J. S.C. *et al.* Influencing factors of interprofessional collaboration in multifactorial fall prevention interventions: a qualitative systematic review. **BMC Primary Care**, v. 24, n. 1, p. 1–15, 2023.

PARK, J. Proposal for a Modified Dreyfus and Miller Model with simplified competency level descriptions for performing self-rated surveys. **Journal of Educational Evaluation for Health Professions**, v. 12, p. 54, 2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206–2013, 1998..

PICHON, A. *et al.* Divided We Stand: The Collaborative Work of Patients and Providers in an Enigmatic Chronic Disease. **Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction**, v. 4, n. CSCW3, p. 1–24, 2021. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3434170>.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of interprofessional care**, v. 32, n. 1, p. 1–3,



2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>.

ROSMALLEN, J. G.M. *et al.* The European Training Network ETUDE (Encompassing Training in fUNCTIONAL Disorders across Europe): a new research and training program of the EURONET-SOMA network recruiting 15 early stage researchers.

Journal of Psychosomatic Research, v. 141, p. 110345, 2021.

SILVA, A. C. M. da *et al.* Conduas de enfermagem na parada cardiorrespiratória em clientes com COVID-19. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 265–271, 2022.

SO, H.Y. *et al.* Simulation in medical education. **Sage Journals**, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4997/jrcpe.201>

TSCHANNEN, D.; DORN, R.; TEDESCO, C. Improving knowledge and behavior of leadership and followership among the interprofessional team. **International journal of medical education**, v. 9, p. 182–188, 2018.

WITT, C. M. *et al.* Education Competencies for Integrative Oncology—Results of a Systematic Review and an International and Interprofessional Consensus Procedure. **Journal of Cancer Education**, v. 37, n. 3, p. 499–507, 2022.