



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

ROSELI DE FÁTIMA ESPESSOTTI

**O ENFERMEIRO E O IMPACTO DE SUA ATUAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA
DE PACIENTES EM PCR**

**Assis
2011**

ROSELI DE FÁTIMA ESPESSOTTI

**O ENFERMEIRO E O IMPACTO DE SUA ATUAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA
DE PACIENTES EM PCR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientadora: Prof.^a Esp. Rosângela Gonçalves da Silva
Área de Concentração: Enfermagem

**ASSIS
2011**

O ENFERMEIRO E O IMPACTO DE SUA ATUAÇÃO NA SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES EM PCR

ROSELI DE FÁTIMA ESPESSOTTI

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial a obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientador: _____

Analisador (1): _____

**ASSIS
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

ESPESSOTTI, Roseli de Fátima.

O enfermeiro e o impacto de sua atuação na sobrevivência de pacientes em PCR / Roseli de Fátima Espessotti. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2011.

68p.

1. Parada Cardiorrespiratória, 2. Enfermeiro, 3. Atendimento.

CDD: 616.12

Biblioteca da FEMA

AGRADECIMENTOS

A Deus que me concedeu a vida e que sempre me fortaleceu nos momentos difíceis, me amparando e me conduzindo para o caminho certo.

Ao Márcio que sempre esteve ao meu lado e foi um dos grandes incentivadores, obrigada por estar ao meu lado, pela paciência e amor com que sempre me dedicou, você é muito especial para mim.

A minha mãe Elza, meu pai Aparecido, minha irmã Rosângela, minha avó Francisca e meu tio José David que sempre me apoiaram neste sonho e acreditaram no meu sucesso (sem palavras).

A todos os professores, verdadeiros mestres, que passaram em minha vida, obrigada pelos ensinamentos.

As grandes amizades que construí no decorrer destes quatro anos, pessoas maravilhosas que nunca esquecerei e que quero levar para a vida toda, foi um privilégio tê-los conhecido.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram com este sonho.



“Ser enfermeira (o) é atuar na proteção, promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças numa atitude de gente que cuida de gente”.

Wanda de Aguiar Horta.

RESUMO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma das principais causas de morte no Brasil, é caracterizada pela condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória. O presente estudo teve como objetivo demonstrar a importância da atuação do enfermeiro durante este evento, aliada a sobrevivência destes pacientes/clientes. Trata-se de uma revisão de literatura de natureza quantitativa, desenvolvida através de produções científicas, compreendendo o período de 2000 e 2010, no idioma português. Como resultado, obteve-se 21 publicações, das quais 6 (29%) foram excluídas, por não atenderem ao critério de inclusão previamente estabelecido. Podemos observar que o ano de maior produção foi 2009, quando o percentual de produções científicas foi de (33%). Embora o papel do enfermeiro esteja bem estabelecido e que sua presença numa ocorrência de PCR seja muito importante, ainda se tem poucas produções científicas que aliem sua atuação com a sobrevivência destes pacientes/clientes, como constatado nesta pesquisa, através de apenas 01 artigo. Desta forma, espera-se que este estudo possa contribuir para incitar mais pesquisas sobre o tema e que através destas produções possamos constatar que realmente este profissional pode fazer a diferença num atendimento a PCR.

Palavras-chave: atuação; impacto; Parada Cardiorrespiratória; Enfermeiro e atendimento.

ABSTRACT

Cardiac arrest (PCR) is a leading cause of death in Brazil, is characterized by sudden and unexpected condition of absolute deficiency of tissue oxygenation, is due to inefficiency cessation of circulatory or respiratory function. This study aimed to demonstrate the importance of nurses' actions during this event, coupled with the survival of these patients / clients. It is a literature review of quantitative nature, developed through scientific productions, including the period between 2000 and 2010, the Portuguese language. As a result, we obtained 21 publications, of which six (29%) were excluded for not meeting the inclusion criteria previously established. We note that the years of greatest production was 2009, when the percentage of scientific production was (33%). Although the role of the nurse is well established and that its presence in the occurrence of PCR is very important, still has little scientific productions that combine its operations with the survival of these patients / clients, as evidenced in this study, with only 01 article. Thus, it is expected that this study will contribute to encourage more research on the subject and that through these productions can really see that this professional can make a difference in attendance PCR.

Keywords: action; impact; cardiopulmonary arrest; nurse and care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PCR: Parada Cardiorrespiratória

SBV: Suporte Básico de Vida

BLS: Basic Life Support

SAVC: Suporte Básico de Vida em Cardiologia

ACLS: Advanced Cardiac Life Support

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

RCP: Ressuscitação Cardiopulmonar

ILCOR: Liga Internacional de Comitês de Ressuscitação

FV: Fibrilação Ventricular

TV: Taquicardia Ventricular sem Pulso

AESP: Atividade Elétrica sem Pulso

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

AVC: Acidente Vascular Cerebral

SCA: Síndrome Coronariana Aguda

DCC: Doença Cardíaca Coronária

IAM: Infarto Agudo do Miocárdio

BPM: batimentos por minuto

ECG: Eletrocardiograma

AHA: American Heart Association

ERC: European Resuscitation Council

HSFC: Heart and Stroke Foundation of Canada

RCSA: Australian and New Zealand Committee on Resuscitation e Resuscitation Councils of Southern Africa

IAHF: Inter American Heart Foundation

ARC: Comitê Asiático de Ressuscitação

ECC: Atendimento de Emergências Cardiovasculares

ACE: Atendimento Cardiovascular de Emergência

DNR: Não tentar a reanimação

DEA: Desfibrilador Externo Automático

IO: Acesso intraósseo

EV: Acesso endovenoso

RCE: Retorno da Circulação Espontânea

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Traçado Fibrilação Ventricular.....	24
Figura 2 – Traçado Taquicardia Ventricular sem pulso.....	24
Figura 3 – Traçado Assistolia.....	25
Figura 4 – Traçado Atividade elétrica sem pulso.....	25
Figura 5 – O profeta Eliseu.....	28
Figura 6 – Métodos de fumigação e flagelação.....	29
Figura 7 – Guy Kinicherbock (como paciente), WB Kouvenhoven (ventilação) e JR Jude (massagem) em 1964.....	30
Figura 8 – Cadeia de sobrevivência de ACE adulto da AHA 2010.....	38
Figura 9 – Algoritmo de SBV simplificado da AHA 2010.....	42
Figura 10 – Algoritmo do SAVC circular da AHA 2010.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos artigos por ano de publicação.....	53
Tabela 2 – Caracterização dos artigos por bases de dados.....	54

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	13
2 – JUSTIFICATIVA.....	15
3 – OBJETIVOS.....	17
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	19
CAPÍTULO 2 – REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR.....	26
CAPÍTULO 3 – ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE CLIENTES EM PCR.....	32
3.1 SUPORTE BÁSICO DE VIDA E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA EM ADULTOS	36
3.2 SUPORTE BÁSICO DE VIDA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE/CLIENTE EM PCR.....	38
3.3 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA AO PACIENTE/CLIENTE EM PCR.....	42
3.4 CUIDADOS AOS PACIENTE/CLIENTES PÓS-PCR.....	45
CAPÍTULO 4 - O ENFERMEIRO E A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	46
MATERIAL E MÉTODOS.....	49
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A.....	62

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) pode ser definida como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória (CINTRA et al, 2008, p. 323).

É um evento complexo e minucioso que desencadeia grande estresse em todos os membros da equipe multiprofissional, exigindo elevada atenção e sincronia para que se consiga reverter este quadro.

Os procedimentos diante deste quadro crítico compreendem um conjunto de manobras que visam o restabelecimento da oxigenação e da circulação deste paciente/cliente o qual denominamos Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) (LUZIA & LUCENA, 2009).

O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as recentes publicações científicas que abordam a importância da atuação do enfermeiro durante o atendimento a PCR, aliada a sobrevivência destes pacientes/clientes. Trata-se de um estudo de revisão da literatura que usa de métodos quantitativos de análise.

Palhares (2008) refere que a sobrevivência dos pacientes/clientes que apresentam PCR no âmbito hospitalar, está intimamente relacionada com o profissional que primeiramente atenderá esta chamada. Neste caso, podemos citar a enfermagem como os profissionais da área da saúde que permanecem longos períodos a beira do leito, revelando a importância destes profissionais de serem devidamente preparados para atuarem nesta emergência.

Desta forma Coelho (2009) nos revela que uma adequada atuação da equipe de enfermagem no atendimento a PCR pode salvar muitas vidas, e o enfermeiro deve ser o líder desta equipe, devendo sempre se manter atualizado.

A literatura nos revela que o tempo é variável importante para que o paciente/cliente consiga se restabelecer após uma PCR com o mínimo de sequelas.

E o enfermeiro e sua equipe são os profissionais que na maioria das vezes, presenciam primeiramente este quadro dramático, por estarem em maior evidência durante a assistência, cabendo a estes profissionais as intervenções imediatas que são primordiais para se manter viável este indivíduo até a chegada da equipe médica.

Para tal, a equipe de enfermagem deve ter organização, equilíbrio emocional, conhecimento teórico-prático e as funções de cada membro bem estabelecidas durante esta ocorrência, para assim alcançar o sucesso do atendimento.

Desta forma esta pesquisa enfatiza a importância deste profissional dentro da equipe multiprofissional, que quando bem preparado pode fazer a diferença na sobrevivência destes pacientes/clientes.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Demonstrar a importância da atuação do enfermeiro durante o atendimento a PCR, aliada a sobrevivência destes pacientes.

Objetivos Específicos

- Proceder ao agrupamento dos trabalhos de acordo com a semelhança entre eles.
- Realizar a síntese dos dados, enfocando objetivos, métodos e resultados dos pesquisadores.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Durante a assistência aos pacientes/clientes, a equipe multiprofissional se depara com situações extremamente estressantes, que envolvem riscos iminentes de vida, demandando ações de pequena, média e grande complexidade.

Uma situação comum em todos os setores hospitalares é a Parada Cardiorrespiratória (PCR), que exige uma atuação imediata e rápida desses profissionais, sendo considerada a emergência das emergências (BELLAN et al, 2006).

Dados internacionais referem às doenças cardiovasculares como a principal causa de morte em todo o mundo, ultrapassando dois milhões de óbitos anualmente (PIMENTA, 2002).

Para Silva (2006), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte entre homens e mulheres, nos Estados Unidos e no Brasil, vitimando duas vezes e meia a mais que a segunda causa de morte, que é o trauma. Afirmando as pesquisas realizadas por Ferez (2006), que os maiores acometidos pela PCR são os adultos e que o principal desencadeador são as doenças cardiovasculares. A doença cardíaca isquêmica é a principal causa de morte no mundo.

Na Europa, os índices de óbitos por consequência das doenças cardiovasculares também são elevados, somando 40% do total de todas as mortes antes destes pacientes/clientes completarem 75 anos. Nos adultos que evoluem para óbito devido à doença coronária, chegam a ultrapassar os 60% provenientes da morte súbita (CARNEIRO et al 2010).

No Brasil, em 2005, aproximadamente 250.000 pessoas foram a óbito devido à PCR decorrente de complicações de doenças cardíacas. Segundo estudos, essa será a principal causa de morte e incapacitação no país até 2020.

Em adultos ela é causada principalmente por doenças cardiovasculares que afetam o sistema circulatório, composto pelo coração, artérias, veias e capilares e apresentam fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento da doença quando associados, determinando a gravidade da doença. Temos os reversíveis como etilismo, tabagismo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), estresse, obesidade, hipercolesterolemia e sedentarismo; bem como fatores de risco não

reversíveis como sexo, indivíduos em idade avançada, em torno dos 50 anos, raça, genética e Diabetes Mellitus. Estes fatores podem desencadear uma Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), aterosclerose, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Síndrome Coronariana Aguda (SCA), vindo ao encontro dos índices em países desenvolvidos onde a morte súbita de origem cardíaca prevalece, sendo 2/3 de origem coronariana, ocasionado na maioria das vezes por arritmia ventricular. A segunda causa de PCR são os traumas, na maioria das vezes decorrentes de acidentes automobilísticos, seguidos de acidentes por arma de fogo, quedas, envenenamentos, queimaduras e afogamentos, entre outros, sendo acometidos indivíduos entre 1 a 44 anos de idade (CALIL & PARANHOS, 2007, p. 495 e 496). Confirmando os índices de Ferez (2006), onde apenas 34,1% do total dos casos, sendo o trauma o mais comum depois das doenças cardiovasculares, seguido de intoxicações exógenas e o afogamento, apresentando pior prognóstico.

Durante muito tempo, até meados do século XVIII, a humanidade acreditava que nada poderia ser feito diante da morte, sendo esta uma situação irreversível, considerando todas as tentativas de ressuscitação uma blasfêmia. A partir de então, começou-se a acreditar que as manobras de ressuscitação seriam possíveis. Foi em 1960, que as técnicas de ressuscitação tornaram-se prática clínica a beira do leito (GUIMARÃES *et al*, 2009). Pois a PCR era vista como causa irremediável de morte, com 2% de sobreviventes, mas atualmente estes índices sobem para 70% se o socorro for imediato e eficaz, sendo indispensável à capacitação de toda a equipe (COELHO, 2009).

A Parada Cardiorrespiratória pode ser definida como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória (CINTRA *et al*, 2008, p. 323).

Ainda segundo os mesmos autores (p. 323):

Em qualquer uma das situações, ou na presença de ambas, poderão ocorrer danos celulares irreparáveis em poucos minutos, devendo-se ter em mente que lesões cerebrais graves e irreversíveis ocorrem logo após os primeiros cinco minutos de PCR, em condições de normotermia.

Para Silva (2006), a PCR ainda pode ser definida como o estado em que o indivíduo não apresenta débito cardíaco, ausência de respiração, porém ainda mantém

atividade cerebral. Em meio às várias definições sobre PCR, seus autores reafirmam a gravidade dessa situação e as sérias conseqüências que podem trazer a vida destes pacientes/clientes.

Podemos citar diferentes denominações para PCR como ressuscitação cardiopulmonar, ressuscitação cardiorrespiratória, reanimação cardiorrespiratória cerebral; todas são corretas, entretanto, o termo RCP é o mais empregado pelo Conselho Brasileiro de PCR (COELHO, 2009).

Para Pazin (2003, p. 163), a PCR é situação dramática, responsável por morbimortalidade elevada, mesmo em situações de atendimento ideal.

É considerada a mais grave emergência clínica que podemos nos deparar, é geradora de alto estresse ao organismo, causando temor entre enfermeiros e sua equipe de trabalho, pois é de responsabilidade destes, prestar o atendimento de Basic Life Support (BLS) ou Suporte Básico de Vida (SBV) e o Advanced Cardiac Life Support (ACLS) ou Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC), até a chegada da equipe médica (CINTRA et al, 2008).

Silva (2006), afirma que ela é considerada uma situação de grande estresse, pois a única chance de sobrevivência do paciente/cliente está na identificação precoce da PCR e à intervenção rápida e eficaz, a fim de possibilitar o retorno espontâneo da ventilação e circulação, com o mínimo de sequelas.

Em situações de emergência, a agilidade, objetividade e eficácia durante a assistência pode aumentar a sobrevida e reduzir possíveis sequelas (BELLAN, et al, 2006).

A PCR pode ser determinada por quatro desordens básicas do ritmo cardíaco, sendo elas a Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV sem pulso), Assistolia e Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) (CINTRA et al, 2008).

Para Ferez (2006), o ritmo cardíaco mais frequente e que apresentam melhor prognóstico é a FV e TV sem pulso. Em 70 a 80% dos casos, a causa é cardiovascular e 10 a 15% neurovascular, tendo 88% dos casos decorrentes de arritmias, 60 a 80% destes ritmos desfibriláveis, como a TV sem pulso ou FV.

Na FV ocorre uma desordem elétrica nos ventrículos, no qual muitas áreas apresentam variações na despolarização e repolarização. Sem contração ventricular efetiva não tem débito cardíaco e conseqüentemente fluxo cerebral e se não for tratada rapidamente dentro de 3-5 minutos ocorre um colapso hemodinâmico, evoluindo para o óbito. No traçado do eletrocardiograma, não há complexos QRS de

aparência normal, a frequência cardíaca é elevada e desorganizada, entre 80 a 300 batimentos por minuto (bpm), o ritmo é irregular, com ondas variando em tamanho e forma (CALIL E PARANHOS, 2007).

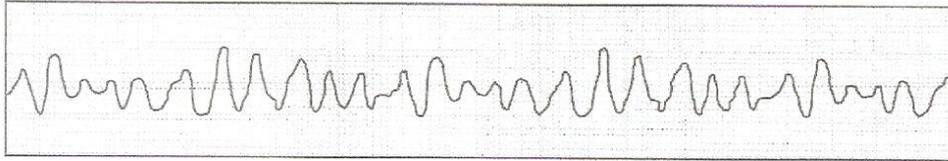


FIGURA 1 – Fibrilação Ventricular (In: MARTINS *et al*, 2007, p. 8).

A TV sem pulso ocorre principalmente em indivíduos com doença arterial coronariana, como isquemia miocárdica. Apresenta-se com uma frequência acima de 100 bpm e inferior a 220 bpm (CALIL & PARANHOS, 2007, p. 496). É caracterizada por batimentos ectópicos ventriculares rápidos e sucessivos e geralmente se degenera em FV. Os traçados no eletrocardiograma apresentam complexos QRS maiores que 0,12 segundos ou mais, bizarro e serrilhado, com segmento ST e onda T com polaridades opostas ao QRS, devido à ausência de pulso palpável (CINTRA *et al*, 2008).

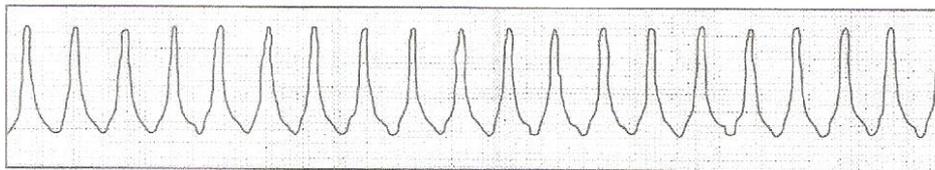


FIGURA 2 - Taquicardia Ventricular sem pulso (In: MARTINS *et al*, 2007, p. 8).

Estas duas modalidades de PCR podem ser revertidas se o tempo decorrido do evento até a identificação da FV/TV sem pulso for de 4 a 5 minutos de início de PCR, instituindo neste momento imediata desfibrilação elétrica, pois a reversão destas duas arritmias para assistolia ou atividade elétrica sem pulso pode ocorrer após 5 minutos de PCR, tornando o quadro na maioria das vezes irreversível (MARTINS *et al*, 2007).

Dentre os ritmos não chocáveis estão a Assistolia que é caracterizada pela ausência de estímulos elétricos ventriculares espontâneos, presente nos casos de cardiopatias graves como a chagásica, entre outras, apresentando o estágio final da

evolução da PCR fibrilatória e AESP (CINTRA et al, 2008).

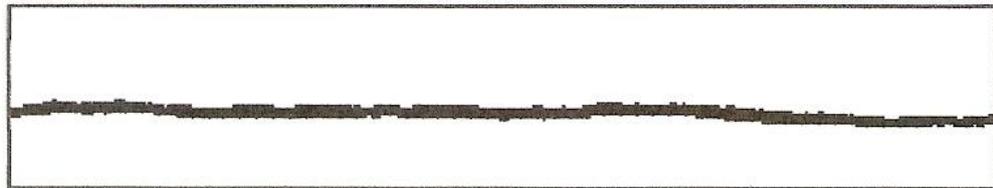


Figura 3 – Assístolia (In: MARTINS et al, 2007, p. 8).

E por fim, a Atividade elétrica sem pulso que apresenta um ritmo aparentemente organizado no monitor ou no ECG, mas não produz pulso clinicamente detectável devido à deterioração progressiva da função contrátil-propulsora cardíaca, podendo ser reversível. Tanto em Assístolia quanto em AESP o profissional deve procurar as causas reversíveis para tratar as arritmias através dos 5 H composto pela Hipovolemia, Hipóxia, Hidrogênio (Acidose), Hipo/Hipercalemia, Hipotermia; e os 5 T, Tensão do tórax por pneumotórax, Tamponamento cardíaco, Toxinas, Trombose pulmonar e trombose coronária. (GUIMARÃES et al, 2010).

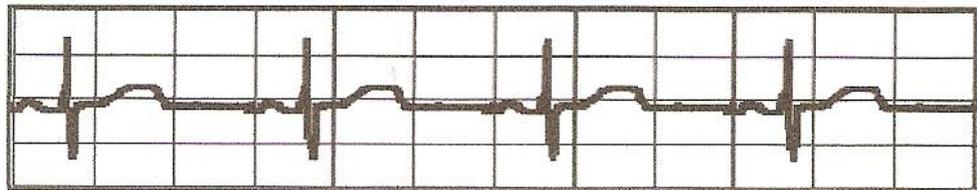


Figura 4 – Atividade Elétrica sem pulso (In: MARTINS et al, 2007, p. 8).

Com o progressivo aumento na frequência da PCR em áreas não críticas, há a necessidade de capacitação de todos os profissionais de saúde, pois a sobrevivência do paciente/cliente depende da competência e instituição imediata das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) (BELLAN et al, 2010, p. 1020).

Já que a PCR, segundo Silva (2006), nem sempre representa um indicador de má qualidade da assistência em saúde, mas demonstra, sobretudo, o nível de gravidade do paciente/cliente.

O atendimento a PCR de acordo com Almeida (2008) deve ser realizado em etapas, as quais vão desde o reconhecimento dos sinais premonitórios (alteração do nível de consciência, alteração do ritmo cardíaco e bradipnéia ou taquipnéia) e comprobatórios (perda de consciência, com arresponsividade da vítima, ausência de

movimentos respiratórios, ausência de pulso, midríase e cianose) até o início das manobras mais avançadas de reanimação.

Segundo Bellan et al et al (2006, p. 42):

O sucesso da reanimação, além de ser tempo dependente, pois a melhora do índice de sobrevivência está diretamente ligada ao tempo entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP, também está relacionado à harmonia, sincronismo, capacitação da equipe para o atendimento e estrutura organizada. Assim, a falta de uniformidade das condutas e a assistência inadequada concorrem para falhas que podem colocar em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida do paciente/cliente.

Estas falhas podem dar origem às iatrogênicas, que do grego “iatro” significa médico e “gênese” origem, sendo definida como resultado indesejável da ação prejudicial não intencional dos profissionais de saúde, relacionado à observação, monitorização ou intervenção terapêutica (FARIAS et al, 2010).

Pesquisas demonstraram que os profissionais de saúde falharam em 58,6% na realização de procedimentos técnicos, 8,6% na falta de organização das atividades e 31,28% envolviam problemas com recursos materiais e equipamentos durante a assistência (BELLAN, et al, 2006).

É a enfermagem que na maioria das vezes diagnostica a PCR, por estar mais tempo próximo ao paciente/cliente durante a assistência, cabendo a esta uma atuação rápida, eficiente, segura e com espírito de equipe para alcançar sucesso e evitar riscos e estresses desnecessários. Afirmando um dos deveres do profissional de enfermagem que é “assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” presente no artigo 12 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem (WOODS, 2010, p. 50). Pois na PCR, o tempo é variável importante, estimando-se que, a cada minuto que o indivíduo permaneça em PCR, 10% da probabilidade de sobrevivida sejam perdidos (PAZIN et a, 2003, p. 163).

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Guimarães et al (2009), afirma que desde a antiguidade a humanidade acreditava que a morte era um evento irreversível, ou seja, nada poderia ser feito para reverter este quadro.

A Bíblia Sagrada (2001, p. 50, também faz menção a ressuscitação no livro dos Gêneses, capítulo 2, versículo 7, “o Senhor Deus formou, pois, o homem do barro da terra, e inspirou-lhe nas narinas um sopro de vida e o homem se tornou um ser vivente”).

Podemos também citar o livro dos Reis que relata o profeta Eliseu, discípulo de Elias, reanimando um jovem filho de uma viúva sunamita (Guimarães et al, 2009).



Figura 5 - O profeta Eliseu (In: Guimarães et al, 2009, p. 178).

De acordo com GUIMARÃES et al (2009), o termo ressuscitação origina-se do latim *resuscitatio, onis*, do verbo *ressuscito*, are que, entre outras denominações, refere-se despertar, acordar, recobrar os sentidos. Etimologicamente, *suscito*, por sua vez, deriva do verbo *cito, ciere*, que significa por em movimento.

A RCP tem por finalidade promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente para o coração e cérebro, até que as funções cardíacas e ventilatórias espontâneas sejam restabelecidas (SILVA, 2006).

A história relata que ainda no fim do Império Romano em 476 A.C., a ressuscitação

era realizada pela aplicação do calor aos corpos, através de objetos quentes ou queimados no abdome, conhecido como Fumigação, até a flagelação com urtiga, composta por um ácido fórmico (Guimarães et a, 2009).

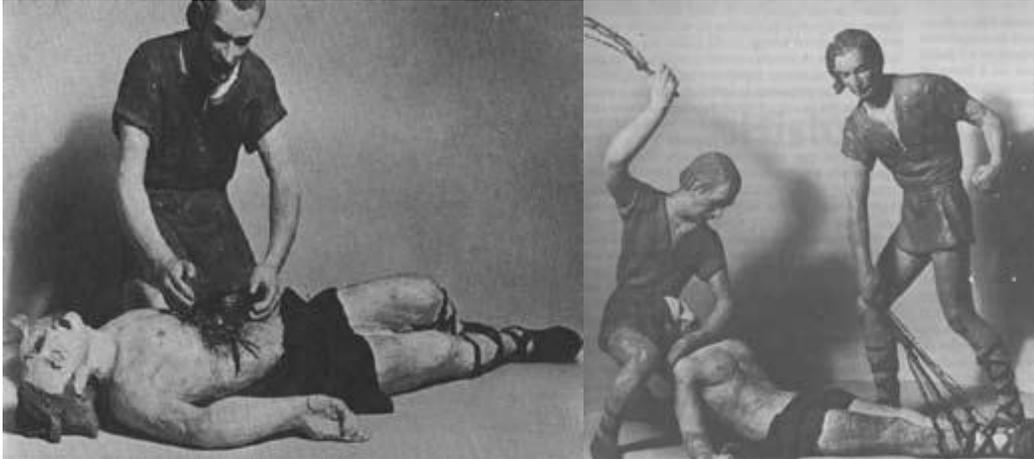


Figura 6 – Métodos de fumigação e flagelação (In: Guimarães et a, 2009, p. 179).

Como mencionado anteriormente às técnicas de ressuscitação datam desde a antiguidade, mas estas técnicas não conseguiam obter êxito, pois não tinham embasamento científico. Apenas em 1960, através dos estudos de Knouwenhoven, Jude e Knicherbochers, pode-se atribuir mais um conceito de grande importância para as técnicas de ressuscitação, que seria a compressão sobre o terço inferior do esterno, que quando realizada adequadamente fornecia uma circulação artificial suficiente para manter a vida de animais e seres humanos em parada cardiorrespiratória. Com a observação dos resultados, Safar e Jude, somaram a esta descoberta também a respiração artificial boca-a-boca, dando origem as primeiras recomendações sobre RCP em Agosto de 1961, no International Symposium on Emergency Resuscitation, realizado na Noruega (Guimarães et a, 2009).

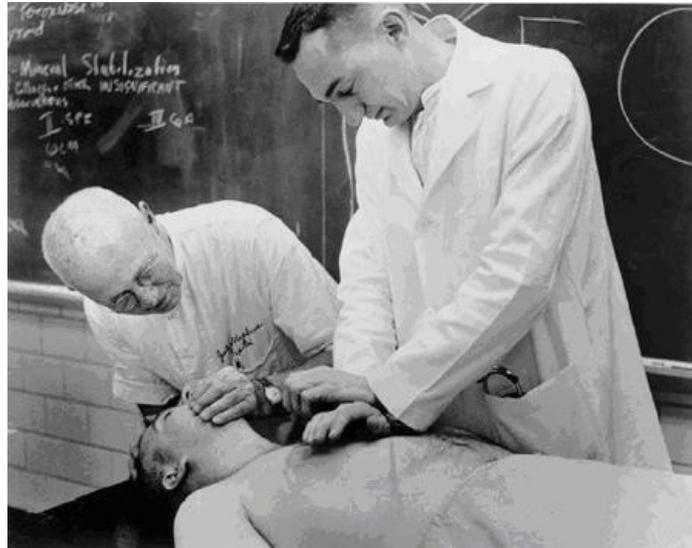


Figura 7 - Guy Kinickerbock (como paciente), WB Kouvenhoven (ventilação) e JR Jude (massagem) em 1964. (In: FERREZ, s/a, p. 06)

A Associação Americana do Coração (AHA), sigla em inglês, em 1961 criou um Comitê de Reanimação Cardiorrespiratória, que posteriormente tornou-se o *Committee on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care*, para continuar as pesquisas sobre a grande descoberta da associação entre respiração e circulação artificial. Esta intensificou os estudos sobre o tema, proporcionando programas de treinamento e padronização da RCP, continuando até nos dias atuais (Guimarães et al, 2009).

Com o objetivo de reunir representantes de todo o mundo para uma participação ativa na criação das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) foi criada em 1992 a *International Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) – Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação, compreendendo representantes da *American Heart Association* (AHA) ou Associação Americana do Coração; *European Resuscitation Council* (ERC) ou Conselho Europeu de Ressuscitação; *Heart and Stroke Foundation of Canada* (HSFC) ou Fundação do Coração do Canadá; *Australian and New Zealand Committee on Resuscitation* e *Resuscitation Councils of Southern África* (RCSA) ou Conselho Australiano de Ressuscitação e Conselho de Ressuscitação da África do Sul; *Inter American Heart Foundation* (IAHF) ou Conselho Latino Americano de Ressuscitação; e recentemente foi integrado a este grupo o Comitê Asiático de Ressuscitação (ARC) (ALMEIDA, 2008). Os

investigadores dos conselhos membros do Ilcor avaliam o estado da ciência da reanimação a cada período de cinco anos, desde o ano 2000. (CARNEIRO et al 2010).

A Ilcor além de avaliar a ciência da RCP e o atendimento de emergências cardiovasculares (ECC), também aborda a importância da educação e treinamento, e abordagens para a organização e execução do atendimento as ECC. Recomendando que todas as equipes hospitalares tenham treinamentos regulares, objetivando uma assistência de qualidade, seguindo as diretrizes para o Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ALMEIDA, 2008).

As primeiras diretrizes Internacionais sobre RCP foram produzidas pela Ilcor em colaboração com a AHA em 2000 e 2005. Atualmente estão em vigência as Diretrizes para RCP e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) de 2010. Este Consenso Internacional de avaliação de evidências ocorreu em Dallas em Fevereiro de 2010 e teve a participação de 356 especialistas em ressuscitação de 29 países que analisaram, debateram e discutiram a pesquisa em ressuscitação, dando origem as novas recomendações para o atendimento a Parada Cardiorrespiratória, vigentes atualmente (GUIMARÃES et al, 2010).

Os representantes da Ilcor posteriormente publicaram suas recomendações com base neste consenso, mas cada país deve considerar suas especificações, considerando as diferenças geográficas, econômicas, organização e acesso a equipamentos e medicamentos. (CARNEIRO et al 2010).

Silva (2006), relata que de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia pacientes/clientes com diagnóstico de doença incurável, quando bem esclarecido com a família das condições de saúde e quando a sinais de deterioração dos órgãos estiverem presentes, pode-se suspender as manobras de RCP.

Para Assunção (2005), a AHA refere à ordem de não realizar a reanimação como a “Do-Not-Resuscitate ordens – DNR” “não tentar a reanimação”. Existem algumas situações que não há a necessidade de reanimar, sendo elas o *Livedo postural* que apresenta-se como erupções cutâneas e azuis ou de coloração avermelhada na pele, surgindo minutos após a morte; *Rigor mortis* relacionada à contração da musculatura que não relaxa após morte, tornando o paciente/cliente rígido sendo perceptível principalmente na região da nuca e maxila; *Algo mortis* caracterizado por queda da temperatura corporal e lesões incompatíveis com a vida. Além destas ocasiões não se deve reanimar quando a segurança do profissional (ou atendente)

estiver em risco; quando estão presentes objeções familiares e ordens por escrito de DNR, neste último caso entramos num conflito ético, onde ainda muitos estudos e debates sobre o assunto são discutidos em nosso país, mas ressaltando que esta decisão cabe ao médico, o responsável legal pelo paciente/cliente.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES/CLIENTES EM PCR

Para o sucesso no atendimento a PCR os profissionais que atendem esta ocorrência devem ter uma ação rápida, eficiente, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica para a execução das manobras de SBV e SAVC, além de uma adequada infraestrutura, trabalho harmônico e sincronizado, visando o restabelecimento da vida, limitando o sofrimento, minimizando possíveis sequelas (SILVA, 2006).

De acordo com Almeida (2008), o enfermeiro está inserido neste contexto, prestando a assistência necessária a diversas situações distintas, necessitando deste profissional uma maior agilidade para assim que diagnosticada a PCR iniciar as manobras de ressuscitação e auxiliar no SAVC, atuando com segurança nesta ocorrência, pois sabemos que a sobrevivência após uma PCR varia de dois a 49%, dependendo do ritmo inicial e do início precoce da RCP.

Para Coelho (2009), este profissional deve estar apto a auxiliar e identificar agravos no quadro clínico destes indivíduos, reavaliando-os constantemente.

Segundo a Lei 7.498, de 25 de Junho de 1986 (p. 20), que regulamenta o exercício da profissão de enfermagem, no artigo 11, alíneas b e c, cabe privativamente ao enfermeiro respectivamente, “organizar e dirigir os serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços” e “planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem” (WOODS, 2010, p. 50). Desta forma, Bellan et al (2006), afirma que a atuação do enfermeiro durante a PCR se torna bastante complexa, sendo necessário possuir conhecimentos específicos na área de urgência e emergência, assim como habilidades técnicas e organização do trabalho em equipe.

O papel do enfermeiro durante a PCR de acordo com Silva (2006, p. 28) ocorre:

“Desde o diagnóstico, estende-se na implementação das condutas de RCP e na organização da equipe de enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados. No período pós-RCP, o enfermeiro deve assegurar um acompanhamento intensivo aos pacientes/clientes reanimados, cujas manobras obtiveram sucesso. Compete ainda ao enfermeiro e/ou equipe de enfermagem a realização do relatório ou evolução de enfermagem, checagem das medicações e reorganização do local onde ocorreu o fato. O apoio aos familiares também deve fazer parte da assistência de enfermagem, sendo manifestado tanto em casos de sucesso das manobras de RCP. Com reversão da PCR, como em casos de óbito; em ambos, o enfermeiro deve atuar esclarecendo as dúvidas e

tentando minimizar, na medida do possível, as angústias e ansiedades vivenciadas pelos familiares”.

Segundo Silva & Padilha (2001), nem sempre o atendimento a PCR ocorre de forma isenta de iatrogênicas, ocorrendo em ambiente sem qualquer infraestrutura, falha na organização do atendimento, assim como a provisão insuficiente de materiais e equipamentos utilizados para o SBV e SAVC, falta de conhecimento e habilidades da equipe, profissionais sem treinamento, colocando em risco a vida destes pacientes/clientes, ocasionando o insucesso no atendimento.

Para se evitar esta situação durante este tipo de atendimento devem existir condições mínimas de equipamentos e pessoal treinado para que se obtenham resultados satisfatórios.

O enfermeiro deve atuar como líder neste processo, organizando o serviço e delegando a função de cada membro da equipe, além de conhecer a sequência do atendimento, permanecer tranquilo para organizar as manobras de ventilação e circulação artificial e reunir material e equipamentos para o SAVC para se obter sucesso no atendimento a PCR (CINTRA et al, 2008). Pois de acordo com a Lei 7.498/86 cabe privativamente ao enfermeiro “os cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida”, presente no artigo 11, alínea L, (WOODS, 2010, p. 20).

Segundo Coelho (2009), durante a assistência neste evento, a equipe de enfermagem pode apresentar sintomas físicos como completa exaustão; mas também sintomas emocionais como reações de profunda tristeza, estresse quando não se alcança o sucesso no atendimento, durante a instituição das manobras. A frente desta assistência está o enfermeiro, que tem o papel de coordenar este evento, visando uma assistência de qualidade. A falta de liderança em qualquer equipe é a causa mais comum de tentativas de reanimação inadequadas, inefetivas, ineficazes e incompetentes, fazendo-se imprescindível a atuação de uma líder que possa direcionar a assistência.

O trabalho de enfermagem é realizado em equipe, composto pelo enfermeiro, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Como membro responsável por esta equipe, o enfermeiro tem responsabilidades e deveres com sua classe, cabendo a este “estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão”, como podemos constatar no artigo 69, do Código de Ética do

Profissional de Enfermagem, pois durante a ocorrência da PCR não se admite indecisões, devido à gravidade da situação e imediata intervenção com o objetivo de salvar vidas (WOODS, 2010, p. 61).

A capacitação destes profissionais para o atendimento a PCR é imprescindível para que a equipe se mantenha atualizada e adquiram maior conhecimento e habilidades técnicas sobre as manobras específicas de RCP (BELLAN et al, 2006). Corroborando com Almeida (2008), que os profissionais que não se deparam constantemente com este tipo de emergência têm baixa retenção do conhecimento, comprometendo assim a assistência ao paciente/cliente, pois as habilidades práticas declinam mais rapidamente do que os conhecimentos teóricos em PCR, ocorrendo de forma precoce, após dois meses de treinamento.

Para Silva (2006), a falta de definição da função de cada membro da equipe durante a assistência a PCR aliada a falta de treinamento específico e às falhas na provisão de materiais e equipamentos podem tornar o ambiente ainda mais estressante e tumultuado, culminando no insucesso do tratamento.

De acordo com Coelho (2009), em diversos hospitais os profissionais trabalham com protocolos específicos que direcionam o atendimento a PCR, delegando como cada membro da equipe deve proceder. O enfermeiro inserido neste contexto deve oferecer subsídios para preparar esta equipe, orientando e sanando suas dúvidas para que possam reconhecer uma PCR o mais precocemente possível e com segurança acionar toda a equipe, iniciando as intervenções, objetivando sempre uma assistência de qualidade.

Para os profissionais de saúde, o treinamento em RCP é recomendado para garantir uma maior rapidez no diagnóstico e imediata ação para restabelecer o quadro clínico do paciente/cliente, bem como disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos de reanimação, que devem estar sempre preparados para uma eventual emergência (SILVA, 2006).

Os materiais e equipamentos utilizados no atendimento a PCR devem estar sempre dispostos e organizados e o carrinho de emergência deve estar sempre completo, para que se evite o estresse durante o procedimento. Este deve ser rigorosamente conferido pelo enfermeiro ou delegar este serviço para algum membro de sua equipe no início de cada plantão e completado/revisado imediatamente após o seu uso, evitando transtornos (CINTRA et al, 2008).

Palhares (2008), afirma em suas pesquisas que estes materiais, como monitor

cardíaco, oxímetro de pulso, ressuscitador manual com máscara facial, laringoscópio, aspirador cirúrgico, desfibrilador/cardioversor e ventilador mecânico volumétrico estavam presentes em todos os atendimentos realizados, revelando que o enfermeiro preparou adequadamente sua equipe.

Em outro estudo realizado por Lima et al (2008), apenas 6%, ou seja, um enfermeiro afirmou que os materiais e os equipamentos do carrinho de emergência não são checados no início de cada plantão; 78% dos enfermeiros entrevistados afirmam realizar esta conferência e 16% raramente realizam este tipo de procedimento. Revelando que o profissional enfermeiro em sua maioria sabe da importância em manter estes equipamentos e materiais prontamente dispostos para o uso numa possível emergência.

A padronização de condutas na RCP, recursos financeiros, materiais e equipamentos disponíveis, bem como determinação do papel de cada membro da equipe e o emprego de protocolos específicos favorecerão uma rápida e eficaz atuação do profissional, evitando a morte, minimizando sequelas alcançando o restabelecimento das condições vitais do paciente/cliente (SILVA, 2006).

3.1 SUPORTE BÁSICO DE VIDA E SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA EM ADULTOS

Para Bellan et al (2006) o enfermeiro possui dois grandes papéis durante o atendimento a PCR, primeiramente é ele e sua equipe quem inicia o SBV para manter a circulação dos principais órgãos vitais e segundo deve auxiliar no SAVC objetivando cuidar e reverter este quadro.

A Lei 7.498/86 em seu artigo 11, alínea m, refere o enfermeiro como o responsável pelo “cuidado de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”, cabendo a este privativamente o cuidado a pacientes/clientes em situações que exija rápida e segura atuação (WOODS, 2010, p. 20 e 21).

Quando ocorre uma PCR ou alguma emergência que ponha a vida em risco, uma resposta rápida e hábil pode fazer a diferença entre vida e morte e entre a sobrevivência intacta e as sequelas.

A AHA iniciou a padronização das manobras durante o atendimento de PCR em 1970, para uniformizar o atendimento. Desde então os estudos se expandiram e

multiplicaram, unindo a outros representantes como o Conselho Europeu de Ressuscitação, criando novas diretrizes sobre SBV e SAVC em 1992 e 1998 (BELLAN et al, 2006). A padronização das etapas é de extrema importância para que se utilizem uma mesma linguagem, pois sendo a PCR uma emergência altamente complexa, os profissionais que atuam neste momento saberão a sequência exata das manobras, podendo assim alcançar resultados satisfatórios (ALMEIDA, 2008).

O Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória (1996), a AHA e a Fundação Interamericana do Coração (2002), orientam que todos os serviços de saúde devem oferecer treinamentos periódicos a seus funcionários, pois devido aos grandes avanços técnicos e científicos estes profissionais devem sempre se manter atualizados de forma a alcançar o êxito no atendimento (BELLAN et al, 2006). Corroborando com os estudos de Silva (2006), que o atendimento prestado nesta situação de emergência por profissionais capacitados está diretamente ligado a sobrevida destes pacientes/clientes, em contrapartida neste estudo realizado no Brasil, os índices mostram a importância da destreza e agilidade para o sucesso no atendimento a PCR, somando 30% dos atendimentos bem sucedidos e 10% destes sobreviventes saem sem sequelas neurológicas ou com pequeno grau de incapacidade funcional e 90% dos pacientes/clientes evoluem para óbito logo no primeiro ano após a ocorrência.

Para facilitar a memorização das etapas do atendimento a PCR, uma vez que esta é uma ocorrência também comum no meio extra-hospitalar, foi criada pela AHA a corrente de sobrevida, composta por cinco elos que se interligam que facilitam a sequência que o atendente deve seguir durante o atendimento a PCR. (GUIMARÃES et al, 2010).



Figura 8 – Cadeia de Sobrevivência de ACE adulto (In: GUIMARÃES et al, 2010, p.2).

Pela grande complexidade das manobras que envolvem este tipo de emergência, se faz necessária à sistematização do atendimento, dando origem às diretrizes internacionais sobre RCP que são atualizadas a cada cinco anos pelos representantes da Ilcor. De forma a dividir o atendimento a PCR em duas etapas: SBV que compreende a avaliação primária e o SAVC que compreende a avaliação secundária (CALIL & PARANHOS, 2007).

Neste trabalho serão utilizadas as diretrizes de 2010 da Europa (ERC) e da América (AHA) para o atendimento a PCR. Lembrando que cada país deve seguir estas diretrizes de forma muito particular, considerando as recomendações, mas de forma a integrá-las na realidade local.

3.2 SUPORTE BÁSICO DE VIDA: AVALIAÇÃO PRIMÁRIA AO PACIENTE/CLIENTE EM PCR

Segundo Silva (2006), o SBV é a primeira etapa do atendimento a PCR, caracterizado pelo atendimento imediato à vítima, compreendendo desde o diagnóstico até a implementação de medidas que promovam a ventilação e a circulação artificial, sem instrumental de qualquer natureza, podendo ser realizado por leigos treinados ou profissionais da saúde.

Nesta primeira etapa do atendimento a PCR em adultos, segundo as novas Guimarães et al, 2010 e Carneiro et al (2010), para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência, o profissional de saúde deve realizar a Avaliação Primária que consiste no C – A – B – D primário do atendimento, respectivamente C (*circulation* ou circulação), A (*airway* ou vias aéreas), B (*breathing* ou respiração) e D (*desfibrillation* ou desfibrilação).

O SBV pode ser realizado tanto no âmbito extra-hospitalar quanto no intra-hospitalar, sendo composto pelos seguintes passos a seguir:

- ⇒ **Verificar a responsividade:** o profissional (ou atendente) deve chamar pelo paciente/cliente em tom alto, para que o mesmo possa ouvir no caso de um possível desmaio, utilizando estímulo verbal e tátil, posicionando as duas mãos sobre seus ombros, chamando-o pelo nome.

- ⇒ **Se o paciente responder:** o profissional (ou atendente) deve colocá-lo na posição de recuperação e observá-lo.
- ⇒ **Se a vítima não responder:** ou estiver sem respiração, ou com respiração anormal (gasping), o profissional (ou atendente) deve verificar o pulso nas grandes artérias, se não sentir o pulso em 10 segundos, deve-se em seguida solicitar ajuda, acionando a equipe de enfermagem e o médico e iniciar a RCP e usar o Desfibrilador Externo Automático ou o Desfibrilador convencional. Nestes primeiros minutos que seguem após a PCR o paciente/cliente pode apresentar movimentos respiratórios em esforço ou inspirações ocasionais, lentas e ruidosas, chamada de respiração agônica, nestes casos não confundir com respiração normal, deve-se proceder com RCP imediatamente, mesmo se houver dúvida.

- ⇒ **Seguir a sequência C – A – B:** pois a PCR acomete principalmente os adultos cujo ritmo cardíaco inicial é a FV ou TV sem pulso, que só terão um bom prognóstico se for instituído imediatamente a RCP e a desfibrilação precoce, dando maior ênfase nas compressões torácicas (circulação).

- ⇒ **RCP (C – circulação/compressões torácicas):** as novas diretrizes para RCP 2010 dão maior acentuação a RCP de alta qualidade. Após diagnosticar a PCR o profissional deve iniciar as compressões torácicas antes de aplicar as duas ventilações de resgate, diminuindo assim o início da primeira aplicação da compressão. Seguindo a sequência de 30 compressões por 2 ventilações (30:2), sendo cinco ciclos completos de compressão-ventilação, devendo reavaliar o paciente/cliente após dois minutos de RCP, verificando os sinais de circulação e respiração, permanecendo ausentes, reiniciar a RCP, reavaliando-o em intervalos de poucos minutos. A técnica das compressões torácicas externas deve ser aplicada de forma seriada e rítmica sobre a metade inferior do esterno, determinando um fluxo sanguíneo devido à pressão intratorácica ou a compressão direta ao coração. Antes de iniciar as compressões torácicas o profissional deve posicionar o paciente/cliente em decúbito dorsal, mantendo a cabeça da vítima na mesma posição do coração. Localizar o final do apêndice xifoide, posicionar dois dedos acima em direção

cefálica, acima deste local, posicionar a região hipotênar das mãos, uma sobreposta a outra, mantendo os dedos entrelaçados e iniciar as massagens cardíacas de forma a esperar o retorno completo do tórax a cada compressão. Durante as manobras, os braços devem estar estendidos e os ombros em linha reta com suas mãos. De acordo com a AHA 2010 as compressões torácicas devem ter uma frequência de 100/minuto, numa relação de 30:2, comprimindo o esterno do paciente/cliente em 5 centímetros (2 polegadas) e deve trocar o profissional (ou atendente) a cada dois minutos de massagem cardíaca para garantir sua eficácia. Desta forma a RCP será iniciada tão logo se constate a PCR, realizando a primeira série de compressões torácicas, e em seguida será realizado a abertura das vias áreas, aplicando as 2 ventilações, dando sequência aos 5 ciclos de 30:2.

- ⇒ **A - Vias aéreas:** após instituir as 30 compressões torácicas iniciais, o profissional (ou atendente) deve realizar a abertura das vias aéreas. A vítima inconsciente pode apresentar relaxamento da musculatura da base da língua provocando a obstrução das vias aéreas, de modo que o profissional deverá primeiramente realizar a desobstrução desta via aérea que pode ser realizada através de duas manobras, a hiperextensão da cabeça e elevação do mento (queixo), ou a elevação da mandíbula em casos de possíveis traumas. Na manobra de hiperextensão da cabeça e elevação do mento, o profissional deve apoiar uma mão sobre a testa da paciente/cliente, pressionando a cabeça para traz, com a outra mão, posicionar os dedos na parte inferior da maxila, elevando-a, deslocando o mento para frente e levando os dentes à quase oclusão. Na elevação da mandíbula, realizada em pacientes/clientes com suspeita de traumas, deve-se colocar uma mão em cada lado da cabeça do indivíduo e sustentar os cotovelos em cima da superfície que ele descansa, erguendo a mandíbula para frente. Desta forma em ambas a manobras são liberadas as vias aéreas do paciente/cliente.
- ⇒ **B – Respiração:** o profissional (ou atendente) realiza duas ventilações, posteriores as 30 compressões torácicas e abertura das vias aéreas.

⇒ **D – Desfibrilação:** para PAZIN *et al* (2003), a desfibrilação consiste da utilização de corrente elétrica consecutiva no tórax ou diretamente no coração para promover a despolarização das células cardíacas. Estudos afirmam que a FV e TV sem pulso são as arritmias cardíacas mais comuns nos primeiros minutos de PCR, e que neste momento deve-se iniciar RCP e desfibrilação precoce, num período de até 3 minutos, pois na FV ocorre depleção de oxigênio e energia ao coração, através do choque poderá ocorrer à reversão do quadro e promover o retorno da circulação espontânea, pois com o avançar dos minutos, ambos os ritmos podem evoluir para uma Assistolia ou AESP, inviabilizando o choque de imediato. Nas novas diretrizes da AHA 2010 reafirmam a importância do uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) também em ambientes hospitalares, para não retardar o tempo entre o início da RCP precoce e a instituição do primeiro choque, devido à facilidade de qualquer pessoa utilizá-lo. Em estudos, ficou comprovado que se um choque não eliminar a FV, deve-se na sequência continuar a RCP, e depois avaliar a possibilidade de outro choque.

Para simplificar o atendimento a PCR, (GUIMARÃES *et al*, 2010), criou o algoritmo universal simplificado para o SBV em adultos.

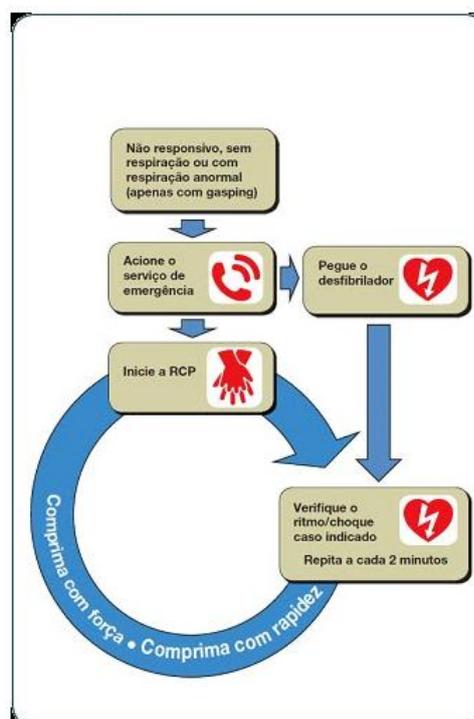


Figura 9 – Algoritmo de SBV simplificado (In: GUIMARÃES *et al*, 2010, p. 3).

3.3 SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM CARDIOLOGIA: AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA AO PACIENTE/CLIENTE EM PCR

Dando sequência ao atendimento da PCR é instituído o SAVC, que inclui o uso de equipamentos adicionais para o suporte ventilatório, a monitorização cardíaca, a desfibrilação com o uso do desfibrilador convencional ou outras formas para corrigir as arritmias, o estabelecimento de acesso venoso, o uso de fármacos e os cuidados pós-ressuscitação (SILVA, 2006).

De acordo com Guimarães et al, 2010 e Carneiro et al (2010), para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência para adultos, o profissional deverá sustentar o SBV e instituir a Avaliação Secundária que consiste no C – A – B – D secundário, respectivamente C (*circulation* ou circulação), A (*airway* ou vias aéreas), B (*breathing* ou respiração), D (Diagnóstico Diferencial), realizado somente por profissionais da saúde, especialmente enfermeiros e médicos dentro do contexto intra-hospitalar.

- ⇒ **Ênfase nas compressões torácicas (C – Circulação):** manter a massagem cardíaca (RCP), cinco ciclos de 30:2, numa frequência de 100 compressões torácicas por minuto, numa profundidade de 5 cm, permitindo a cada compressão o retorno total do tórax, assegurando a qualidade nas manobras e evitando interrupções entre as massagens cardíacas. O paciente/cliente deve estar monitorado; quando o desfibrilador estiver presente interromper a massagem cardíaca somente para posicionar as pás e os eletrodos, na presença de ritmos desfibriláveis como a FV/TV sem pulso aplicar um choque de 360 joules em aparelhos monofásicos ou 150-200 joules em bifásicos retornando imediatamente as compressões torácicas; continuar com SBV por 2 minutos e reavaliar o ritmo, se persistir aplicar novo choque (360 joules em monofásicos e 150-360 joules bifásicos), continuar a massagem 30:2, se não houver mudança no ritmo aplicar o 3º choque com a mesma carga anterior, intercalando com o SBV. Realizar a punção de dois acessos venosos (EV) calibrosos na região ante cubital de ambos os membros superiores para a administração endovenosa de medicamentos e reposição de líquidos, devendo realizar a cada administração de medicação um *bolus* de 10 a 20 ml

de soro fisiológico (SF) e elevar o membro superior por alguns segundos de modo a promover a chegada da droga mais rapidamente na circulação central. Além do acesso venoso ou na impossibilidade deste, pode ser instituído um acesso intraósseo (IO) que pode ser realizado por médicos ou profissionais treinados. Após o terceiro choque pode administrar ou por via EV/IO 1mg de epinefrina/adrenalina que contribuirá para a reperfusão do miocárdio aumentando a probabilidade de sucesso no choque seguinte e 300mg de amiodarona seguidos por *bolus* de 10 a 20 ml de SF, pode-se fazer necessária mais uma dose de amiodarona de 150mg em casos de FV/TV refratária seguida de 900mg em reperfusão EV nas 24 horas seguintes. Na ausência desta droga recomenda-se o uso da lidocaína, 1mg/kg, desde que não se tenha feito uso da amiodarona. Até que ocorra o retorno da circulação espontânea deve-se oferecer 1mg de epinefrina/adrenalina a cada 3-5 minutos, independente do ritmo, ou seja, a cada 2 minutos de SBV. Em casos de ritmos não desfibriláveis como a Assistolia e a AESP iniciar SBV (30:2) e administrar epinefrina/adrenalina assim que instituir uma via EV, após 2 minutos verificar o ritmo, mantendo o ritmo continuar as massagens cardíacas, mas na presença de ritmo organizado checar pulso, na sua ausência retomar SBV. Também ofertar 1mg de epinefrina/adrenalina a cada 3-5 minutos. Se no decorrer o ritmo alterar para FV seguir o algoritmo para ritmos desfibriláveis. Ofertar imediatamente a pacientes/clientes em PCR oxigênio na maior concentração disponível, até que se possa mensurar adequadamente a SaO₂ por oximetria de pulso (Spo₂) ou gasometria arterial, garantindo uma concentração entre 94-98%.

- ⇒ **Estabelecer via aérea avançada (A – via aérea):** o médico é o responsável por instituir uma via aérea definitiva no paciente/cliente através da intubação endotraqueal ou via aérea supra glótica, mantendo na sequência as compressões torácicas sem interrupções.

- ⇒ **Ventilar o paciente/cliente (B – respiração):** após a intubação confirmar se o tubo está posicionado adequadamente, auscultando a região epigástrica e monitorar o volume da pressão parcial de gás carbônico na mistura gasosa expirada em relação ao tempo através da capnografia (se houver débito

cardíaco). Realizar 100 compressões por minuto sem pausas para ventilar e realizar a ventilar a cada 8 a 10 segundos, interrompendo as compressões torácicas somente para desfibrilar e avaliar o paciente/cliente.

⇒ **Diagnóstico diferencial – D:** refere-se na identificação e tratamento de possíveis causas reversíveis para assistolia e AESP, onde temos os 5H e 5T, aplicando medidas específicas para cada ocorrência além das manobras do SBV e SAVC.

De acordo com as novas diretrizes Guimarães et al, 2010 o algoritmo do SAVC simplificou-se, dando maior ênfase na importância da RCP de alta qualidade, minimizando interrupções nas compressões torácicas e evitando ventilação excessiva.

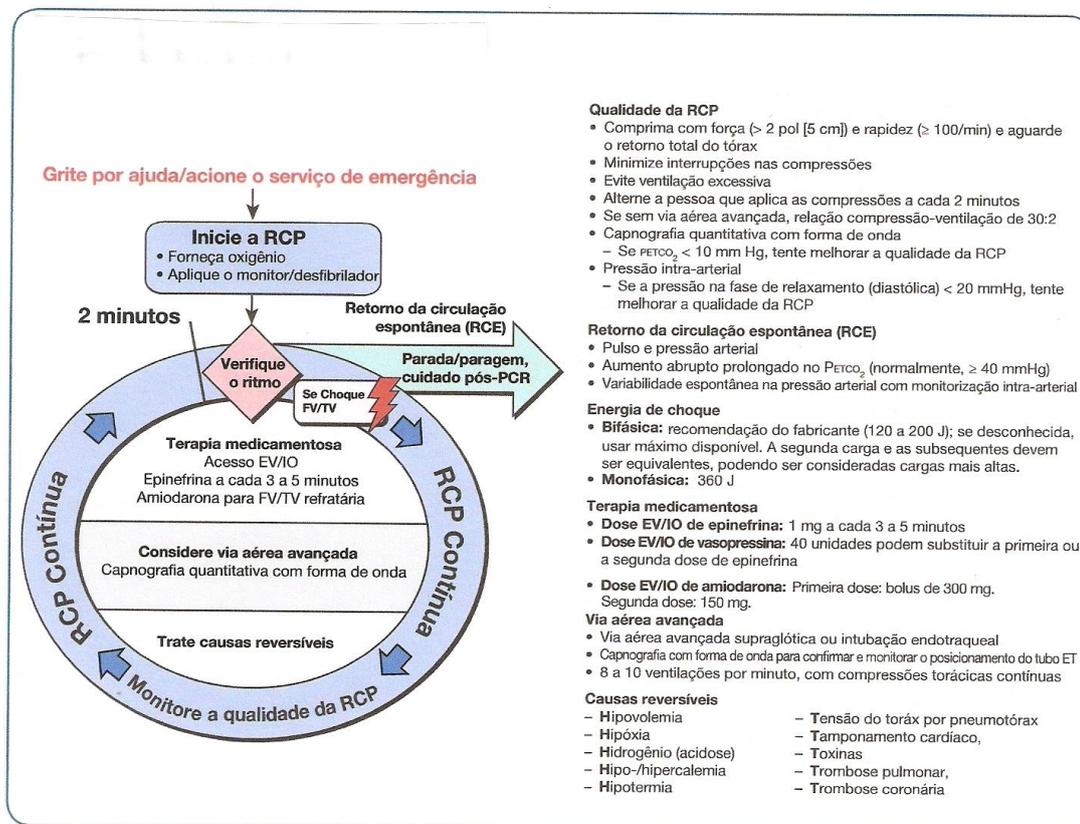


Figura 10 – Algoritmo do SAVC Circular (In: GUIMARÃES et al, 2010, p. 14).

3.4 CUIDADOS AOS PACIENTE/CLIENTES PÓS-PCR

Quando se obtêm o sucesso nas manobras de SBV e SAVC e o paciente/cliente tem o retorno da circulação espontânea, mantê-lo monitorado rigorosamente em uma UTI para avaliar seus parâmetros vitais, de modo a preservar a perfusão tecidual, oxigenação adequada aos tecidos, função neurológica, cardíaca e pulmonar, impedindo a falência múltipla dos órgãos e sistemas. O enfermeiro é o responsável por instituir estas medidas de controle da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, avaliar o ritmo cardíaco, funcionamento dos rins, realizar exames como a gasometria arterial para avaliar os gases sanguíneos, a dosagem de eletrólitos e o nível de consciência, até que ocorra a estabilização hemodinâmica e respiratória (CINTRA et al, 2008). Corroborando com Guimarães et al (2010), que os principais objetivos subsequentes ao tratamento dos pacientes/clientes pós-PCR é melhorar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais após o retorno da circulação espontânea (RCE); identificar e tratar SCA e outras causas reversíveis (5H e 5T), controlar a temperatura corporal visando à minimização de sequelas e prever, tratar e prevenir a disfunção múltipla de órgãos, evitando a ventilação excessiva e os efeitos da alta concentração de oxigênio (hiperóxia).

Bellan et al (2006), afirma que o enfermeiro além de todas estas especificações de ordem prática, deve também realizar outras questões de ordem administrativa como os registros de enfermagem, orientar sua equipe quanto à checagem e reposição dos materiais utilizados no carrinho de emergência e prestar o atendimento a família, esclarecendo todas as dúvidas e relatando como está a situação de seu ente querido e como se desenvolveu todo o atendimento.

O ENFERMEIRO E A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

De acordo com Palhares (2008), a sobrevivência dos pacientes/clientes que apresentam PCR no âmbito hospitalar está intimamente relacionado com o profissional que primeiramente atenderá esta chamada. Neste caso, podemos citar a enfermagem como os profissionais da área da saúde que permanecem longos períodos a beira do leito, revelando a importância destes profissionais de serem devidamente preparados para atuarem nesta emergência.

Miotto *et al* (2009, p. 329), refere que a mortalidade e morbidade das vítimas de parada cardíaca súbita estão diretamente relacionadas à habilidade dos profissionais de saúde ou leigos em usar apropriadamente seu conhecimento (cognição) e capacidade de realizar a RCP (desempenho psicomotor).

A equipe que atende esta ocorrência deve possuir o conhecimento teórico e habilidades práticas em SBV e SAVC para alcançarem o sucesso do atendimento, pois segundo estudos, a presença de pelo menos um profissional com treinamento em SAVC eleva os índices de sobrevivência, e que este índice atinge cerca de quatro vezes mais quando este profissional é um enfermeiro(a) (LIMA *et al*, 2009).

Em outra pesquisa realizada por Luzia & Lucena (2009), para o atendimento da PCR ter como resultado final o sucesso devemos considerar algumas variáveis como o tipo de parada, tempo de RCP, tempo de PCR até o início da RCP, desfibrilação precoce e presença de equipe treinada em SAVC (ACLS).

De modo que se faz necessário treinamento da equipe por meio de programas de educação continuada, assim como avaliação periódica da retenção do conhecimento (HADI, 2008).

Para Brião *et al* (2009, p. 2), o sucesso no atendimento a PCR é determinado pelo:

Reconhecimento precoce dos sinais de parada cardíaca, da rápida ativação de sistema de atendimento de emergência, da pronta instituição do suporte básico e avançado de vida, incluindo a desfibrilação elétrica e o uso precoce de agentes farmacológicos. Todas essas etapas interligadas são indispensáveis para o sucesso total da reanimação cardiorrespiratória.

Ainda segundo os mesmos autores, num estudo de coorte publicado em 2000, demonstrou que a sobrevivência de pacientes/clientes pós-PCR foi de 38% quando

atendidos por enfermeiras que possuíam o curso ACLS (SAVC) oferecido pela AHA para profissionais médicos e enfermeiros e demais especialidades, e que os pacientes/clientes atendidos por enfermeiras que não participaram do curso obtiveram apenas uma taxa de sobrevivência de 10%, ressaltando a importância do treinamento de toda a equipe para situações de emergência.

Sabemos que a essência da profissão Enfermagem é o “cuidado” e que isso se faz diariamente na assistência de enfermagem com o paciente/cliente internado, de maneira que estes profissionais avaliam constantemente o estado clínico de seus sujeitos, através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), podendo com seus conhecimentos avaliarem possíveis vítimas de PCR, intensificando suas atenções para aqueles que apresentarem alterações significativas nos sinais vitais, sinalizando uma atenção redobrada para estes pacientes/clientes que podem desenvolver uma PCR (LUZIA & LUCENA, 2009).

Tudo isso deve ser baseado numa atuação eficaz da equipe de enfermagem, que pode antecipar condutas e medidas, prevenindo ou diminuindo os danos ao paciente dela decorrentes, agindo no menor tempo possível. É de responsabilidade do enfermeiro a tomada de decisão quando se verifica a falta de movimentos respiratórios, ausência de batimentos cardíacos e a não responsividade a estímulos, fazendo-se necessária a imediata reanimação, devido a perdas irreversíveis que o cérebro sofrera com a diminuição de oxigênio. Este atua a frente de sua equipe, comandando-a, de forma a liderar o atendimento, devendo estar preparados para tomar decisões em curto período de tempo (SILVA et al, 2001).

Para Silva (2006), a equipe que atende esta ocorrência deve ser como uma excelente orquestra sinfônica. Cada membro da equipe tem papéis distintos, mas de forma a executar uma mesma peça, liderados pelo enfermeiro, que com sua habilidade de organização e desempenho se atem aos detalhes e aos resultados almejados, não havendo desculpas para a desorganização e atitudes desordenadas.

O presente estudo constitui-se de revisão da literatura de natureza quantitativa, considerando os materiais disponíveis nas seguintes bases de dados bibliográficos: Google Acadêmico, Scielo, Teses USP, Tese da UNESP, Teses da Unicamp e livros.

A expressão da pesquisa constou dos seguintes unitermos: PCR, RCP, ACLS, BLS, Enfermagem, Importância do Enfermeiro. A revisão sistemática foi realizada no ano de 2011, e abordou o período compreendido entre 2000 e 2010, no idioma português.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos compreendem os que enfatizaram a importância da atuação do Enfermeiro na RCP relacionando com a sobrevivência dos pacientes.

Para a análise e síntese do material, foram observados os seguintes procedimentos: a) leitura informativa ou exploratória, que constituiu na verificação dos resumos a fim de descobrir se os artigos selecionados tratarão, realmente, do objeto a ser explorado; b) leitura do artigo na íntegra e posterior análise e discussão do mesmo de acordo com seus resultados e parâmetros; c) síntese dos dados, enfocando os objetivos, método e resultados do pesquisador; d) divisão dos trabalhos em grupo de acordo com as semelhanças entre eles; e) análise dos artigos e conclusão da leitura.

Foram considerados no estudo 21 artigos. Desse total de publicações foram excluídos 6 (29%), por não atenderem ao critério de inclusão previamente estabelecido. Assim, um total de 15 (71%) produções foram selecionadas e compõem o trabalho, como mostra a tabela abaixo.

Ano de publicação	Nº de artigos	Frequência %
2001	01	7%
2004	01	7%
2005	01	7%
2006	02	13%
2008	04	26%
2009	05	33%
2010	01	7%
Total	15	100%

Tabela 1 – Caracterização dos artigos por ano de publicação (In: Levantamento bibliográfico).

Podemos observar no resultado apresentado, que num período de 2001 a 2006 houveram poucas publicações relacionadas ao tema.

Destaca-se o ano de 2009, quando houve um maior percentual de produções científicas (33%).

A tabela 1 também demonstra que durante a década de 2000, o número de produções cresceu consideravelmente dentro de uma margem de 7% em 2001 a 33% em 2009. Mas evidencia ainda que no final da década um declínio demonstrado com um percentual de 7%.

Nota-se que houve uma atenção voltada aos estudos de atuação do enfermeiro no atendimento a PCR, o que nos leva a crer que o mesmo tem se destacado em suas práticas e conhecimentos específicos de sua área de atuação.

Ao mesmo tempo, percebe-se a necessidade de se implementar mais estudos sobre a temática, objetivando mostrar a importância do enfermeiro enquanto líder e assistencialista no atendimento ao paciente/cliente em PCR.

Corroborando com os estudos de Luzia & Lucena (2009), que embora o profissional enfermeiro tenha um papel de extrema importância durante a atuação num evento

de PCR, junto ao profissional médico, isso não se estabelece nas publicações científicas, revelando um percentual de apenas 8% relacionado às publicações cujos autores são enfermeiros, enquanto os autores da área médica somam 92% dos estudos que envolvem o referido tema. Ambas as categorias não estiveram presentes juntas num mesmo estudo, o que agrava a situação, pois a qualidade das manobras que objetivam reanimar o indivíduo em PCR dependem diretamente da atuação em conjunto destes dois profissionais para que se alcance maiores taxas de sobrevida.

Bases de dados	Nº de artigos	Frequência%
Teses da USP	04	27%
Teses da Unicamp	02	13%
Tese da UNESP	01	6%
Scielo	04	27%
Google Acadêmico	04	27%
Total	15	100%

Tabela 2 – Caracterização dos artigos por bases de dados (In: Levantamento bibliográfico).

O processo de análise e caracterização dos artigos demonstrado na tabela 2 deixa claro um maior número de publicações no banco de Teses da USP, Scielo e Google Acadêmico, todos com 27%.

Diante do exposto, é necessário chamarmos a atenção de enfermeiros para o interesse em produzir trabalhos que venham a fundamentar ainda mais o seu importante papel durante as manobras de Reanimação Cardiopulmonar Cerebral.

Pois Bellan et al; Araújo e Araújo (2011) afirmam que quando é um enfermeiro que realiza as manobras de RCP, estas são realizadas com maior qualidade, possibilitando uma maior sobrevida ao indivíduo em PCR.

O agrupamento das produções científicas foi feito conforme a semelhança entre elas.

Das 15 publicações, apenas 01 teve como foco principal, analisar a sobrevida pós-reanimação de pacientes atendidos por Enfermeiros treinados.

O mesmo estudo demonstrou que a sobrevida de pacientes/clientes pós-PCR foi de 38% para aqueles que foram atendidos por enfermeiras treinadas, enquanto, para pacientes/clientes atendidos por enfermeiras que não tinham o curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, a taxa de sobrevida foi de apenas 10%, o que

mostra o enfermeiro como elemento essencial no manejo do paciente/cliente e equipe, melhorando os índices de sobrevivência, quando bem treinados (BRIÃO et al, 2009).

Como podemos evidenciar nos estudos de Palhares (2008), onde a equipe de enfermagem diagnosticou a PCR em mais da metade (53,4%) dos casos na primeira etapa do estudo, onde foram observados os atendimentos a 15 pacientes/clientes e 80% dos casos na terceira etapa após a equipe de enfermagem ter passado por treinamentos em SBV e SAVC.

O enfermeiro deve possuir conhecimento científico, habilidades e agilidade para atuar com segurança e com qualidade durante a assistência a estes pacientes/clientes graves, pois estes profissionais estão em maior número dentro dos hospitais e são eles que na maioria das vezes fazem o diagnóstico de PCR.

O que pode ser feito para melhorar o atendimento ao paciente/cliente em PCR? O que nos respalda para propor soluções é o domínio científico e a visão crítica que possuímos, pois cabe a nós Enfermeiros assistirmos aos pacientes/clientes críticos, e sabemos que podemos fazê-lo com mais qualidade.

Pelos dados obtidos através da pesquisa, pode-se constatar que as equipes de enfermagem atuante em ambiente hospitalar no atendimento ao paciente/cliente em PCR, ainda não estão completamente preparados para realizá-lo com segurança e conforme preconiza a AHA, ACE e ERC. Portanto, faz-se necessário a capacitação destes profissionais em nosso país, visando prevenir óbitos ou sequelas evitáveis às vítimas de PCR.

Estudos evidenciam o enfermeiro como elemento de fundamental importância durante as manobras de RCP.

Mas também encontrou-se grandes dificuldades em localizar as publicações disponíveis relacionadas ao tema, o que nos mostra a necessidade da execução de estudos para demonstrar e incentivar o profissional Enfermeiro na sua capacitação, auxiliando a melhoria dos índices de sobrevivência.

Consideramos que o presente trabalho demonstra a necessidade de atualização constante do Enfermeiro sobre o assunto e que o treinamento das equipes de enfermagem devem ser instituídos nas esferas públicas e privadas de assistência a saúde e reduziriam os altos índices morbimortalidade relacionadas à PCR.

Termino desejando que este estudo possa servir de estímulo para que outras pesquisas a respeito da atuação do Enfermeiro no atendimento a PCR, relacionada à sobrevivência do paciente/cliente, possam ser realizadas, com o objetivo final de melhorar a qualidade da assistência de Enfermagem ao paciente/cliente em PCR.

ALMEIDA, Angélica Olivetto de. **Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar.** 2008. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000437979>>. Acesso em: 11/Ago./2011.

ASSUNÇÃO, Rosana Claudia. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná.** 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=20&Itemid=96&lang=pt-br&cx=011662445380875560067%3Acack5lsxley&cof=FORID%3A111&hl=pt-br&q=Avalia%C3%A7%C3%A3o+dos+aspectos+%C3%A9ticos+e+legais+dos+registros+de+enfermagem+na+PCR+em+hospital+escola+do+Paran%C3%A1&siteurl=www.teses.usp.br%252Findex.php%253Foption%253Dcom_jumi%2526fileid%253D20%2526Itemid%253D96%2526lang%253Dpt-br#1629>. Acesso em 07/Ago./2011.

BELLAN, Margarete Consorte. **Capacitação do Enfermeiro para o atendimento da Parada Cardiorrespiratória.** 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000385945&fd=y>>. Acesso em: 05/Ago./2011.

BELLAN, Margarete C.; ARAÚJO Izilda I. M. & ARAÚJO Sebastião. **Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória.** 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/23.pdf>>. Acesso em: 11/Ago/2011.

Bíblia Sagrada. Editora Ave Maria, 143ª Edição, São Paulo, 2001. p. 50.

BRIÃO, Renata da Costa *et al.* **Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória.** 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_07.pdf>. Acesso em 05/Ago/2011.

CALIL, Ana Maria & PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. 1ª Edição, São Paulo, Editora Atheneu, 2007, p. 495 a 506.

CARNEIRO, Antônio H; ALBUQUERQUE, Aníbal & FÉLIX, Miguel. **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010**. Disponível em: <http://www.iberdata.pt/Directrizes_SBV_SAV_2010_Adulto_Pediatrico_Neonatal.pdf>. Acesso em: 12/Ago/2011.

CINTRA, Elaine de Araújo; NISHIDE, Vera Médice & NUNES Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ª Edição, São Paulo. Editora Atheneu, 2008, p. 323 a 339.

COELHO, Vander Caferro. **Atuação do Enfermeiro em Parada Cardiorrespiratória em ambiente hospitalar**. 2009. Disponível em: <http://www.fassp.edu.br/uploads/monografias_142.pdf>. Acesso em: 14/Jul/2011.

FARIAS, Glaucea Maciel et al. **Iatrogenias na assistência de enfermagem: características da produção científica no período de 2000 a 2009**. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/165/130>. Acesso em: 12/Jan/2011.

FEREZ, David. **Reanimação Cardiopulmonar**. s/a Disponível em: <http://www.unifesp.br/dcir/anestesia/rcp_ferez.pdf>. Acesso em: 05/Ago./2011.

GUIMARÃES, Hélio Penna *et al.* **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar**. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a177-187.pdf>>. Acesso em: 05/Ago./2011.

GUIMARÃES, Hélio Penna *et al.* **Destques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/novas-diretrizes.pdf>>. Acesso em: 12/Ago./2011.

HADI, Hafisa Abdon Musser. Tese **Crenças dos Enfermeiros de**

Unidades Diagnósticas sobre o atendimento à Parada Cardiorrespiratória. 2008. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=20&Itemid=96&lang=pt-br&cx=011662445380875560067%3Acack5lsxley&cof=FORID%3A11&hl=pt-br&q=8.%09Cren%C3%A7as+dos+enfermeiros+de+unidades+diagn%C3%B3sticas+sobre+o+atendimento+%C3%A0+PCR&siteurl=www.teses.usp.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_jumi%26fileid%3D20%26Itemid%3D96%26lang%3Dpt-br#1349>.

Acesso em 11/ago/2011.

LIMA, Maria I. C. *et al.* **Atendimento à Parada Cardiorrespiratória: atuação de dificuldades de enfermeiros em uma instituição filantrópica do Vale do Paraíba Paulista.** 2008. Disponível em:

<http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC1009_01_O.pdf

>. Acesso em: 30/Junho/2011.

LIMA, Sandro Gonçalves de *et al.* **Artigo Educação permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem.** 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/12.pdf>>. Acesso em: 05/Ago/2011.

LUZIA, Melissa de Freitas & LUCENA Amália de Fátima. **Parada Cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem.** 2009. Disponível em:

<[http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23633/000725772.pdf?sequence=](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23633/000725772.pdf?sequence=1)

1>. Acesso em: 15/Jul/2011.

MARTINS, Herlon Saraiva *et al.* **Emergências Clínicas Abordagem Prática.** 3ª Edição, Barueri, Editora Manole, 2007, p. 3 a 16.

MIOTTO, Heberth César *et al.* **Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar utilizando treinamento teórico versus treinamento teórico-prático.** 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n3/aop10010.pdf>>. Acesso em:

05/Ago./2011.

PALHARES, Valéria de Castilho. Tese **Avaliação e capacitação da equipe**

de enfermagem para o atendimento da parada cardiorrespiratória em uma unidade de Terapia Intensiva de um pronto socorro. 2008. Disponível em: <<http://www.pg.fmb.unesp.br/projetos/17032008133.pdf>>. Acesso em: 11/Ago./2011.

PAZIN-FILHO, Antonio *et al.* **PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR).** Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/3_parada_cardiorrespiratoria.pdf>. Acesso em: 05/ago./2011.

PIMENTA, João. **Morte súbita: causas, identificação de pessoas sob-risco e prevenção.** 2002. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/viewFile/89/33>>. Acesso em: 12/Ago./2011.

SILVA, Ângela Rosa. Tese **Parada Cardiorrespiratória em Unidades de Internação - Vivências do enfermeiro.** 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082006-160807/pt-br.php>>. Acesso em 05/Ago/2011.

SILVA, Fábila Elaine da; SANNA Maria Cristina & NUNES Berenice. **Tomada de decisão do enfermeiro frente a uma parada cardiorrespiratória.** 2006. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-06.pdf>>. Acesso em 01/Set/2011.

SILVA, Sandra Cristine da & PADILHA Kátia Grillo. **Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a07.pdf>. Acesso em: 21/Set/2011.

PASSADOR, Dr.^a Mirela Bertoli. **Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem.** 2010. Disponível em: < http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Principais_Legislacoes_abril_11.pdf>. Acesso em: 16/Set/2011.

Quadro referente aos trabalhos analisados de acordo com os autores, título, objetivos, metodologia, resultados e conclusões.

Nº.	Autores	Título	Objetivos	Metodologia	Resultados/Conclusões
1	Gomes, André Mansur de Carvalho Guanaes.	Fatores prognósticos de sobrevida pós-reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral	Analisar as características clínicas e demográficas dos pacientes que receberam reanimação cardiorrespiratória e detectar fatores prognósticos de sobrevivência a curto e longo prazo.	Utilizou-se análise uni, bivariada e estratificada nas associações entre as variáveis e a curva de sobrevida de Kaplan-Meier e a regressão de Cox para análise de nove anos de evolução.	Predominou o sexo masculino; metade da amostra tinha ao menos uma doença de base. A PCR foi testemunhada em 77% dos casos e em 69% deles realizaram a RCP. A sobrevida imediata foi de 24% e a alta hospitalar de 5%. Conclui-se que os dados observados podem servir de subsídios para os profissionais de saúde decidir quando iniciar ou para uma RCP no ambiente hospitalar.
2	Hadi, Hafisa Abdon Musser.	Crenças dos Enfermeiros de Unidades Diagnósticas sobre o atendimento à Parada Cardiorrespiratória.	Verificar as estruturas de atendimento à PCR e identificar as crenças pessoais e normativas dos enfermeiros que atuam em unidades diagnósticas	Estudo de cunho qualitativo.	Entre as crenças de atitudes, evidenciou as crenças afetivas negativas em relação à execução do comportamento; nas crenças normativas obtiveram os referentes sociais positivos para a execução do comportamento, fatores estimuladores e desestimuladores do comportamento. Concluiu-se que é imprescindível que os programas educacionais sejam elaborados a partir de fatores que motivem, possibilite e reforcem o enfermeiro a adotar determinado comportamento.
3	Assunção, Rosana Claudia.	Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná	Avaliar os aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem no atendimento a pacientes que apresentam PCR.	Estudo descritivo, retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa dos registros de enfermagem.	Foram encontrados dentre os prontuários 88,60% dos registros sem identificação da categoria funcional; 94,74% sem identificação do profissional; 90,35% sem informações. Concluiu-se que existe uma deficiência na elaboração dos registros de enfermagem, o que é inconcebível tanto no aspecto legal quanto na

					ética.
4	Silva, Ângela Rosa.	Parada Cardiorrespiratória em Unidades Diagnósticas – Vivências do Enfermeiro	Estabelecer as exigências críticas no atendimento a PCR em unidades de internação, através da vivência de enfermeiros durante as manobras de RCP, identificando os incidentes críticos positivos e negativos e as ocorrências iatrogênicas.	Estudo qualitativo, utilizando a técnica do incidente crítico (TIC).	Foram selecionadas as situações secundárias, comportamentos positivos e negativos para categorizar as consequências imediatas ao paciente. Concluindo que quando estes fatores não estão bem definidos, os riscos se tornam evidentes, as ocorrências iatrogênicas frequentes e a segurança do paciente fica seriamente comprometida.
5	Bellan, Margarete Consorte.	Capacitação do Enfermeiro para o atendimento da Parada Cardiorrespiratória	Elaborar um programa de capacitação para enfermeiros na RCR capacitar o enfermeiro para o atendimento da PCR, avaliar o conhecimento dos enfermeiros. antes e após sua participação no programa e comparar a atuação dos enfermeiros submetidos ao programa com os do grupo controle.	Estudo descritivo e experimental.	As notas do grupo-A (não participou do programa) variou de forma progressiva e no grupo-B (participou do programa) de forma oscilante. Conclui-se que os conteúdos abordados e os instrumentos utilizados subsidiaram de forma favorável a execução e avaliação do programa de capacitação elaborado e implementado para os enfermeiros no atendimento da PCR.
6	Almeida, Angélica Olivetto de.	Unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas: aspectos organizacionais e conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar	Analisar a organização das Unidades não hospitalares de atendimento a urgência e emergência (UNHAU/E) em relação à estrutura física, recursos materiais e humanos e o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória (PCR) e ressuscitação cardiopulmonar (RCP), dessas unidades.	Estudo descritivo e exploratório.	Dentre os resultados mais de 60% dos respondentes não sabem detectar corretamente a PCR; cerca de 70% não sabem as condutas imediatas após a sua detecção; mais de 80% não sabem quais são os padrões de ritmos presente na PCR; acima de 60%. não sabem a sequência do suporte básico de vida (SBV); apenas 20% sabem a postura corporal correta para a realização da compressão torácica externa (CTE); mais de 60% não sabem a relação ventilação/compressão. Conclui-se que as

					UNHAU/E apresentam grandes déficits em relação à área física, recursos materiais e humanos. Em relação aos conceitos teóricos em PCR/RCP os enfermeiros obtiveram uma nota média de 5,18, indicando uma deficiência de conhecimentos em relação ao exigido para profissionais que atendem um quadro tão complexo, apesar das inúmeras diretrizes sobre o assunto disponíveis na literatura.
7	Palhares, Valéria de Castilho	Avaliação e capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da parada cardiorrespiratória em unidades de Terapia Intensiva de um pronto socorro	Avaliar o atendimento da equipe de enfermagem ao paciente em PCR, propor capacitação para esta equipe e avaliar o impacto da capacitação no atendimento do PCR na UTI de um Pronto Socorro.	Estudo clínico epidemiológico.	Os resultados obtidos evidenciam uma melhora no atendimento da PCR/RCP, mas detectam problemas neste atendimento realizado pela equipe de enfermagem. Assim, é importante que a equipe de enfermagem participe de cursos de capacitação periódicos para atualização dos conhecimentos teórico-práticos. Identificou-se ainda a necessidade de atendimento de PCR/RCP padronizado, para que este modelo possa ser adotado por outras unidades de internação, onde a PCR/RCP está presente.
8	Bellan, Margarete C.; Araújo, Izilda I. M.; Araújo, Sebastião.	Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória	Elaborar e aplicar um programa de capacitação teórica para o enfermeiro na PCR/RCP e comparar o conhecimento do grupo-A-controle com o grupo-B-experimental.	Estudo prospectivo, intervencionista e comparativo.	Verificou-se que a média das notas no grupo-A variou de forma progressiva: 6,45; 6,66 e 7,10; e no grupo-B, de forma oscilante: 6,48; 8,36 e 8,0. Concluiu-se que o grupo-B foi superior ao grupo-A. Entretanto, o desempenho do grupo-B etapa-II foi superior ao da etapa III, enquanto o grupo-A apresentou melhora progressiva.
	Brião, Renata da	Estudo de coorte para	Avaliar o conhecimento	Estudo de coorte	Os resultados mostraram, no pré-teste, que 62,9%

9	Costa <i>et al.</i>	avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória.	teórico da equipe de enfermagem quanto ao atendimento a vítimas de parada cardiorrespiratória antes, imediatamente após e decorridos seis meses de treinamento.	contemporâneo.	dos enfermeiros foram satisfatórios, no pós, 94,1% e decorrido seis meses, 64,7%. Os técnicos e auxiliares, no pré, 36,2% foram satisfatórios, no pós, 79,3% e 62,5% decorridos seis meses. Conclui-se que o treinamento em PCR melhora o conhecimento da equipe logo após o treinamento, havendo redução do escore de acertos após seis meses.
10	Lima, Sandro Gonçalves de <i>et al.</i>	Educação Permanente em SBV e SAVC: Impacto no Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem	Avaliar o impacto de um programa permanente de treinamento em SBV e SAV no conhecimento dos profissionais de enfermagem.	Estudo de corte transversal	O nível de conhecimento pré-treinamento foi inversamente proporcional ao tempo transcorrido desde a conclusão da graduação ou curso técnico. As maiores deficiências foram na abordagem inicial das vias aéreas, aos cuidados pós-ressuscitação e à técnica de massagem cardíaca externa. A média geral pós-curso foi 7,26. Os auxiliares alcançaram um desempenho de 131,2%, os técnicos de 78,9% e os enfermeiros de 85%, sem diferença estatisticamente significativa. Concluiu-se que o programa de treinamento permanente em SBV e SAV resultou em importante incremento no nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem.
11	Miotto, Heberth César <i>et al.</i>	Efeito na Ressuscitação Cardiopulmonar Utilizando Treinamento Teórico versus Treinamento Teórico-Prático	Determinar se o ensino apenas teórico é capaz de promover o ensino da RCP de boa qualidade e conhecimento em profissionais da área da saúde comparado com curso teórico-prático de suporte básico de vida.	20 enfermeiras participaram do treinamento teórico de RCP e desfibrilação externa automática. Foram comparadas com 26 alunos profissionais da saúde que participaram de um curso	Não houve diferença na avaliação teórica, entretanto a avaliação prática foi consistentemente pior no segundo grupo. Concluiu-se que a utilização de vídeos de RCP e aulas teóricas não melhoraram a capacidade psicomotora em realizar RCP de boa qualidade, entretanto pode melhorar a capacidade cognitiva

				regular semelhante; ambos forma submetidos a uma avaliação teórica e prática.	(conhecimento)
12	Coelho, Vander Caferro	Atuação do enfermeiro em parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar	Identificar e descrever, através da revisão de literatura, o atendimento básico de um enfermeiro frente uma parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar.	Estudo de revisão de literatura.	O domínio de conhecimento sobre as condições do paciente, pode garantir uma boa reanimação cardiopulmonar. Concluindo que o enfermeiro deve conhecer e fazer uso de um arsenal mínimo de conhecimento para o atendimento emergencial e educação continuada para a equipe de enfermagem, visando aperfeiçoar a execução dos procedimentos emergenciais como compressões torácicas, desfibrilação e ventilação pulmonar.
13	Luzia, Melissa de Freitas; Lucena, Amália de Fátima	Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem	Analisar a produção científica sobre parada cardiorrespiratória no paciente adulto em âmbito intra-hospitalar, com vistas a subsidiar o conhecimento da enfermagem.	Estudo de revisão de literatura.	Apontou-se a importância de uma equipe de enfermagem apta para a atuação na PCR, bem como na prevenção deste evento, sendo recomendados os programas de educação continuada. Conclui-se que são poucos os estudos de enfermagem na área da PCR, sendo fundamental o incentivo à produção científica, principalmente sobre questões que considerem a prevenção da PCR e o manejo da RCP.
14	Lima, Maria Imaculada Cunha <i>et al</i>	Atendimento à Parada Cardiorrespiratória: atuação e dificuldades de enfermeiros em uma instituição filantrópica do Vale do Paraíba Paulista	Visou analisar a atuação e as dificuldades do enfermeiro no atendimento à parada cardiorrespiratória .	Estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa.	Os resultados revelam que 88% da amostra eram mulheres, com tempo de formação e atuação de 0 e 5 anos (66%), com especialização (50%). Receberam capacitação em SBV 88% e SAVC 39%. Concluiu-se que o enfermeiro deve se conscientizar de sua importância, assumindo realmente seu papel frente à equipe,

					garantindo treinamento e capacitação para promover um atendimento eficiente e eficaz à vítima de PCR.
15	Silva, Fábila Elaine da; Sanna, Maria Cristina e Nunes, Berenice	Tomada de decisão do enfermeiro frente a uma parada cardiorrespiratória	Conhecer as dificuldades que os enfermeiros apresentam frente a tomada de decisão nessa situação.	Estudo de revisão de literatura.	A tomada de decisão faz parte de um processo que envolve valores morais, fatores psicológicos, conhecimentos técnico, científico, experiência profissional, bem como aspectos relativos aos recursos humanos e materiais disponíveis na instituição. Conclui-se que torna-se difícil para o enfermeiro a definição de sua ação durante essa emergência quando não se tem preparação suficiente durante a graduação, ou treinamento adequado.