

APLICABILIDADE DO PROTOCOLO DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

APPLICABILITY OF CARDIORESPIRATORY ARREST PROTOCOL

RESUMO: O atendimento à parada cardiorrespiratória deve ser realizado de maneira sistematizada, baseado nos protocolos de suporte básico e avançado de vida. O objetivo deste estudo é evidenciar os benefícios e os fatores que impedem a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, com análise baseada em níveis de evidências. Os dados foram obtidos através da busca em bases de dados virtuais em saúde. Através da análise dos dados observaram-se vários problemas sobre a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória dos quais se destacam: o desconhecimento do protocolo, dificuldade da integração multidisciplinar no momento do atendimento, qualidade dos registros dos profissionais sobre a causa da parada cardiorrespiratória (PCR) e do atendimento realizado, escassa produção científica sobre o tema, falta de educação continuada e permanente e tempo de formação profissional e atuação na área. Acredita-se que a estratégia de educação permanente baseada em treinamentos embasados no protocolo de parada cardiorrespiratória seja de impacto para garantir um atendimento de qualidade e com uma melhora significativa no prognóstico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: *Parada Cardíaca, Ressuscitação Cardiopulmonar, Morte Súbita, Enfermagem.*

ABSTRACT: Assistance of cardiopulmonary arrest should be carried out in a systematic way, based on the basic protocol support and advanced life. The aim of this study is to highlight the benefits and factors that hinder the applicability of cardiorespiratory arrest protocol. It is an integrative review of the literature study, with levels of evidence-based analysis. Data were obtained through the search in virtual databases in health. Through data analysis we observed various problems on the applicability of cardiorespiratory arrest protocol of which are: the lack of protocol, difficulty of multidisciplinary integration at the time of service, quality of professional records on the cause of cardiopulmonary arrest (CPA) and held service, scarce scientific literature on the subject, lack of continued and permanent education and training time and work in the area. It is believed that continuing education strategy based on training grounded in cardiac arrest protocol is impact to ensure quality care and an improvement meant the prognosis.

KEYWORDS: *Cardiac Arrest, Cardiopulmonary Resuscitation, Sudden Death, Nursing*

João Paulo Martins¹
Michele Vidal dos Santos¹
Márcia Campos de Oliveira¹
Suzane da Silva de Lima¹
Jared Farias Lima Alves¹
Ludimila Cristina Souza Silva²
Eva Maria Ferreira dos Santos³

¹ Graduando do curso de Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas.

² Docente da Faculdade Unida de Campinas. Mestra em Enfermagem; especialista em Unidade de Terapia Intensiva; Graduada em Enfermagem.

³ Enfermeira, Graduada pela Faculdade Unida de Campinas

E-mail: johnenf199@gmail.com

Recebido em: 16/04/2016
Revisado em: 01/07/2016
Aceito em: 07/09/2016

INTRODUÇÃO

Os profissionais da saúde que atuam no âmbito da urgência e emergência necessitam de habilidade e conhecimento teórico-prático, para garantirem atendimento com segurança e diminuam os riscos que ameaçam a vida do paciente¹.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o óbito causado por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano e o resultado do atendimento na PCR está diretamente ligado à rapidez e à qualidade promovida pela equipe. A chance do paciente se recuperar vai depender da aplicação imediata, segura e eficiente dos procedimentos de reanimação. Para uma efetiva Reanimação Cardiopulmonar (RCP), faz-se necessária uma equipe multidisciplinar competente que esteja ciente de qual é o seu dever no cuidado ao cliente; tendo sempre em mente a relevância de saber avaliar o quadro do paciente, que vai desde a observação de expressões ao manuseio dos instrumentos utilizados durante a reanimação².

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada da circulação e da respiração, caracterizada pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração em um paciente inconsciente, cujo diagnóstico deve ser feito com agilidade através da avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso e a mesma está dividida em quatro modalidades: assistolia, fibrilação ventricular, taquicardia

ventricular sem pulso e atividade elétrica sem pulso³.

A maioria das PCRs ocorre em adultos e do sexo masculino. As causas principais identificadas são aquelas por doença cardiovascular, choque séptico, tromboembolismo pulmonar e falência cardíaca. O trauma é a segunda causa mais frequente da PCR em adultos jovens. A causa principal da PCR em crianças é a falência respiratória. Distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos básicos são tidos como causas predisponentes. Parada cardíaca representa 78% dos casos diagnosticados, sendo que em 69% são iniciadas, imediatamente, manobras de ressuscitação⁴.

Uma vez constatadas essas condições devem-se iniciar, com brevidade, as manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), já que o cérebro não suporta a hipóxia por um período superior a cinco minutos correndo o risco de sofrer lesões irreversíveis. Portanto, a descontinuidade dessas formas pode gerar sequelas ao paciente e, até mesmo a sua morte. Numa situação de PCR existe um risco notável de mortalidade, uma vez que essa acomete pessoas que se encontram geralmente em vias públicas ou na própria residência, sendo assim, se tornam desprovidas de um atendimento rápido e eficaz⁵.

As diretrizes da *American Heart Association* (AHA) foram desenvolvidas para que os profissionais de saúde executassem a RCP adequadamente e pudessem se basear na ciência, a fim de reduzir a morte e a incapacitação. O

Suporte Básico e Avançado de Vida (SBV/SAVC) é fundamental para impedir a deterioração da vítima, predominando a manutenção da perfusão cerebral e coronária³.

O atendimento à parada cardiorrespiratória deve ser realizado de maneira sistematizada, baseado nos protocolos de suporte básico e avançado de vida. A assistência à saúde, nos casos de urgência e emergência, compreende o serviço de atendimento pré-hospitalar, que se destina ao atendimento às pessoas que necessitam de assistência em casos de urgência e emergência e que precisa de um primeiro atendimento antes da chegada ao ambiente hospitalar indicado⁶.

Assim, entende-se por urgência toda situação clínica de início súbito, seja grave ou não, com risco de falência das funções vitais, enquanto que a emergência é toda situação clínica de início súbito, em que está estabelecido ou iminente, o comprometimento de uma ou mais funções vitais⁵.

Na formação do enfermeiro, os conteúdos teóricos e práticos relacionados à PCR e manobras de RCP têm sido ministrados de forma superficial, limitados e, muitas vezes, não supre as necessidades dos alunos. As dificuldades refletirão na prática do enfermeiro, pois só a experiência profissional não oferece subsídios e embasamentos teóricos suficientes para suprir esse déficit. RCP é o conjunto de procedimentos destinado a manter a circulação de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais,

permitindo a manutenção transitória das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase⁷.

Na PCR, o risco de lesão cerebral irreversível e morte aumentam a cada minuto à medida que cessa a circulação para os órgãos vitais, como o cérebro. Durante o tempo em que o evento transcorre, o diagnóstico de PCR deve ser dado e, posteriormente, realizadas as medidas imediatas para retomar o bombeamento da circulação sanguínea⁸.

É essencial que todo profissional de saúde tenha conhecimento para o atendimento da PCR, independente de sua especialidade. O diagnóstico rápido e correto é uma das garantias para o sucesso da RCP. Esse momento de assistência que exige precisão e rapidez pode provocar, na equipe, muito estresse, cansaço, ansiedade e exaustão. Torna-se necessário que haja uma boa harmonia entre os integrantes da equipe de saúde, a fim de amenizar esse sofrimento laboral. Após tentativas frustradas de reanimação, faz-se necessário parar para reconhecer os pontos falhos. Todavia, esse é um momento quase raro, mas de extrema importância para a melhoria da assistência⁹.

As diretrizes da *American Heart Association*¹⁰ destacam as principais questões enfrentadas por socorristas e enfatiza a importância dos conhecimentos referentes às condutas diagnóstica e terapêutica voltadas ao melhor desempenho dos socorristas leigos e profissionais de saúde, associadas à melhor

qualidade de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e consequentemente melhor sobrevida⁴.

A reanimação cardiopulmonar depende de uma sequência de ações conhecida como Corrente da Sobrevivência. Os elos são o reconhecimento do colapso com solicitação de socorro, início de ressuscitação básica, desfibrilação e suporte avançado de vida. Dentre os principais fatores preditores de sobrevida na parada cardíaca fora do hospital, destacam-se o tempo até o início de manobras básicas e a desfibrilação precoce. O indivíduo em parada cardíaca tem sua sobrevida diminuída entre 7 e 10% a cada minuto sem atendimento¹¹.

O estresse ocupacional engloba uma grande quantidade de profissionais de enfermagem e torna-se responsável por um desequilíbrio nas relações sociais e profissionais, fragilizando a harmonia na assistência. Os enfermeiros que atendem em um setor de urgência têm que lidar inúmeras vezes com situações de morte, situações traumatizantes, inusitadas e desesperadas as quais afetam as emoções dos profissionais, que se encontram pressionados pelo tempo e pela exatidão na assistência¹².

Dentro dessa perspectiva, ainda pode-se englobar outros agravantes que influenciam nas condições emocionais dos profissionais. Os serviços de saúde congestionados e poucos profissionais contratados têm causado uma sobrecarga nos serviços de urgência, indicando a necessidade de recursos

humanos e equipamentos de acordo com o crescimento da demanda, resultando na dificuldade da assistência. A limitação dos gastos e investimentos provoca uma sobrecarga dos profissionais de enfermagem do serviço de urgência, os quais tentam prestar assistência com insuficiência de insumos. E ainda contam com extensas jornadas de trabalho, baixas remunerações e falta de reconhecimento profissional, gerando tensões e desmotivação para o trabalho¹³.

Diante disso, acredita-se que estudos que possam evidenciar a importância da aplicabilidade do protocolo de PCR de forma adequada sejam de grande relevância para subsidiar a elaboração de estratégias voltadas à qualificação do profissional.

Portanto o objetivo deste estudo é evidenciar os benefícios e os fatores que impedem a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual se refere a um método que analisa e sintetiza as pesquisas de maneira sistematizada e contribui para aprofundamento do tema investigado e, a partir dos estudos realizados separadamente, é possível construir uma única conclusão, pois foram investigados problemas idênticos ou parecidos¹⁴. A questão norteadora do presente estudo foi: Qual a importância da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória?

O estudo foi realizado por meio de busca *on-line* das produções científicas nacionais sobre aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória, no período de 2006 a 2013. A obtenção dos dados ocorreu através de buscas processadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizadas principalmente as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), parada cardíaca, ressuscitação cardiopulmonar, morte súbita, enfermagem.

Para a realização de uma pesquisa bibliográfica de qualidade, o primeiro passo é localizar a terminologia autorizada e reconhecida mundialmente. O descritor controlado é parte de um vocabulário estruturado e organizado para facilitar o acesso à informação. Esses vocabulários são usados como uma espécie de filtro entre a linguagem utilizada pelo autor e a terminologia da área¹⁵.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos que abordaram os fatores que interferem na qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem; artigos que destacaram a auditoria interna como um importante instrumento para avaliação da qualidade do serviço de saúde e de enfermagem; sem limite de data de publicação; publicados no idioma português. Foram excluídos artigos que não responderam à pergunta norteadora.

O acesso à base de dados e a coleta de dados foram realizados em junho de 2015. Em seguida todos os estudos foram lidos na íntegra. Por meio dos

descritores foram identificados 190 estudos, sendo selecionados 12 que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

Após a leitura na íntegra de cada um dos artigos, foi preenchido um instrumento, elaborado pelos autores no Microsoft Word 2010, contendo os seguintes itens: identificação do artigo, ano e país de publicação, idioma, tipo de instituição onde foi realizado o estudo, metodologia empregada e o nível de evidência.

O presente estudo justifica-se, que o conhecimento acerca da aplicação das manobras de ressuscitação cardiopulmonar é de extrema importância para os profissionais de saúde principalmente enfermeiros, que são os profissionais que acompanham o paciente na maior parte do tempo. O estudo teve como objetivo analisar os artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) referente à parada cardiorrespiratória e aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória no atendimento do adulto em urgência e emergência.

A avaliação do nível de evidência foi classificada em: Nível 1 – revisões sistemáticas ou metanálise de relevantes ensaios clínicos Nível 2 – evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado Nível 3 – ensaios clínicos bem delineados sem randomização Nível 4 – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados Nível 5 – revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos Nível 6 –

evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e Nível 7 – opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas¹⁶. As evidências pertencentes aos níveis I e II são consideradas fortes, de III a V moderadas e VI e VII fracas¹⁷.

Foram encontrados 190 artigos, porém somente 12 foram utilizados, pois atenderam aos critérios de inclusão do estudo. O ano que mais publicou foi 2012 com quatro (33,3%) e os anos que tiveram menor índice de publicação foram 2006 e 2011 com um (8,3%) estudo cada.

RESULTADOS

Tabela 01: Distribuição dos estudos quanto ano, país onde o estudo foi realizado, autor e periódico.

Estudos analisados	Ano	País onde o estudo foi realizado	Autor	Periódico
1	2013	Brasil	SILVA, A.B.; MACHADO, R.C	Rev. da Rede de Enf. do Nordeste
2	2013	Brasil	GRISANTE, D.L.; SILVA, A.B.V.; AYOB, A.C.; et al	Rev. da Rede de Enf. do Nordeste
3	2012	Brasil	ROCHA, F.S.; OLIVEIRA, M.C.L.; CAVALCANTE, R.B.; et al	Rev. de Enf. do Centro Oeste Mineiro
4	2012	Brasil	MOURA, L.T.R.; LACERDA, L.C.A.; GONÇALVES, D.D.S.; et al	Rev. da Rede de Enf. do Nordeste
5	2012	Brasil	OLIVEIRA, R.G.; GONZALEZ, M.M.; OLIVEIRA, E.N.; et al	Rev. Bras. Clin. Med. de São Paulo
6	2012	Brasil	FERREIRA, J.V.B.; FERREIRA, S.M.B.; CASSEB, G.B	Rev. Bras. Cardiol.
7	2011	Brasil	SEMENSATO, G.; ZIMMERMAN, L.; ROHDE, L.E	Arq. Bras. Cardiol.
8	2010	Brasil	BELLAN, M.C.; ARAUJO I.I.M.; ARAÚJO, S	Rev. Bras. de Enfermagem
9	2010	Brasil	MADEIRA, D.B.; GUEDES, H.D	Rev. Enf. Integrada
10	2009	Brasil	LUZIA, M.F.; LUCENA, A.F	Rev. Gaúcha de Enfermagem.
11	2009	Brasil	LIMA, S.G.; et al	Arq. Bras. Cardiologia
12	2006	Brasil	ZANINI, J.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C	Rev. Bras. de Terapia Intensiva

O periódico que mais publicou foi a revista Rede de Enfermagem do Nordeste com três (25%) das publicações, seguida da revista Brasileira de Cardiologia com dois (16,6%) estudos

Quanto ao nível de evidências, um (8,3%) estudo pertence aos níveis I e II que são considerados evidências fortes, onze (91,6%) foram considerados de nível III a V, ou seja, evidências moderadas. Portanto, o que prevaleceu foram estudos de evidências moderadas.

Tabela 2: Distribuição dos estudos quanto aos benefícios da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória.

Benefícios da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória	N	%
Elevação dos índices de sobrevida do paciente	3	25,0
Melhor prognóstico	3	25,0
Diagnóstico precoce e intervenção efetiva	3	25,0
Preservação cardíaca e cerebral da vítima em PCR	2	16,6

Tabela 3: Distribuição dos estudos quanto aos fatores que impedem a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória.

Fatores que impedem a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória	N	%
Escassa produção científica sobre a temática	4	33,3
Tempo de formação profissional e atuação na área	3	25,0
Qualidade dos registros dos profissionais sobre a causa da PCR e o atendimento realizado	2	16,6
Dificuldade da integração multidisciplinar no momento do atendimento.	2	16,6
Conhecimento superficial e limitado	1	8,3
Desconhecimento do protocolo	1	8,3
Falta de educação continuada e permanente	1	8,3
Sobrecarga	1	8,3
Ausência de <i>check list</i> para carrinho de emergência	1	8,3
Situações traumatizantes, inusitadas e desesperadas	1	8,3

Percebe-se, então, que o melhor prognóstico, o diagnóstico precoce e intervenção efetiva e a elevação dos

índices de sobrevida do paciente obtiveram destaque em três (25,0%) estudos, como sendo os principais

benefícios da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória

A escassa produção científica sobre os protocolos de parada cardiorrespiratória foi destacada em quatro (33,3%) estudos, como um importante fator que impede a aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória, evidenciando a necessidade de maiores estudos nessa temática.

DISCUSSÃO

A parada cardiorrespiratória é a situação mais dramática na vida de qualquer indivíduo, de seus familiares e dos profissionais de saúde. O tempo conspira contra o paciente e contra aquele que tenta prestar ajuda, seja ele enfermeiro, médico ou leigo. As condutas devem ser tomadas, rapidamente, e as indecisões são inadmissíveis¹⁸.

Acredita-se que, quanto menor o tempo entre a parada cardiorrespiratória e o atendimento, maior a chance de sobrevivência da vítima, podendo destacar a elevação dos índices de sobrevivência presente em três (25%) estudos como um benefício impactante à aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória. Depois do primeiro minuto de parada cardiorrespiratória, o índice de sobrevivência cai de 7% a 10% para cada minuto de demora no atendimento. Foram identificados em uma pesquisa realizada em um hospital de Cardiologia que todos os pacientes que sobreviveram estavam no grupo dos casos em que a

ressuscitação cardiopulmonar foi iniciada em até cinco minutos de parada cardiorrespiratória¹⁹.

O resultado do atendimento na Parada Cardiorrespiratória está diretamente ligado à rapidez e à qualidade promovida pela equipe. A chance do paciente se recuperar vai depender da aplicação imediata, segura e eficiente dos procedimentos de reanimação². Vale ressaltar que três (25%) estudos trazem que o diagnóstico precoce e a implementação do protocolo de forma efetiva resultam em melhor prognóstico ao paciente.

A avaliação de uma vítima e seu atendimento deve ser efetiva para proporcionar a diminuição das sequelas e aumentar as chances de sobrevivência da vítima. Sobretudo, o atendimento imediato e adequado reduz a mortalidade e contribui, de forma expressiva, para a preservação cardíaca e cerebral da vítima em PCR³.

O estresse ocupacional engloba uma grande quantidade de profissionais de enfermagem e torna-se responsável por um desequilíbrio nas relações sociais e profissionais, fragilizando a harmonia na assistência. Os enfermeiros que atendem em um setor de urgência têm que lidar inúmeras vezes, com situações de morte, situações traumatizantes, inusitadas e desesperadas as quais afetam as emoções dos profissionais, que se encontram pressionados pelo tempo e pela exatidão na assistência²⁰.

A reanimação cardiorrespiratória frequentemente é realizada em situações

estressantes, e isso se torna um fator dificultador à qualidade da assistência prestada, pois é preciso que, além de conhecimento, o profissional tenha agilidade para implementar protocolos de forma rápida e segura¹⁹.

Podem-se destacar alguns problemas que configuram as falhas na implementação dos protocolos, como por exemplo, a qualidade dos registros dos profissionais acerca do que levou à PCR e do próprio atendimento realizado; a dificuldade da integração multidisciplinar no momento do atendimento; a necessidade de educação permanente dos profissionais de enfermagem para o atendimento à PCR. Vale ressaltar que esses fatores evidenciam a necessidade de mais investimentos na qualificação profissional, para garantir uma assistência de qualidade².

Um constante problema ético tanto para os profissionais da equipe de saúde quanto para os socorrista é saber decidir quando iniciar, manter ou desistir das manobras de reanimação cardiorrespiratória. Dessa forma, é necessário ter subsídios para prever resultados, tornando mais segura à tomada de decisões. Essas decisões devem ser tomadas com base em conhecimento profissional e não de forma arbitrária, uma vez que podem causar questionamentos médico, legal, ético e social²¹.

Os profissionais de enfermagem são, em geral, os primeiros a presenciarem uma PCR. São eles os que mais frequentemente acionam os demais

profissionais da equipe de atendimento. Assim, esses profissionais necessitam ter o conhecimento técnico atualizado e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir, efetivamente, nas manobras de RCP²².

A realização da RCP pelo enfermeiro é um fator determinante nos índices de sobrevivência da PCR, pois, normalmente, é o primeiro profissional presente nesse evento e, tendo o conhecimento e realizando as manobras de SBV, favorecerá o sucesso do atendimento. Segundo o Guidelines de 2010, todo atendimento prestado à vítima em PCR associa-se diretamente ao ritmo encontrado. Ressalta-se que quando ocorre uma PCR ou alguma emergência que comprometa a vida, uma resposta rápida e hábil pode fazer a diferença entre vida e morte e entre a sobrevivência intacta e as sequelas⁷.

O investimento em treinamento para os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes em PCR, a elaboração de protocolos para guiar a assistência a ser prestada podem proporcionar menor risco e, ter como resultado, maior segurança no decorrer do atendimento²³.

O profissional que procura se especializar faz investimento em busca de aperfeiçoamento, atualização e expectativa de prestar melhor atendimento aos pacientes vítimas de parada cardíaca, levando, conseqüentemente, a um melhor prognóstico e aumento da chance de vida⁴.

De acordo com as novas diretrizes da AHA os sinais clínicos da PCR são inconsciência, respiração ausente ou *gasping* e ausência de pulso. As ações que aumentam as chances de sobrevivência das vítimas de morte súbita são chamadas de Corrente de Sobrevivência do adulto. Os elos da Corrente de Sobrevivência são o reconhecimento imediato da emergência e ativação dos serviços médicos de emergência (SME), RCP imediata, desfibrilação imediata e suporte de vida imediata. Apesar de os estudos incluídos na presente revisão terem sido realizados em diferentes ambientes de assistência a paciente em PCR permitiu a identificação dos benefícios da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória e também, dos fatores que impedem a aplicabilidade do protocolo⁴.

Verificou-se que, em vários registros, não havia uma identificação da causa imediata da PCR em ambiente hospitalar. O mesmo estudo ainda revelou que não havia registros suficientes que deixassem claro quais foram as intervenções realizadas, o ritmo inicial de PCR, qual o horário do evento e sua duração, bem como as drogas utilizadas. Isso demonstra que as informações acerca da PCR, no ambiente hospitalar, podem não estar sendo adequadamente registradas e, muito menos, valorizadas pela equipe de profissionais².

Para a recuperação de um paciente em PCR é primordial o seu rápido reconhecimento e conseqüente intervenção da equipe de modo organizado. O

sucesso na RCP, fora do ambiente hospitalar, está associado ao tempo entre o colapso e o início do socorro básico, que não deve ultrapassar quatro minutos. Está associado, também, à precocidade da aplicação do protocolo de parada cardiorrespiratória tendo socorro especializado, principalmente, da desfibrilação, que não deve ser mais do que oito minutos. As altas hospitalares são encontradas com mais frequência em grupos de pacientes que estão inseridos nesse contexto¹⁹.

O conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipes de Suporte Básico (SBV) e Avançado de Vida (SAV) estão entre os determinantes mais importantes das taxas de sucesso em RCP. Tanto as manobras executadas no SBV como as do SAV exigem uma equipe bem treinada, pois a PCR requer ações rápidas, eficazes e integradas, sendo, por isso, melhor executadas por uma equipe do que por um membro isolado dessa equipe²².

Embora os hospitais possuam recursos de suporte avançado de vida, os pacientes que apresentam uma parada cardiorrespiratória, em ambiente extra-hospitalar, têm menor comorbidade e severidade das doenças quando comparados com aqueles que apresentam uma parada cardiorrespiratória em ambiente intra-hospitalar. Isso é explicado devido ao fato de que as doenças pré-existentes que estão hospitalizados podem predizer um pior prognóstico. Pacientes que sofrem parada cardiorrespiratória, em ambiente

extra-hospitalar, apresentam morte súbita secundária a uma cardiopatia isquêmica. Em ambiente intra-hospitalar, há uma grande diversidade de comorbidades²².

Verificam-se algumas problemáticas relacionadas ao enfermeiro e equipe de técnico-auxiliares de enfermagem. Esses problemas, destacados na literatura, proporcionam uma reflexão sobre a necessidade de desenvolver estratégias que possam qualificar a assistência ao paciente acometido por PCR. Os principais problemas destacados são: a qualidade dos registros dos profissionais acerca do que levou à PCR e do próprio atendimento realizado; a dificuldade da integração multidisciplinar no momento do atendimento; a necessidade de educação permanente dos profissionais de enfermagem para o atendimento à PCR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o atendimento sistematizado baseado nos protocolos de SBV e SAV é fundamental para que haja sucesso na reanimação. O conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipes de SBV e SAV estão entre os determinantes mais importantes das taxas de sucesso em reanimação cardiopulmonar (RCP). Percebe-se, então, que o melhor prognóstico, o diagnóstico precoce e intervenção efetiva e a elevação dos índices de sobrevivência do paciente se destacam como sendo os principais benefícios da aplicabilidade do

protocolo de parada cardiorrespiratória.

Dentre os problemas encontrados acerca da aplicabilidade do protocolo de parada cardiorrespiratória, destacam-se o conhecimento superficial e limitado, situações traumatizantes, inusitadas e desesperadas, desconhecimento do protocolo, dificuldade da integração multidisciplinar no momento do atendimento. Destacam-se, também, a qualidade dos registros dos profissionais sobre a causa da PCR e do atendimento realizado, escassa produção científica sobre o tema, falta de educação continuada e permanente, sobrecarga, ausência de *check list* para carrinho de emergência e tempo de formação profissional e atuação na área.

Evidenciam-se a importância da educação permanente e a realização constante de treinamentos embasados no protocolo de parada cardiorrespiratória, para que o atendimento seja realizado corretamente proporcionando uma melhoria na qualidade desse serviço. O conhecimento a respeito das características dos pacientes que sofrem parada cardiorrespiratória podem auxiliar os profissionais na ponderação da validade dos esforços originados pela ressuscitação cardiopulmonar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Pereira NL, Brasileiro ME. Conduta de Enfermagem frente ao paciente em Parada Cardiorrespiratória-PCR. *Revi Eletrônica Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição* [serial

on-line] 2013 ago-dez 4(4) 1-15. Disponível em:<<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>

2- Rocha FAS, Oliveira MCL, Cavalcante RB, Silva PC, Rates HF. Atuação da equipe de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. Rev de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2012 jul [acesso em: 09 jun. 2015] Disponível em:<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/100/265>>

3- Silva ABM, Regimar C. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. Rev Rene 2013, 14 (5): 1014-1021.

4- Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. Rev Bras Cardiol. 2012, 25(6): 464-470.

5- B AG, Estrela FR, Batista LP, Carmo AFS, Emidio SCD. Atendimento pré-hospitalar: condutas do enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória. Rev. enferm. UFPE on line. 2011 jun. 5(4): 933-38.

6- Moura LTR de et al. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. Rev Rene. 2012, 13(2): 419-427.

7- Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada

cardiorrespiratória. Rev. bras. Enferm. 2010, 63(6): 1019-1027.

8- Filho AP, Santos JC, Castro RBP, Bueno CDF, Schmidt A. Parada cardiorrespiratória (PCR). Medicina, Ribeirão Preto, 36: 163-178 abr./dez. 2003.

9- Barbosa FT, Barbosa LT, Silva AL, Silva KLG. Avaliação do diagnóstico e tratamento em parada cardiorrespiratória entre os médicos com mais de cinco anos de graduação. Rev. bras. ter. Intensiva. 2006 dec; 18(4): 374-379

10- American Heart Association. Destaques das Diretrizes AHA 2010 para RCP e ACE [document on the internet]. 2010 [cited 2013 mar 27]. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf.

11-Semensato G, Zimerman L, Rohde LE. Avaliação inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. Arq. Bras. Cardiol. 2011 Mar, 96(3): 196-204

12-Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006 Abr, 14(2): 277-284

13- Medeiros SM (Org) et al. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. Pesquisa Integrante do Plano

Diretor 2004-2005. Observatório RH NESC/UFRN. Natal – RN, 2005.

14-Mendes, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enfermagem*. 2008, 17(4): 758-764,2008.

15- Pellizzon RF. Pesquisa na área da saúde: 1-base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). *Acta cir bras* 2004, 19(2):153-63

16-Melnyk, B.M, Fineout-Overhoit, E. Making case for evidence based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overhoit E. Making case for evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to practice. Philadelphia: Lippincot Williams e Wilkins; 2005: 3-24.

17-Milani RM et al. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 abr/jun, 13(2): 323-30.

18-Luzia MF, Lucena AF. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS); 2009 jun, 30(2):328-37.

19-Madeira DB, Guedes HM. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar no Atendimento de Urgência e Emergência: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga*. 2010 nov./dez, 3(2).

20-Rodrigues TDF. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *Reme-Rev. Min. Enferm.* 2012 jul. /set, 16(3): 454-462.

21-Bertelli A, Bueno MR, Sousa RMC. Estudo preliminar das relações entre duração da parada cardiorrespiratória e suas consequências nas vítimas de trauma. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo*. 1999 jun, 33(2): 130-141

22-Lima SG de et al. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo. 200 dec 93(6): 630-636.

23-Silva Sandra Cristine da, Padilha Kátia Grillo. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. *Rev. esc. enferm. USP*. 2001 dec, 35(4): 361-365