



## REFLEXÃO TEÓRICA

### ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA INTRA-HOSPITALAR

*NURSING TEAM PRACTICE FACE TO CARDIOPULMONARY ARREST INTRA-HOSPITAL  
LA PRÁCTICA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y EL PARO CARDÍACO DENTRO DEL HOSPITAL*

*Flávia Aline Santos Rocha<sup>1</sup>, Maria da Consolação Lara Oliveira<sup>1</sup>, Ricardo Bezerra Cavalcante<sup>2</sup>, Poliana Cavalcante Silva<sup>3</sup>, Hosana Ferreira Rates<sup>4</sup>*

**RESUMO:** Reflexão sobre a atuação da equipe de enfermagem durante a parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar. Foram utilizadas as diretrizes da *American Hearth Association* e referenciais que abordassem as temáticas relacionadas à parada cardiorrespiratória: conhecimento da equipe de enfermagem; relações de poder; equipe multidisciplinar; educação permanente. Acredita-se que essas temáticas possam auxiliar na compreensão da parada cardiorrespiratória além de sua perspectiva patológica. As condutas da equipe de enfermagem foram descritas a partir dos *guidelines* atuais, que buscam direcionar as ações de forma sistematizada e promovem a qualidade assistencial. Entretanto, o atendimento à parada cardiorrespiratória envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados prestados, bem como exige um aperfeiçoamento da atuação da equipe multidisciplinar com a valorização dos diversos saberes. Conclui-se que a parada cardiorrespiratória pode ser reversível e, para isso, é necessário, além do conhecimento técnico, organização, treinamento e trabalho em equipe. **Descritores:** Parada cardíaca; Cuidados de enfermagem; Assistência hospitalar.

**ABSTRACT:** Reflection on the role of nursing staff during cardiopulmonary arrest in hospital. We used the guidelines of the American Hearth Association and the references that addressed issues related to cardio-respiratory arrest: nursing staff knowledge, power relations, multidisciplinary team, continuing education. It is believed that these issues can assist in the understanding of cardiopulmonary arrest in addition to its pathological perspective. The conduct of the nursing team have been described from the current guidelines that seek to direct the actions in a systematic manner and promote the quality of care. However, the attendance of cardiopulmonary arrest involves the need for advances in nursing professionals knowledge on the care and requires the performance improvement of the multidisciplinary team with the valuation of different knowledge. We conclude that the cardiac arrest can be reversible, and this requires, in addition to technical knowledge, organization, training and teamwork. **Descriptors:** Cardiac arrest; Nursing care; Hospital care.

**RESUMEN:** Reflexión sobre el papel del personal de enfermería durante el paro cardiorrespiratorio en el hospital. Hemos utilizado las directrices de la *American Hearth Association* y las referencias que abordaron cuestiones relacionadas con paro cardiorrespiratorio: el conocimiento personal de enfermería, las relaciones de poder, equipo multidisciplinario, la educación continua. Se cree que esas temáticas pueden ayudar a la comprensión del paro cardiorrespiratorio además de su punto de vista patológico. La conducta del equipo de enfermería fue descrita en las directrices actuales que tratan de dirigir las acciones de una manera sistemática y promover la calidad de la atención. Sin embargo, la presencia del paro cardiorrespiratorio implica la necesidad de avances en el conocimiento de los profesionales de enfermería en el cuidado y requiere mejora de la actuación del equipo multidisciplinario con la valoración de los diferentes saberes. Llegamos a la conclusión de que el paro cardíaco puede ser reversible, y esto requiere, además de conocimientos técnicos, organización, capacitación y trabajo en equipo. **Descritores:** Paro cardíaco; Cuidados de enfermería, Atención hospitalaria.

<sup>1</sup>Enfermeira especialista em Enfermagem Clínica: ênfase em Urgência e Emergência pela Universidade do Estado de Minas Gerais, Campus da Fundação Educacional de Divinópolis. <sup>2</sup>Enfermeiro. Professor Adjunto da Universidade Federal de São João Del Rei. <sup>3</sup>Enfermeira especialista em Urgência e emergência. <sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente da Universidade Federal de São João Del Rei.

## INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo grave ameaça à vida das pessoas, geralmente aqueles indivíduos que estão internados em estados mais graves e os que sofrem uma diminuição da excitabilidade nervosa, uma prostração repentina<sup>(1)</sup>.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil<sup>(2)</sup> e o resultado do atendimento na Parada Cardiorrespiratória está diretamente ligado à rapidez e à qualidade promovida pela equipe. A chance de o paciente se recuperar vai depender da aplicação imediata, segura e eficiente dos procedimentos de reanimação. Para uma efetiva reanimação cardiopulmonar, 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 suas expressões ao manuseio dos instrumentos utilizados durante a reanimação<sup>(3)</sup>.

De acordo com um estudo feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Belo Horizonte<sup>(4)</sup>, foi constatado que o risco de uma pessoa ter uma PCR ocorre nas três primeiras horas do dia e que a incidência é maior em homens do que em mulheres, com faixa etária entre 45 e 74 anos. A sobrevivência dos pacientes está diretamente relacionada com a realização do suporte avançado de vida em até 8 minutos e o tempo-resposta da ambulância.

O enfermeiro, muitas vezes, se encontra na linha de frente, fato que o torna um dos profissionais que primeiro podem identificar a evolução do paciente para uma

parada cardiorrespiratória. Assim, esse profissional deve estar apto a acionar a equipe para o processo de reanimação. Cabe ao enfermeiro conhecer as patologias e suas particularidades, bem como buscar o aperfeiçoamento técnico-científico e o fortalecimento do trabalho em equipe. Neste sentido, o estudo proposto busca refletir sobre as condutas a serem tomadas pela equipe de enfermagem, bem como as dificuldades enfrentadas diante de um quadro de PCR em uma unidade de internação. Espera-se que esta reflexão possa oferecer subsídios para a preparação da equipe de enfermagem frente aos desafios que emergem a partir das necessidades de cuidado ao paciente em processo de PCR. Sabe-se que o processo de “cuidar” do paciente em PCR está envolto por um momento em que a “emergência” se estabelece de fato diante dos profissionais. Para tanto, é necessário refletir sobre esse processo, descrever as condutas atuais padronizadas e propor possibilidades de capacitação com vistas ao cuidado de qualidade.

## MÉTODOS

A American Heart Association (AHA)<sup>(5)</sup> é a associação internacional que realiza a atualização dos “*guidelines*” relacionados ao tema ressuscitação cardiopulmonar. O objetivo central da AHA é produzir conhecimentos apropriados em contexto internacional que possam ser tratados como consensos para as ações frente aos quadros de parada cardiorrespiratória. Para a realização desta reflexão, utilizaram-se primeiramente as novas diretrizes da AHA no intuito de descrever as ações relacionadas à equipe de enfermagem que devem ser realizadas durante o atendimento a Parada Cardiorrespiratória em ambiente hospitalar. No entanto, além da descrição técnica das

condutas da equipe de enfermagem, utilizaram-se referenciais teóricos que possam sustentar as discussões da PCR como um processo de trabalho da equipe multidisciplinar e que certamente influencia na qualidade do cuidado prestado. Desta forma, os referenciais teóricos utilizados estiveram relacionados aos seguintes aspectos: conhecimento da equipe de enfermagem sobre a PCR; registros de enfermagem sobre o atendimento à PCR; relações de poder no cotidiano de trabalho; atuação da equipe multidisciplinar frente à PCR e educação permanente para atendimento à PCR.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As reflexões neste estudo são frutos dessa relação entre a PCR vista tradicionalmente como um processo patológico, mas que necessita de um olhar ampliado, em que o processo de trabalho que a envolve precisa ser discutido.

### Conceitos relacionados à PCR: a equipe de enfermagem os conhece?

A parada cardiorrespiratória (PCR) é definida como uma cessação repentina da circulação de oxigênio nos tecidos, ou por falta de circulação do sangue, ou por interrupção da respiração, e em alguns casos pela presença das duas intercorrências<sup>(6)</sup>.

Bueno e Lopes<sup>(7)</sup>, ao discorrerem sobre uma PCR, a definem como o súbito cessar da atividade miocárdica ventricular útil, associada à ausência de respiração. Em outro estudo, a PCR é conceituada como sendo a ausência da ventilação espontânea e pulso em grandes artérias, que ocorrem concomitantemente num mesmo indivíduo<sup>(8)</sup>.

É importante ressaltar que a PCR pode ocorrer na presença de três ritmos cardíacos

diferentes. O primeiro é a Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso, sendo o ritmo de PCR mais frequente fora do hospital. É responsável por cerca de 80% dos episódios. Caracteriza-se por um ritmo cardíaco rápido, irregular e ineficaz. O segundo ritmo cardíaco é a assistolia, definida pela ausência de ritmo cardíaco. Nesse ritmo, há interrupção da atividade elétrica do músculo cardíaco. Por fim, o terceiro ritmo de PCR é a atividade elétrica sem pulso, no qual existe a presença de atividade elétrica no músculo cardíaco, porém os batimentos não são eficazes e não há circulação sanguínea<sup>(9)</sup>.

Existem algumas situações com maior risco de evoluir para uma PCR, como as cardiopatias, entre elas, a doença aterosclerótica coronariana é a mais importante. Os casos de hipertensão arterial, diabetes e antecedentes familiares de morte súbita também constituem situação de risco para a PCR. A anóxia, o afogamento, o pneumotórax hipertensivo, o hemopericárdio, o choque, a obstrução das vias aéreas, o broncoespasmo e a reação anafilática ainda compõem esse grupo<sup>(10)</sup>.

Em relação aos sinais e sintomas, os principais que precedem uma PCR são: dor torácica, sudorese, palpitações precordiais, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, sinais de baixo débito cardíaco e parada de sangramento prévio. Entretanto, os sinais clínicos considerados em uma PCR são inconsciência, ausência de movimentos respiratórios, ausência de pulsos em grandes artérias (femoral e carótidas) ou ausência de sinais de circulação<sup>(11)</sup>.

A partir dos conceitos elucidados anteriormente, um primeiro momento de reflexão se faz necessário. Percebe-se que os autores citados definem claramente a PCR numa perspectiva fisiológica, anatômica, na relação entre os sistemas corporais e nos

sinais/sintomas que serão aparentes num paciente acometido. Na perspectiva do profissional enfermeiro, esses conceitos também são fundamentais para a identificação de um paciente em PCR, bem como das possibilidades de intervenção. Entretanto, alguns estudos demonstram que os enfermeiros, juntamente com a equipe de enfermagem, apresentam um desconhecimento significativo em relação aos conceitos, a identificação de um paciente em PCR, a sequência atual para o suporte básico de vida e até mesmo os principais fármacos a serem administrados<sup>(12-13)</sup>.

Esse desconhecimento pode desencadear algumas situações que irão interferir sobre a atuação de toda a equipe no momento da PCR. Sabe-se que o enfermeiro é o mediador nesse contexto, a ele é atribuída a responsabilidade pela provisão do carrinho de parada, dos materiais necessários, das drogas a serem preparadas, bem como dos cuidados necessários durante esse evento. Um enfermeiro que desconhece, em parte, esse processo pode promover o erro da equipe, o que pode ser prejudicial ao paciente em atendimento. Outro aspecto relevante é o fato de que o desconhecimento de um enfermeiro pode contribuir para a desorganização do processo de trabalho que envolve o atendimento ao indivíduo em PCR. A integração da equipe multidisciplinar depende disso, as ações que serão realizadas pela equipe técnica de enfermagem e médicos depende desta perfeita sintonia do enfermeiro em administrar esse momento do cuidado.

Por fim, se os processos que envolvem a PCR não estão organizados e integrados, o que se espera é um ambiente onde o cuidado pode acontecer de forma não sistematizada, distante dos “guidelines” validados. Dessa forma, o conhecimento da equipe de enfermagem sobre os conceitos e *guidelines* atualizados é um primeiro passo para que o

cuidado a um indivíduo em PCR se estabeleça. Esse conhecimento atualizado pode ser um grande suporte para a prevenção desse evento tão comum no ambiente hospitalar.

### **Identificando as condutas e ampliando o olhar sobre os processos que envolvem a Parada Cardiorrespiratória**

A atuação do enfermeiro no atendimento da PCR pode definir a situação futura do paciente no que se refere aos danos decorrentes, caso as condutas e medidas não sejam antecipadas para prevenir ou diminuir esse risco<sup>(14)</sup>. Independentemente de sua área de atuação, o enfermeiro está sujeito a enfrentar uma situação de PCR, já que é uma emergência que pode ocorrer em qualquer ambiente, seja intra-hospitalar ou extra-hospitalar. Como a equipe de enfermagem está junto ao paciente em tempo integral, torna-se a equipe à frente de outras da área da saúde para atuar na assistência da PCR, circunstância em que a tomada de decisão deve ser rápida e acertada.

Contudo, para que o atendimento seja eficaz, é necessário que o enfermeiro esteja capacitado para exercer os procedimentos recorrentes a esse tipo de situação emergencial. Nesse sentido, ressalta-se a importância da competência técnico-científica dos profissionais e a necessidade de protocolos de atendimento que visem à organização e sincronização das ações nessas situações.

Não só o enfermeiro precisa estar apto para o atendimento a um paciente em PCR, mas a equipe de enfermagem, como um todo, precisa estar treinada para a constatação de uma PCR e conhecer as manobras de suporte básico de vida. Técnicos e auxiliares de enfermagem poderão assessorar o enfermeiro nesse atendimento inicial e ficar à sua disposição para as todas as tarefas que envolvem as necessidades de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Desta forma, verifica-se um aspecto de grande relevância e que necessita ser discutido; é o fato de que a equipe de enfermagem, nesse contexto, precisa assumir o seu papel de equipe sincronizada e fazer valer os seus conhecimentos enquanto tal. É frequente na literatura verificarmos que existe certa tensão a partir das relações de poder que envolvem a equipe de enfermagem, e incluímos o enfermeiro nesse processo. Essas relações de poder, de fato, influenciam o sincronismo de uma equipe, sua integração e as possibilidades de cuidar da equipe de enfermagem<sup>(15)</sup>. Sabe-se que o relacionamento entre enfermeiro e equipe de técnicos/auxiliares é, no mínimo, burocrática, em que o líder (enfermeiro) legitimado por uma norma estabelecida busca exercer sua liderança, mas, em sua maioria, a partir de técnicas impositivas e persuasivas. Isto, sem dúvida, pode influenciar todo o processo de envolvimento da equipe de enfermagem no momento de atendimento à PCR. Então, existe a necessidade de que a liderança se exerça, anteriormente, no cotidiano de trabalho com vistas a motivar todos os componentes dessa equipe para uma relação harmoniosa, de respeito, de profissionalismo, em que o paciente é o foco do processo de trabalho.

Para que essa liderança se exerça, é necessário, entretanto, que todos conheçam suas atribuições e sua importância no contexto assistencial e gerencial frente à PCR. Diante dessa afirmação, nesta reflexão, optamos também por descrever as condutas do enfermeiro e equipe.

De forma geral, ao enfermeiro, no contexto hospitalar, cabem-lhe as manobras de suporte avançado de vida e também de coordenação das ações da equipe de enfermagem frente à PCR. Também poderá instalar o monitor cardíaco e, no caso de não haver possibilidade ou necessidade de realizar

a desfibrilação, auxiliará o médico nas manobras de RCP, assumindo a ventilação ou a compressão torácica<sup>(5)</sup>. Nesse sentido, o profissional enfermeiro que assumir tal função deve conhecer a sequência do atendimento, organizar as manobras de ventilação e circulação artificiais, reunir material e equipamentos necessários, ter conhecimento e domínio do conteúdo do carro de RCP.

O enfermeiro deve também observar que cada serviço precisa ser planejado de acordo com a sua realidade de trabalho, e seguir as recomendações de manutenção (garantir bom funcionamento e prevenir transtornos), além do treinamento de pessoal através de programas de reciclagem e manter os registros rigorosamente atualizados<sup>(8)</sup>.

Dentro dessa conjuntura, o enfermeiro, após o reconhecimento de uma PCR, deve seguir os seguintes procedimentos: solicitar ajuda, manter o desfibrilador preparado e próximo ao leito, monitorizar o paciente, colocar a vítima em decúbito dorsal horizontal em uma superfície plana e dura, manter a cabeça e o tórax no mesmo plano e iniciar suporte básico de vida (Circulação, Abertura e desobstrução de vias aéreas, Respiração e ventilação, Desfibrilação precoce - CABD primário). Portanto, a ressuscitação cardiorrespiratória básica se inicia com a realização do CABD<sup>(5)</sup> primário, de acordo com a seguinte sequência:

C = circulação: compressão torácica externa após ausência de pulso

A = abertura e desobstrução de vias aéreas

B = respiração/ventilação

D = desfibrilação precoce

A letra C indica o início da sequência e preconiza que, em pacientes com ausência de pulso carotídeo ou sinais de circulação, deve ser aplicada a compressão torácica externa, que consiste na aplicação rítmica de pressão sobre o tórax, com uma frequência de 100 vezes por minuto. Quando bem executado,

esse procedimento promoverá uma circulação de sangue adequada para os órgãos mais nobres: o fluxo carotídeo pode atingir até 30% do normal, a pressão sistólica até 100 mmHg e a diastólica até 40 mmHg.

Para maior eficiência das compressões e menor incidência de complicações, algumas ações devem ser realizadas prontamente. A figura 1 sintetiza essas ações.

Figura 1- Ações de enfermagem que devem ser consideradas durante as manobras de compressões torácicas<sup>(5)</sup>

As mãos devem ser colocadas sobre a metade inferior do esterno, no ponto em que a linha intermamilar cruza com o esterno. Apoiando-se com a região das eminências tenar e hipotenar de uma das mãos, colocar uma sobre a outra, evitando encostar os dedos no tórax do paciente.
Exercer uma pressão (com a ajuda do peso do corpo) que proporcione uma depressão do esterno de no mínimo 5 cm.
Os braços do reanimador devem ser mantidos estendidos, mantendo-se uma pressão perpendicular sobre o tórax do paciente.
Uma vez posicionadas, as mãos não devem ser afastadas do tórax ou mudadas de posição.

Fonte: Adaptado dos *guidelines* da *American Heart Association*

Dentro dessa sequência, - A - deve-se proceder da seguinte maneira: alinhar a cabeça com o tronco, promover a extensão do pescoço e tração anterior da mandíbula. Na ausência de tônus muscular, a língua e/ou a epiglote poderão obstruir as vias aéreas, comum em pessoas inconscientes. Deve-se atentar para a presença de corpos estranhos (próteses, por exemplo), que deverão ser retirados das vias aéreas quando visíveis e de fácil remoção<sup>(5)</sup>.

Na sequência, - B - realizam-se 2 (duas) ventilações positivas lentas (duração de 2 a 4 segundos) com dispositivo de barreira. Idealmente, essa manobra deverá empregar máscara facial portátil com válvula unidirecional. A ausência de deslocamento para cima da caixa torácica sinaliza uma obstrução das vias aéreas, que geralmente é decorrente de queda da língua e/ou dos músculos relaxados da traquéia, sendo corrigido com o correto posicionamento da cabeça. Para a manutenção da mesma pode ser inserida uma cânula naso ou orofaríngea.

Na sequência, D é considerado como parte integrante do suporte básico de vida. É o terceiro elo da Cadeia de Sobrevivência. Pode ser realizada com um desfibrilador manual - a operação e a interpretação do

ritmo, feita pelo socorrista - ou com desfibrilador externo semiautomático (DEA). A operação é orientada pelo aparelho, executada pelo operador e a interpretação é feita pelo aparelho. A desfibrilação está sempre indicada na fibrilação ventricular e na taquicardia ventricular sem pulso o mais precoce possível<sup>(5)</sup>.

Em outras situações, na ausência de desfibrilador/monitor, as etapas C, A e B devem ser iniciadas e mantidas até que se faça o diagnóstico da causa da PCR.

Outros fatores que podem influenciar no sucesso da desfibrilação são: energia administrada, tamanho das pás (para adulto, 8 a 12 cm de diâmetro; para criança, 4 a 5 cm), tamanho do tórax do paciente, condições do miocárdio, distúrbios de pH e eletrolíticos, de oxigenação e tempo de fibrilação<sup>(5)</sup>. Em crianças ou pacientes com menos de 50 kg, utiliza-se carga inicial de 2 joules/kg de peso, podendo-se aumentar para até 4 joules/kg.

Esgotados os esforços acima descritos, deve-se prosseguir o atendimento com a ressuscitação cardiorrespiratória avançada, que consiste em realizar o CABD<sup>(5)</sup> secundário, conforme a figura 2, a seguir:

Figura 2 - Etapas e ações a serem seguidas durante as manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar no CABD secundário<sup>(5)</sup>

Etapas do Atendimento a PCR	Ações a serem realizadas
C = circulação	<ul style="list-style-type: none"> <li>-monitorizar (identificar ritmo e frequência);</li> <li>-obter acesso venoso;</li> <li>-administrar fluidos e medicações.</li> </ul>
A = executar intubação (o enfermeiro auxiliará o médico neste procedimento)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-disponibilizar o material de aspiração conectado à rede de vácuo;</li> <li>-ter a cânula à mão;</li> <li>-testar o cuff;</li> <li>-utilizar equipamento de proteção individual (EPI);</li> <li>-aspirar as vias aéreas, se necessário;</li> <li>-insuflar o cuff com ar utilizando a seringa, geralmente de 10 ml;</li> <li>-conectar o dispositivo de bolsa-válvula com reservatório conectada ao oxigênio com fluxo de 10 a 12 L/min.;</li> <li>-ventilar lentamente, quando necessário;</li> <li>-observar se é bilateral a expansão pulmonar;</li> <li>-testar a posição da cânula nas vias aéreas auscultando primeiro o estômago; não deve haver nenhum som, depois o lado direito e o lado esquerdo;</li> <li>-fixar a cânula, observando o número nela indicado em relação à prega lateral do lábio, a fim de acompanhar o posicionamento da cânula durante o atendimento e a sua permanência.</li> </ul>
B = avaliar ventilação	<ul style="list-style-type: none"> <li>-confirmar a colocação do dispositivo de vias aéreas com exame físico e equipamentos de confirmação;</li> <li>-fixar o dispositivo de vias aéreas com equipamento feito para este fim;</li> <li>-confirmar a eficácia da ventilação através da elevação do tórax;</li> <li>-verificar se o paciente tem sons respiratórios;</li> <li>-auscultar a região epigástrica para a confirmação da posição do tubo endotraqueal;</li> <li>-realizar a análise do dióxido de carbono exalado.</li> </ul>
D= diagnóstico diferencial: identificar e tratar causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-examinar o ritmo através da monitorização;</li> <li>-levantar dados familiares;</li> <li>-procurar, achar e tratar as causas que são reversíveis.</li> </ul>

Fonte: Adaptado dos *guidelines* da *American Heart Association*

O suporte avançado de vida (SAV) consiste no CABD secundário, que ocorre na sequência do suporte básico de vida (SBV). Nele, utilizam-se equipamentos adequados para maior oxigenação e ventilação associados ao uso de medicamentos e à busca do diagnóstico.

Cabe ao enfermeiro verificar, ao início de cada jornada de trabalho, todo o material de reanimação da unidade de internação e o funcionamento do monitor/desfibrilador. Portanto, é imprescindível que os profissionais da enfermagem estejam constantemente atualizados e capacitados para esse tipo de atendimento.

Apesar de todas as descrições anteriores que envolvem o atendimento a PCR, verificam-se algumas problemáticas relacionadas ao enfermeiro e equipe de

técnicos/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.

Em estudo recente<sup>(16)</sup>, verificou-se que em 92% dos 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 profissionais. Outro aspecto é que os registros, fontes de informação para o planejamento assistencial, podem não cumprir esse papel, e, dessa forma, são desconsiderados para o processo decisório de gestores. Se não há registros, não há informação adequada para a tomada de decisões e, muitas vezes, se desconsidera o processo de trabalho realizado. É importante ressaltar que o uso do “*debriefing*” pode ser uma estratégia importante para o estímulo do registro das ações, bem como para levar a equipe a um processo reflexivo sobre a sua própria prática assistencial. O *debriefing* tem sido muito utilizado como estratégia de educação de profissionais que atuam na urgência e emergência, principalmente no contexto da simulação<sup>(17)</sup>. Nesse contexto, reúnem-se os profissionais que atuaram no atendimento à PCR e registra-se, bem como se discute todo o processo de atendimento ao paciente. As tensões são levantadas, as questões e dúvidas são tiradas nesse momento e utiliza-se essa oportunidade para que os conhecimentos de todos os profissionais sejam valorizados.

Outra problemática que surge é a dificuldade de integração da equipe multidisciplinar para o atendimento ao paciente em PCR. Nesse momento, as relações de poder extrapolam a necessidade de valorização do saber de cada profissional. Se o enfermeiro é considerado o elo de ligação entre os demais profissionais durante a PCR<sup>(18)</sup>, o médico, se não preparado, pode se constituir como um pólo gerador de tensão, gerando os conflitos. Em alguns momentos, o processo de trabalho médico pode ultrapassar

os seus limites e inibir o processo de trabalho de outros profissionais. Ressalta-se aqui a necessidade de que todos os profissionais conheçam suas condutas relacionadas ao atendimento à PCR, bem como respeite as possibilidades de atuação de cada profissional. Para que a integração ocorra, é necessário que os vários saberes sejam reconhecidos e valorizados dentro da equipe multidisciplinar.

Por fim, a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem é outra problemática carente de reflexões. Sabe-se que os profissionais aptos a atender uma PCR serão aqueles que participam, continuamente, de programas de treinamento em suporte básico e avançado de vida<sup>(30)</sup>. Esses profissionais, se capacitados adequadamente, terão um incremento considerável no nível de conhecimento e de habilidades necessárias para a realização das condutas durante a PCR. O que se pode enfatizar é que a atualização dos profissionais da enfermagem está diretamente relacionada ao investimento contínuo das instituições em educação permanente, para que esses profissionais possam alcançar a qualificação e o diferencial que os tornará aptos e necessários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto elucidado, observa-se que a PCR é uma situação grave, em que o paciente necessita de atendimento rápido e de qualidade. Como a enfermagem tem a responsabilidade do cuidar diário do indivíduo internado, cabe a esses profissionais estar atentos e, ao perceberem os sinais de uma possível PCR, tomar as medidas cabíveis. Como se observou, o exercício da enfermagem deve estar fundamentado em constante aperfeiçoamento técnico, teórico e prático, para que a demanda seja bem atendida e possa se cumprir o princípio fundamental dessa profissão, que é acima de tudo cuidar e

priorizar a vida. No entanto, existem outras situações que necessitam de avanços para que o atendimento ao indivíduo em PCR seja realizado com qualidade. É preciso oferecer aos profissionais de enfermagem um processo de capacitação contínuo envolvendo os preceitos teóricos e técnicos atualizados. Ressalta-se a necessidade da valorização da equipe multidisciplinar e não apenas do processo de trabalho médico durante a PCR. Outro aspecto elucidado é a necessidade de valorização do registro das atividades realizadas, bem como a realização de momentos de reflexão sobre as condutas tomadas durante o atendimento.

Assim, a PCR necessita ser vista a partir de um olhar mais amplo, não apenas como um evento patológico, mas como um processo que envolve pessoas, profissionais, o trabalho, as relações de poder e a vida propriamente dita.

## REFERÊNCIAS

- 1- Birão RC, Souza EM, Castro RA, Rabelo ER. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. *Rev. latinoam. enferm.* [Internet] 2009 Jan-Fev [acesso em 27 jan 2011]; 17(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_07.pdf)
- 2- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Fatores de risco para doenças cardiovasculares. [Internet] [acesso em 05 jun 2011]. Disponível em: <http://www.cardiol.br/cuide/fatrisc.htm>
- 3- Duarte TG, Valadares GV. O (re) agir da enfermagem diante da parada cardiopulmonar: um desafio no cotidiano. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet] 2008 set [acesso em 10 abr 2011]. 12(3):411-416. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715320003>
- 4- Morais DA, Carvalho DV, Timerman S, Gonzalez MMC. Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* [Internet] 2009 [acesso em 15 jul 2011] 7:211-218. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n4/a211-218.pdf>
- 5- Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Internet] 2010 [acesso em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://sampa2.pmrp.com.br/ssauade/programas/samu/neupdf/novas-diretrizes.pdf>
- 6- Kawakame PMG. Avaliação do processo ensino aprendizagem dos estudantes de graduação da área de saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar com desfibrilador externo automático [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011. 201p.
- 7- Bueno LO, Guimarães HP, Lopes RD, Schneider AP, Leal PHR, Senna NAR, et al. Avaliação dos índices prognósticos SOFA e MODS em pacientes após parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva geral. *RBTI.* [Internet] 2005 [acesso em 10 jun 2011] 17:162-164. Disponível em: [http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo\\_2010616171158.pdf](http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_2010616171158.pdf)
- 8- Garcia SN, Serighelli VF, Quadros VAS. Capacitação dos Profissionais de Enfermagem para o Atendimento ao Paciente em Parada Cardiorrespiratória. *Rev. Prát. Hosp.* Ano XI, [Internet] 2009 [acesso 20 mai 2011]. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2063/pdf/18.pdf>
- 9- Zanin J, Nascimento ERP, Barra DCC. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Ter. Int.* [Internet] 2006 [acesso 10 abr 2011] 18(2):143-147. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>

10- Silva AR. Parada cardiopulmonar em unidades de internação: vivências do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006. 192p.

11- Hospital Sírio libanês. Atendimento à Parada Cardiopulmonar. 2009 [acesso em 15 jan 2011]. Disponível em: [http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos\\_profissionais\\_saude/manuais\\_guias/manual\\_pcr.asp](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/manuais_guias/manual_pcr.asp)

12- Almeida AO, Araújo IEM, Dalri MCB, Araujo S. Theoretical knowledge of nurses working in non-hospital urgent and emergency care units concerning cardiopulmonary arrest and resuscitation. *Rev. latinoam. enferm.* 2011;19(2):261-8.

13- Luzia MF, Lucena AF. Parada cardiopulmonar do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. *Rev. gaúch. enferm.* 2009;30(2):328-37.

14- Bertoglio VM, Azzolin K, Souza EM, Rabelo ER. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiopulmonar e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. *Rev. gaúch. enferm.* 2008;29(3):454-60.

15- Velloso ISC, Ceci C, Alves M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. *Rev. gaúch. Enferm.* 2010;31(2):388-91.

16- Fernandes AP, Vancini CR, Cohrs F, Moreira RSL. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta paul. enferm.* 2010;23(6):757-63.

17- O'Brien AM, Pedicino MJ. Simulation and debriefing: helping the pediatric nurse thrive. *J. pediatr. nurs.* 2011;26(1):93-4.

18- Santoro DC, Oliveira CM. Conduta dos enfermeiros em situação de parada

cardiopulmonar frente às recomendações atuais. *Nursing (São Paulo)*. 2007;10(110):329-33.

19- Lima SG, Macedo LA, Vidal ML, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arq. bras. cardiol.* 2009;93(6):630-6.

**Recebido em: 10/04/2012**

**Versão final em: 16/06/12**

**Aprovação em: 21/06/12**

**Endereço de correspondência**

Ricardo Bezerra Cavalcante  
Universidade Federal de São João Del Rei,  
Campus Centro Oeste Dona Lindu  
Av. Sebastião Gonçalves Coelho, nº 400,  
Chanadour.

CEP: 35504-296 - Divinópolis/MG

E-mail: ricardocavalcanteufmg@yahoo.com.br