



## PESQUISA

## Atendimento do enfermeiro do serviço de urgência à vítima em parada cardiorrespiratória

*Care of the nurse in an emergency to the victim in cardiac arrest*  
*El cuidado de la enfermera en caso de emergencia a la víctima de paro cardíaco*

Adélia Dalva da Silva Oliveira<sup>1</sup> Francisco Jwsceland de Brito Cardoso<sup>2</sup> Juliana Ferreira de Sá<sup>3</sup> Osmanda Ferreira de Araujo<sup>4</sup> Ana Teresa Castello Branco Cordeiro<sup>5</sup> Taiane Soares Vieira<sup>6</sup>

## RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivos descrever os sinais clínicos da vítima em situação de parada cardiorrespiratória reconhecidos pelo enfermeiro e analisar o atendimento do enfermeiro a esta vítima. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. Os dados foram produzidos por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada aplicados a 09 enfermeiros que trabalham no serviço de pronto socorro de um hospital público de Teresina, Piauí. As entrevistas foram gravadas em *áudio tape* e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi feita com a classificação temática e elaboração de três categorias analíticas: sinais clínicos da PCR reconhecidos pelo enfermeiro; atendimento do enfermeiro diante da PCR e aspectos que interferem no atendimento do enfermeiro a PCR. Os resultados mostraram que a maioria dos enfermeiros entrevistados não sabe descrever os sinais clínicos que caracterizam a parada cardiorrespiratória e que estes também não sabem conduzir corretamente a RCP. Esses resultados apontam para a necessidade de atualização da equipe sobre as diretrizes de reanimação cardiopulmonar e a padronização das condutas de enfermagem, pois estas são essenciais para a realização de um atendimento eficiente e de sucesso, capaz de atingir automatização total, porém, consciente, das diversas etapas do atendimento. **Descritores:** Enfermagem. Parada Cardíaca. Enfermagem em Emergência.

## ABSTRACT

This research aimed to describe the clinical signs of victim in a state of cardiac arrest situation recognized by nurses and analyze nurses's treatment after recognizing a victim in a state of cardiac arrest. Data was produced by means of a semi-structured script applied to 09 nurses working in the emergency room of a public hospital in Teresina, Piauí. The interviews were recorded on audio tape and transcribed in full. The analysis of the data was done with the subject classification and development of three analytical categories: clinical signs of the CPA recognized by nurses, nurse; the treatment by the nurse before the CPA and the aspects that interfere with the treatment done by the nurse in CPA. The results show that the majority of nurses interviewed don't know to describe the clinical signs that characterize the respiratory arrest and they also don't know how to properly conduct a CPA. These results point to the need to update the staff on the guidelines for cardiopulmonary resuscitation and standardization of approaches to nursing, for these are essential in the achievement of a successful and efficient service, capable of achieving total automation, however, aware of the various stages of care. **Descriptors:** Nursing. Cardiac arrest. Emergency nursing.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir las manifestaciones clínicas de las víctimas en situación de paro cardíaco reconocido por personal de enfermería y cuidados de enfermería para analizar esta víctima. Se trata de un enfoque descriptivo, cualitativo exploratorio. Los datos fueron producidos a través de una guía de entrevista semi-estructurada aplicada a 09 enfermeras que trabajan en el servicio de urgencias de un hospital público en Teresina, Piauí. Las entrevistas fueron grabadas en cintas de audio y transcritas en su totalidad. Análisis de los datos se hizo con la clasificación temática y el desarrollo de tres categorías de análisis: los signos clínicos de la PCR reconocido por las enfermeras, la atención de enfermería antes de la PCR y factores relacionados con los cuidados de enfermería de un paro cardíaco. Los resultados mostraron que no la mayoría de las enfermeras describen los signos clínicos que caracterizan a un paro cardíaco y que también no saben cómo llevar a cabo la RCP correctamente. Estos resultados apuntan a la necesidad de actualizar al personal sobre las directrices para la resucitación cardiopulmonar y la estandarización de los enfoques de la enfermería, ya que estos son esenciales para lograr un servicio eficaz y eficiente, capaz de lograr una automatización total, sin embargo, consciente de los diversos etapas de la atención. **Descritores:** Enfermería. Un paro cardíaco. Enfermería de urgencia.

<sup>1</sup>Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Docente do Centro Universitário - UNINOVAFAPI. Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Bairro Uruguai | CEP: 64073-505, Teresina - Piauí. [aoliveira@uninovafapi.edu.br](mailto:aoliveira@uninovafapi.edu.br). <sup>2</sup>Graduando em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho. <sup>3</sup>Graduando em Enfermagem pela Faculdade Santo Agostinho. <sup>4</sup>Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. <sup>5</sup>Enfermeira Graduada pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. <sup>6</sup>Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Piauí, Teresina.

## INTRODUÇÃO

A mudança no perfil de morbimortalidade das doenças no Brasil é decorrente do processo de transição epidemiológica. Essa mudança é caracterizada pelo aumento progressivo da prevalência, incidência e mortalidade das doenças crônicas não degenerativas. Para Morais (2007) a compreensão desta mudança é importante na definição de prioridades dos programas de atenção à saúde.

Segundo Maletta (1997), a partir da década de 60 do século passado, as doenças do aparelho circulatório ultrapassaram as infecciosas e parasitárias, o que constitui o principal grupo de causas de morte no país, tendo as doenças isquêmicas do coração como causas principais desses óbitos, sendo representada por 32%, seguidas de causas externas (15%) e de neoplasias (15%).

Diante dessa mudança epidemiológica, houve a necessidade de um crescimento nos serviços de urgência e emergência e conseqüentemente, na necessidade de organizá-los e de habilitar os profissionais de saúde para atender a essa demanda.

Nesse contexto, a parada cardiorrespiratória (PCR) aparece como a emergência cardiológica mais grave e, que necessita da máxima atenção e experiência do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem (WORSTMAN, 2005). Para Aehlert (2007), a parada cardiorrespiratória (PCR) é a ausência de atividade mecânica cardíaca confirmada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apnéia ou respiração agônica.

De acordo com a *American Heart Association* (AHA, 2010), o atendimento bem sucedido a uma vítima em PCR dá-se pelo

reconhecimento precoce dos sinais à parada, 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.

Essas etapas devem ser devidamente realizadas pelos profissionais para que ocorra o sucesso do atendimento. Ratifica-se que esse sucesso está intimamente relacionado ao atendimento correto da equipe. A chance de recuperação depende da aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP). Há pouco tempo atrás, a PCR era sinônimo de morte, pois havia um conhecimento deficiente dessas medidas e não mais que 2% sobreviviam. Hoje, este índice de sobrevivida chega a alcançar acima de 70% se o socorro for precoce e eficaz (BRIÃO et al., 2009).

O desafio atual surge, à medida que os profissionais responsáveis por esse atendimento não são treinados rotineiramente, conforme as mudanças dos protocolos ou, se treinados, não os aplicam em suas intervenções.

Para tanto, torna-se necessária a capacitação dos profissionais do serviço de emergência, inclusive do enfermeiro. Este, nem sempre se apresenta preparado frente a tal situação. Para Zanini, Nascimento e Barra (2006), parte deste despreparo deve-se ao fato do enfermeiro não estar devidamente habilitado, o qual deve possuir plena ciência da gravidade da situação, além, de ter conhecimento prático e teórico sobre as atitudes que devem ser tomadas prioritariamente, a fim de preservar as funções

fisiológicas, visto que, o risco de morte aumenta a cada segundo de demora, podendo causar seqüelas irreversíveis.

Com relação ao conhecimento prático e teórico, Silva, Pereira e Mesquita (2004) colocam que o enfermeiro deve ser treinado em ambientes intensivistas ou situações de emergências para que possa agir com toda competência necessária mediante a gravidade de cada caso, levando em conta que o paciente tem poucos minutos para se estabelecer. Para agir com competência, faz-se necessário que o enfermeiro realize estudos sobre o assunto e busque o máximo possível de informações teórico- científicas sobre PCR - RCP.

Nessa perspectiva, Venishi (2003) argumenta que é de fundamental importância o papel do enfermeiro no sucesso da reanimação cardíaca, visto que, habitualmente os sinais iniciais de parada cardíaca são detectados pela equipe de enfermagem, sendo assim, cabe a ela, iniciar uma assistência rápida, eficiente, segura e com espírito de equipe para obter sucesso no atendimento e minimizar stress desnecessários e riscos de acidentes.

Diante dessa realidade, elegeram-se como questões norteadoras dessa pesquisa: 1. O enfermeiro reconhece os sinais clínicos de uma vítima em situação de parada cardiorrespiratória? 2. Ao reconhecer os sinais da PCR, como o enfermeiro realiza o atendimento a essa vítima?.

Para responder a esses questionamentos, este estudo apresenta como objetivos: descrever os sinais clínicos da vítima em situação de parada cardiorrespiratória reconhecidos pelo enfermeiro, e analisar o atendimento do enfermeiro após reconhecer uma vítima em situação de parada cardiorrespiratória.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada em um hospital público municipal de Teresina, no estado do Piauí. Trata-se de um hospital geral, de médio porte, que dispõe atualmente de 53 leitos e de várias especialidades, tais como anestesiologia, cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, ginecologia, obstetrícia, odontologia, pediatria, radiologia e diagnóstico por imagem.

Participaram da pesquisa 9 enfermeiros. Foram incluídos os enfermeiros vinculados com o hospital que exercem atividades no serviço de pronto socorro, que aceitaram participar da pesquisa após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado como instrumento de pesquisa, um roteiro de entrevista semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas. Antes da aplicação do roteiro, realizou-se um pré-teste com a participação de três enfermeiros com características semelhantes aos sujeitos da pesquisa, escolhidos aleatoriamente.

As entrevistas foram realizadas individualmente pelos pesquisadores no mês de setembro de 2011, sendo previamente agendadas e programadas para serem efetuadas em local reservado. As respostas foram gravadas em áudio tape e transcritas na íntegra. A partir da transcrição, realizou-se a análise temática, criando categorias emergidas da descrição dos registros dos participantes.

Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados que refletem os objetivos da pesquisa, as entrevistas foram encerradas com a saturação teórica, que é uma amostra feita por um processo contínuo de análise dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Após a realização das entrevistas, as falas foram submetidas à análise temática, que para Minayo (2003, p. 209) o tema é: “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão”.

Considerando as exigências formais contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a proposta do estudo foi apresentada à Fundação Municipal de Saúde de Teresina, mediante solicitação de autorização para o seu desenvolvimento. Foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI, e uma vez aprovado - CAAE nº 0212.0.043.000-11. Foi feito contato com a diretoria geral do hospital em estudo para identificação dos pesquisadores e esclarecimentos sobre a pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

O significado apreendido das falas dos sujeitos foi agrupado em três categorias temáticas: sinais clínicos da parada cardiorrespiratória reconhecidos pelo enfermeiro; atendimento do enfermeiro diante da parada cardiorrespiratória e aspectos que interferem no atendimento do enfermeiro à parada cardiorrespiratória.

### Sinais clínicos da parada cardiorrespiratória reconhecidos pelo enfermeiro

Nesta categoria, foram agrupados os depoimentos relacionados, aos sinais clínicos da parada cardiorrespiratória, reconhecidos pelo enfermeiro, como apontam as falas:

“Ele apresenta sudorese e extremidades frias. Você aperta o dedo dele e vê

### Atendimento do enfermeiro do serviço...

cianose. Às vezes ocorre hipotensão e o aumento da frequência cardíaca” (Dep. 1);

“São bradicardia sem pulso, palidez cutânea, pele fria, sudorese, cianose de extremidades. Geralmente eu vejo essas características” (Dep. 3);

“Basicamente você vê perda de consciência, ausência de pulso, cianose, palidez, dilatação das pupilas, sendo que esta não é uma obrigatoriedade” (Dep. 4); “A gente olha pra ele e ele não está mais respirando, não tem mais nenhum movimento” (Dep.7).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma emergência clínica. O reconhecimento das manifestações desta emergência é um procedimento prioritário de todo profissional de saúde, independente da especialidade. Dessa forma, é mister que o enfermeiro deva estar preparado para reconhecer quando um paciente encontra-se em parada cardiorrespiratória ou prestes a desenvolver uma.

O diagnóstico clínico de parada cardiorrespiratória é feito diante da presença dos seguintes sinais: inconsciência, apnéia ou presença de respiração anormal ou *gasping*, ausência de pulso nas grandes artérias (femoral ou carotídea), sendo a ausência do pulso carotídeo, o sinal clínico mais importante (AHA, 2010).

Diante do exposto, percebe-se que os depoentes desconhecem os sinais que caracterizam a PCR. Dentre os enfermeiros entrevistados, apenas o depoente 4 citou dois sinais: inconsciência e a ausência de pulso, porém, não fez menção à ausência de movimentos respiratórios ou respiração anormal.

A cessação súbita da ventilação constitui um dos sinais clínicos da parada, devendo ser prontamente reconhecida, a fim de que sejam tomadas as medidas cabíveis. As células nervosas são bastante sensíveis à hipóxia e, a cada minuto que se passa, vão aumentando as chances de ocorrerem lesões cerebrais irreversíveis. Daí a importância do enfermeiro saber reconhecer este

Oliveira, A.D.S. et al.

importante sinal para proceder ao atendimento rápido e eficaz de uma vítima em PCR.

O depoente 1 afirma que em uma situação de parada cardiorrespiratória, ocorre uma queda na pressão arterial e um aumento na frequência cardíaca. O depoente 3 faz um relato sobre a ocorrência de bradicardia sem pulso, e diz ser este um dos sinais da PCR. Em nenhum momento há citação da ausência de pulso e de movimentos respiratórios como sinais clínicos observados por ele diante de uma PCR. Fica demonstrado, assim, o desconhecimento do profissional sobre os sinais da PCR. O termo “bradicardia” significa que há uma diminuição na frequência rítmica do coração, enquanto que, em uma PCR, o que ocorre é a cessação súbita da atividade mecânica cardíaca. Já o depoente 7 discorre apenas sobre a ausência de movimentos respiratórios, deixando de citar ausência de pulso e a inconsciência.

A PCR necessita de atendimento rápido e eficiente, além de conhecimento científico e habilidade técnica, entretanto, para que se realize tal atendimento, é necessário primeiramente reconhecer os sinais que a caracterizam. Nenhum dos entrevistados descreveu de forma correta os sinais clínicos apresentados por uma vítima em PCR.

O depoente 8 associa os sinais clínicos da angina ou do infarto agudo do miocárdio com os da PCR, como é explicitado na sua fala:

“Tem os sinais típicos e os sinais atípicos. Dor precordial que irradia para o membro esquerdo, sudorese, taquicardia. Isso a gente chama de sinais típicos. Os atípicos são dor epigástrica, se for uma dor que vai para o lado direito” (Dep. 8).

Fica explicitado na fala do depoente acima, o desconhecimento dos sinais que caracterizam uma PCR. A partir do momento que o socorrista confunde os sinais de IAM e Angina aos da PCR, o atendimento é direcionado para o tratamento dessas patologias, enquanto que, a necessidade do paciente está em restabelecer a R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013

*Atendimento do enfermeiro do serviço...*

função cardíaca, ventilatória e preservar a função cerebral.

O conhecimento teórico e as habilidades práticas das equipes que atendem a vítima em PCR estão entre os determinantes mais importantes nas taxas de sucesso em reanimação cardiopulmonar (RCP). O profissional deve intervir de maneira rápida, reunindo todos os esforços no sentido de restaurar a atividade espontânea do coração, antes que o cérebro venha a apresentar lesão permanente, pois, a preservação da função cerebral é o principal objetivo das manobras de RCP.

### **Atendimento do enfermeiro diante da parada cardiorrespiratória**

Nesta categoria foram agrupados os depoimentos relacionados ao atendimento do enfermeiro diante de uma vítima adulta em parada cardiorrespiratória, como segue:

“Seguir um certo protocolo de atendimento. Identificar primeiro as vias aéreas, depois passa pra parte circulatória, verificar o pulso carotídeo ou femoral. [...] aí você parte pra parte neurológica, você vai usar o ABCDE, o E já é a avaliação neurológica, aí verifica a PA, esse paciente tem uma PA bem abaixo do normal e o padrão respiratório está rebaixado, inclusive se o paciente estiver em PCR e estiver consciente porque às vezes pode estar” (Dep. 2);

“A primeira coisa que a gente faz é a questão da via respiratória, depois passa pra parte cardíaca, fazer as massagens e depois pra parte circulatória pra ver o acesso venoso, mas principalmente tem que se preocupar com a resposta respiratória. Pelo novo protocolo a gente faz 30 compressões para 2 ventilações, mas em um minuto são 100 compressões” (Dep. 4).

O entrevistado 2 menciona o protocolo de atendimento: o ABCDE. Este protocolo consiste numa seqüência que deve ser priorizada no atendimento inicial ao paciente. Cada letra representa uma ação a ser realizada. É um

Oliveira, A.D.S. et al.

protocolo universal de atendimento a situações de emergências, onde o “A” significa abrir vias aéreas; o “B” orienta que seja checada a respiração da vítima e que esta vítima seja ventilada; o “C” significa compressão; o “D” significa desfibrilação e o “E”, exposição da vítima proteção da hipotermia. No entanto, as novas diretrizes para RCP divulgadas em 2010, apresentam C- A- B como seqüência correta para o atendimento de uma vítima em PCR (AHA, 2010).

Essa alteração foi planejada para simplificar o treinamento de socorristas leigos, e continuar enfatizando a necessidade de aplicar compressões torácicas o quanto antes em vítimas de PCR súbita.

Entretanto, o mesmo depoente afirma a possibilidade de o paciente estar em PCR e ainda assim, ter a consciência preservada. Como já citado anteriormente, a inconsciência é uma das características da PCR, ou seja, não há como um paciente estar consciente e em PCR.

Já o depoente 4 apresenta coerência na sua fala. Este menciona o protocolo atual de parada cardiorrespiratória, que é o Novo Consenso de 2010 e fala da relação compressão/ventilação. É importante ressaltar que, durante uma PCR, a RCP deve ser iniciada em um tempo não superior a quatro minutos, pois, após esse tempo, o encéfalo será exposto a uma situação de hipóxia, iniciando seqüelas que podem ser irreversíveis. A relação min/percentual de célula nervosa morta é de 1/10%, ou seja, a cada um minuto sem oxigênio, 10% das células nervosas “morrem” (PEREIRA; OLIVEIRA, 2004). Diante do exposto, quanto mais rápida for a decisão de iniciar a RCP, maiores serão as chances de sobrevivência do paciente.

Para o depoente 6 as compressões torácicas não são realizadas, tendo em vista a existência do desfibrilador na unidade de pronto atendimento, como segue:

“Verifica a pressão, coloca o acesso, e de acordo com o médico, vai fazendo a  
R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013

*Atendimento do enfermeiro do serviço...*

medicação e deixa o soro fisiológico aberto. A gente já faz logo as manobras e administra adrenalina. Quanto às manobras, seriam manobras manuais, mas como aqui tem o desfibrilador, então é ele que se usa” (Dep. 6).

De acordo com as diretrizes da *American Hearth Association* (AHA, 2010), a evolução de uma PCR por fibrilação ventricular pode ser melhor se a tentativa de desfibrilação tiver sido precedida de um período de RCP com compressões torácicas. Uma RCP com compressões torácicas de qualidade podem dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência após uma PCR. O tratamento da PCR deve englobar compressões torácicas fortes, rápidas e ininterruptas, e aplicação de choque com um desfibrilador.

Este depoente afirma em seu discurso que realiza aferição de PA durante o atendimento à PCR. Este é um procedimento desnecessário, tendo em vista outros problemas que precisam ser vistos de maneira prioritária, a fim de garantir uma maior sobrevivência ao paciente. Como já visto anteriormente, há um protocolo a ser realizado em seqüência, objetivando atender de maneira prioritária os aspectos clínicos que possam causar lesões graves e irreversíveis, ou que possam matar o paciente mais rapidamente.

O depoente 3 apresenta em sua fala, que o atendimento à PCR se resume à realização de massagens, uso de via aérea avançada e administração de medicamentos,

“A gente leva pra sala de emergência, faz as massagens e a ventilação mecânica com um ambu. O médico geralmente entuba e dá adrenalina” (Dep. 3).

Não há relato neste depoimento sobre a importância da verificação do ritmo, da necessidade de desfibrilação, da relação compressão/ventilação. Ainda pode-se perceber o desconhecimento relacionado à técnica de ventilação quando este cita o AMBU como método de ventilação mecânica.

A ventilação mecânica ou, como seria mais adequado chamarmos, suporte ventilatório, se faz através da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volume de ar (CARVALHO; TOUFEN JUNIOR; FRANÇA, 2011). Enquanto que o AMBU (*Air Maintenance Breathing Unit*) é uma prótese manual com bolsa que se auto-insufla independente de uma fonte de oxigênio, porém, não é um método para manutenção da ventilação por períodos longos, a não ser que, haja um manômetro.

“Fazer as manobras de ressuscitação e instalar oxigênio, chamar o médico imediatamente e providenciar os equipamentos necessários para esta situação. Na hora das massagens a gente não conta não. A gente vai vendo a reação que vai acontecendo na hora. Aí o profissional vai providenciar o carrinho de parada, acesso venoso também” (Dep. 8);

“Você faz 10 a 15 massagens e observa um pouquinho se tem retorno, se ele volta a respirar. Aí quando ele já está intubado, você pode continuar tanto a ventilação com ambu como a massagem pode ser intercalada de 5: 2” (Dep.9).

O protocolo de atendimento à PCR preconiza que a relação entre compressão/ventilação deve ser de 30:2. Ao analisar a fala do depoente 8, observa-se que o mesmo não segue essa relação, chegando a confirmar a inexistência desse critério durante seus atendimentos. Já o depoente 9 diz que a relação compressão/ventilação deve ser de 5:2 e que o total de compressões a serem realizadas deve ser entre 10 a 15, com um período de interrupção para verificar o estado do paciente.

As compressões torácicas devem ser fortes, rápidas e sem interrupção, a fim de evitar a cessação do fluxo sanguíneo vital ao coração e ao cérebro. Caso essas compressões sejam interrompidas, o fluxo sanguíneo cessa. Sendo assim, entende-se que quanto maiores forem as interrupções das compressões torácicas, menores

R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013

serão as chances de sobrevivência do paciente em PCR. A AHA (2010) orienta que tanto para socorristas que atuam sozinhos, como para profissionais de saúde que realizam RCP com dois socorristas, a vítima adulta, essa relação deve ser de 30:2.

Dentro de um serviço de pronto socorro, o profissional de saúde deve ser instruído a iniciar a RCP se a vítima não estiver respirando ou apresentar respiração anormal (isto é, *gasping*). Diante desta situação, o profissional deve buscar o desfibrilador e posicionar a vítima para que sejam realizadas 30 compressões torácicas externas. Após a aplicação das compressões, o socorrista que atuar sozinho, deverá abrir a via aérea da vítima por meio de manobras, como a hiperextensão do pescoço ou de elevação da mandíbula, e aplicar duas ventilações. (MADY; IANNI; ARTEAGA, 1999).

A frequência da compressão deve ser no mínimo de 100 por minuto, com a compressão do esterno de 1<sup>1/2</sup> a 2 polegadas (aproximadamente de quatro a cinco centímetros). É importante fazer o revezamento do socorrista a cada 5 ciclos de RCP (2 minutos) visando evitar que o cansaço diminua a eficácia do procedimento (AHA, 2010).

Esse revezamento é lembrado na fala do depoente 6 logo a seguir:

“Coloca na sala de parada, coloca O<sub>2</sub>, chama logo o médico, começa logo as massagens cardíacas. A gente se reveza. Um ajuda o outro. Temos aqui uma equipe. Tem caso que o médico não sabe intubar e às vezes o enfermeiro faz isso” (Dep. 6).

É de fundamental importância que o enfermeiro e sua equipe estejam prontos para o atendimento da PCR agilizando, dessa forma, o atendimento (GUIMARAES; LOPES; LOPES, 2005).

O depoente acima faz referência a intubação pelo enfermeiro. Este procedimento não faz parte da grade curricular dos cursos de graduação em enfermagem. Não consideramos que

Oliveira, A.D.S. et al.

esta intervenção deva ser realizada pelo enfermeiro e sim, pelo médico, que possui treinamento teórico para realização desta prática.

Contudo, o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (COREN- SP, 2009) deliberou o seguinte parecer acerca da realização da intubação endotraqueal pelo enfermeiro: tendendo a solicitação situação de risco de morte iminente de paciente, na qual exista a impossibilidade de se contar com profissional médico para realização da intervenção, decorrente de sua ausência ou por estar envolvido em outro procedimento na mesma ocorrência, o enfermeiro poderá realizar este procedimento, desde que, ciente de sua capacidade, competência e habilidade para garantir uma assistência livre de riscos provenientes da negligência, imperícia e imprudência.

#### **Aspectos que interferem no atendimento do enfermeiro na parada cardiorrespiratória**

Nesta categoria foram agrupados os depoimentos relacionados aos aspectos que interferem no atendimento do enfermeiro na PCR, como apontam as falas:

“Eu acho que a dificuldade não é falta de conhecimento, mas sim uma falta de treinamento e habilidade da equipe” (Dep. 04);

“A gente tem que trabalhar a equipe, porque nós estamos muito longe da realidade. Cada um durante seu plantão deveria saber seu papel. Quando você tem uma equipe desorganizada, que não conhece uma parada cardiorrespiratória faz é atrapalhar o prognóstico do paciente, devido à demora da administração das drogas” (Dep. 05);

“Cada dia é um funcionário, cada um com sua experiência. Uns tem menos experiências, outros tem mais. Não tem aquela equipe como no SAMU” (Dep.08).

Durante a pesquisa, 4 dos entrevistados afirmaram a falta de treinamento da equipe como R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013

#### *Atendimento do enfermeiro do serviço...*

sendo um dos aspectos que dificultam a realização do atendimento de maneira correta à vítima de PCR.

A atualização da equipe de enfermagem sobre as diretrizes da RCP e a padronização das condutas de enfermagem, é essencial para o atendimento da PCR, visando obter eficiência, rapidez, sincronismo e sucesso no atendimento.

Médicos, enfermeiros e toda a equipe de enfermagem devem estar preparados para atender de forma sistematizada e padronizada uma situação de emergência. Para que isso ocorra, o treinamento da equipe é fundamental e todo o material necessário para esse momento deve estar disponível de forma imediata.

A periodicidade do treinamento deve ser definida de acordo com as características dos atendimentos de emergência da instituição. Treinamentos práticos e simulações são estratégias fortemente recomendadas para educação continuada em RCP. O ILCOR e a AHA estabelecem diretrizes para o atendimento na cardiologia realizando a atualização das mesmas a cada 5 anos. O conhecimento e atualização dessas diretrizes garantem uma melhora da sobrevivência em longo prazo, com bom prognóstico neurológico (FEITOSA FILHO et al., 2006).

Em 2010, foi publicada uma nova declaração incluindo as principais modificações relacionadas à otimização da abordagem à vítima em parada cardiorrespiratória.

O treinamento da equipe em relação ao atendimento da PCR deve ter como objetivo primordial, reduzir ao mínimo, a duração da mesma com medidas que permitam atuação rápida, eficiente e sistematizada atingindo automatização total, mas consciente, das diversas etapas do atendimento. Não basta simplesmente uma orientação para que se considere a equipe apta a exercer o conjunto de medidas de emergência para o tratamento da PCR. É necessário um contínuo treinamento e atualização

Oliveira, A.D.S. et al.

dos conhecimentos e técnicas que permeiam toda a assistência nesse meio (SILVA; PADILHA, 2001).

Além disso, o depoente 6 relata a inexperiência do profissional médico em relação ao procedimento de intubação, afirmando já ter realizado intubação durante RCP:

“Tem caso que o médico não sabe nem intubar e às vezes, o enfermeiro tem que fazer isso” (Dep.6).

Cabe ao médico garantir acesso às vias aéreas, identificar o ritmo cardíaco, usar adequadamente o desfibrilador e os fármacos para auxiliar no retorno da circulação espontânea, devendo o enfermeiro intervir, como citado anteriormente, em situações da ausência deste profissional.

É importante reafirmar que o treinamento e a capacitação da equipe multiprofissional são de grande valia para o sucesso da RCP, sendo importante a inclusão sobre o manuseio dos materiais e equipamentos utilizados durante esse atendimento. Muitas vezes, o profissional possui o conhecimento teórico e científico, porém, nunca foi confrontado com a prática. Como resultado disso, percebe-se profissionais sem habilidade para executar procedimentos complexos e invasivos, indispensáveis ao êxito do atendimento.

Outro importante fator que dificulta esse atendimento, diz respeito à falta de conhecimento do profissional enfermeiro sobre sua importância e responsabilidade como membro de uma equipe multiprofissional durante o atendimento à PCR.

O depoente 9 relatou a função do enfermeiro como sendo muito resumida e restrita tão somente à ordem médica durante o atendimento de emergência:

“A função da gente é muito resumida. Se restringe ao comando do médico, pois se precisar intubar o paciente, infundir drogas vasoativas e desfibrilar, tudo quem faz é ele, então nós só damos um aporte ao paciente” (Dep. 9).

### *Atendimento do enfermeiro do serviço...*

O enfermeiro do serviço de pronto socorro é o líder da equipe de enfermagem e deve estar na linha de frente desse serviço conferindo os equipamentos, avaliando a funcionalidade dos mesmos, verificando as medicações. Uma intervenção segura, qualificada e eficaz, depende em grande parte, desse profissional. Não se pode restringir a função do enfermeiro a um comando médico, que está ali somente para cumprir ordens estabelecidas.

Cabe a ele e à sua equipe assistir os pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico, devendo o enfermeiro responsabilizar-se pelo treinamento da equipe na execução das manobras do suporte básico de vida (ventilação artificial e compressão torácica) e, também, quanto ao conhecimento e domínio do conteúdo existente no carro de emergência e manuseio do equipamento.

A função desse profissional é vital nos esforços para reanimar um paciente, sendo que é ele, freqüentemente, quem avalia em primeiro lugar o paciente e inicia as manobras de RCP, chamando a equipe. Seu papel inclui a RCP contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, notificação ao médico plantonista, bem como, relatar os acontecimentos aos membros da família, sendo que, o apoio para os familiares e amigos é muito importante nesta ocasião (FEITOSA FILHO et al., 2006).

Após uma reanimação satisfatória, o enfermeiro, juntamente com o médico, precisa controlar rigorosamente os sinais vitais e os parâmetros hemodinâmicos desse paciente, bem como, estar atento a qualquer sinal de complicação, pois o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irão refletir no seu prognóstico.

A assistência de enfermagem estende-se desde o início da parada cardiorrespiratória, onde

ele deve estar capacitado para detectar sinais e sintomas característicos dessa situação clínica, passando pela fase de reanimação cardiopulmonar, até a finalização das ações de intervenção, acompanhando o paciente pós-ressuscitação ou mesmo quando a situação evoluir para o óbito.

### CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que a maioria dos enfermeiros entrevistados não sabe descrever as manifestações clínicas que caracterizam a parada cardiorrespiratória e que estes, também não sabem conduzir corretamente a RCP.

Esses resultados apontam para a necessidade de atualização da equipe sobre as diretrizes de reanimação cardiopulmonar e a padronização das condutas de enfermagem, pois estas são essenciais para a realização de um atendimento eficiente e de sucesso capaz de atingir automatização total, porém, consciente, das diversas etapas do atendimento.

Além disso, o desconhecimento e inexperiência do médico em relação ao procedimento de intubação foram relatados como um aspecto que interfere na eficácia da RCP, seguido da falta de conhecimento do enfermeiro sobre sua importância e responsabilidade como membro da equipe. O enfermeiro, como líder da equipe e gerenciador do cuidado, deve ser responsável pelo preparo e atuação da mesma e pelo provimento de materiais e medicações necessários ao atendimento de emergência, sendo indispensável a sua participação na assistência ao paciente vítima de PCR.

Sugere-se a partir deste estudo, a realização de treinamentos teóricos e práticos acerca desta temática onde a equipe de enfermagem possa expressar suas dificuldades e aperfeiçoar seus conhecimentos.

R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013

### REFERÊNCIA

AEHLERT, B. **ACLS - Emergências em cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care**. Circulation, Dallas, v. 112, n. 1, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196, de 16 de outubro de 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 20 de ago. de 2011

BRIAO, R. C. et al. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2011

CARVALHO, C. R. R.; TOUFEN JUNIOR, C.; FRANCA, S. A. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. **Jornal Brasileiro de pneumologia**, São Paulo, v. 33, n. suplemento 2, jul. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132007000800002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000800002&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 01 Set. 2011.

COREN-SP. Parecer Coren - SP CAT N° 002/2009. **Realização de intubação traqueal por enfermeiros**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/N%C2%BA%20002-2009%20-%20Realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20intuba%C3%A7%C3%A3o%20traqueal%20por%20enfermeiros.pdf> . Acesso em: 01 set. 2011

FEITOSA FILHO, G. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: O que mudou com as novas diretrizes. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 177-185, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 11 mar. 2011

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24,

n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>.  
Acesso em: 11 mar. 2011.

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 fev. 2011.

GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. Parada Cardiorrespiratória. São Paulo: Atheneu, 2005. In: KNOBEL, E. **Padronização das ações de enfermagem na parada cardiorrespiratória**. São Paulo, Atheneu, 2006. p. 2423-2432.

Submissão: 25.10.2012

Aprovação: 08.01.2013

MADY, C.; IANNI, B. M.; ARTEAGA, E. Cardiologia Básica. In: NASTARI, L. **Ressuscitação Cardiopulmonar**. São Paulo: Rocca Ltda, 1999. p. 105-118

MALETTA, C. H. M. **Transição epidemiológica em Belo Horizonte, no período de 1890 a 1991**. 1997.314 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

MINAYO, M. C. S. Org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MORAIS, D. A. **Parada cardiorrespiratória em Ambiente pré-hospitalar: Ocorrências atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte**. 2007. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2007.

PEREIRA, H. A.; OLIVEIRA, P. N. **Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 91-96.

SILVA, S. C.; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: análise das ocorrências iatrogênicas durante o atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 4, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?> Acesso em: 11 mar. 2011.

SILVA, L. S.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. São Paulo: Medsi, 2004.

VENISHI, E. K. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva**. Série Apontamentos. São Paulo: SENAC, 2003.

WORSTMAN, F. **Assistência ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2005.

ZANINI, J.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2006. Disponível em:

R. Interd. v.6, n.2, p.64-74, abr.mai.jun. 2013