



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

CÁGIZA CANAAN DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES EM
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA**

SÃO JOÃO DEL REI

2016

CÁGIZA CANAAN DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES EM
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.º Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2016

CÁGIZA CANAAN DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES EM
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA**

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
Orientador

Profª Ms. Regina Aparecida Melo Bagnolli

SÃO JOÃO DEL REI

2016

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-HOSPITALAR AOS PACIENTES EM PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

SOUZA, Cágiza Canaan de

Graduando do curso de enfermagem do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves- IPTAN

RESUMO: A Parada Cardiorrespiratória é um dos eventos mais graves de saúde, evento este agonizante para os expectadores que na maioria das vezes são familiares e população transitória e com uma baixa taxa de sobrevivência e alta incidência de pacientes sequelados, principalmente se ocorrido no Ambiente Pré-Hospitalar, local onde mais ocorre a PCR. As cardiopatias são as doenças que prevalecem para um evento de PCR, porém não são as únicas. Neste artigo espera-se enfatizar sobre as arritmias cardíacas, a atuação do enfermeiro emergencista no APH e sobre a importância da comunidade no abc dos primeiros socorros de uma PCR, já que os primeiros minutos são imprescindíveis para o sucesso de uma Ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Diante de um tema tão importante para os futuros profissionais enfermeiros, considera-se que o objetivo enfatizar o papel da enfermagem frente a pacientes em parada cardiorrespiratória no âmbito pré-hospitalar.

Palavras-Chave: Parada Cardiorrespiratória; Assistência de enfermagem; Pré-Hospitalar; Urgência e Emergência.

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é considerada como um grave problema de saúde pública não só no Brasil, mas mundialmente e apesar de todos os avanços na área da saúde, ainda se perde inúmeras vidas por PCR. Existem vários estudos sobre PCR, mas nenhum esclarece com exatidão as estatísticas referentes a esse quadro (GONZALEZ *et al*, 2013).

As mortes causadas por doenças cardíacas lideram o ranking dos Estados Unidos, mas após quase três décadas em declínio, essa patologia volta aumentar. Um estudo da Centers for Disease Control and Prevention (CDC), divulgou que no período de 2011 a 2014 as doenças cardíacas tiveram um aumento de 3% em relação ao câncer que no mesmo período teve um aumento de 2,6% (AHA, News, 2016).

Em outro estudo, especificamente realizado sobre a população de Belo Horizonte – MG, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2005, as estatísticas fornecidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU foram de 5.058 ocorrências, dentre as quais 1.548 dessas ocorrências eram casos de PCR, com prevalência do sexo masculino, que ocupa 68,8% dos casos (MORAIS *et al*, 2009).

Uma das principais manobras de atendimento em uma PCR é a ressuscitação cardiopulmonar (RCP), que são movimentos articulados, realizados de forma sincronizada em que o enfermeiro tem um papel importante na organização da equipe para que o processo saia de maneira rápida e eficaz (MORAES *et al*, 2016).

Um atendimento de emergência compreende uma série de profissionais desde o atendimento pré-hospitalar, transporte móvel do paciente, atendimento intra-hospitalar até os cuidados que caberão a este paciente para devido tratamento ou falecimento.

O atendimento pré-hospitalar é, por definição, qualquer assistência realizada fora do ambiente hospitalar, utilizando meios e recursos disponíveis, com resposta adequada à solicitação. Portanto, pode variar desde uma simples orientação telefônica ao envio de uma ambulância de suporte básico ou avançado até o local do evento, visando à manutenção da vida, a evitar agravos e até mesmo à minimização de sequelas (FONSECA, 2007, p.315).

Este serviço pode ser definido como toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, com o intuito de dar ao usuário a melhor resposta à solicitação de ajuda. Essa resposta pode variar de um simples conselho ou orientação médica até o envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando à manutenção da vida e/ou à minimização das sequelas (LOPES, 1999, p. 381).

Consideramos como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999).

O termo “emergência” refere-se à constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2006).

O Conselho Federal de Medicina (2003) define urgência como uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte cujo portador necessita de assistência médica imediata; e emergência como a constatação médica das condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

O SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) é um serviço ligado ao SUS, Sistema Único de Saúde, que através de recursos materiais, profissionais qualificados, habilitados e que se mantem através de programas de capacitação sempre atualizados, conseguem atender aproximadamente 75% das solicitações da população e interligá-los às redes de Urgência através de suas Centrais de Regulação (BRASIL, 2014).

O enfermeiro juntamente com o médico e o condutor/socorrista, fazem parte da equipe Unidade de Suporte Avançado (USA). Esta unidade faz parte do complexo de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2014).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção abrupta da circulação, movimentos respiratórios e funções cerebrais. A perda do pulso em grandes artérias e perda do reflexo voluntário da ventilação é responsável pela inconsciência devido à falta de oxigênio circulante, todos esses eventos ocorrem simultaneamente em um indivíduo (SOUZA *et al*, 2013 *apud* ZANINI *et al*, 2006).

Esse artigo tem como objetivo enfatizar o papel da enfermagem frente a pacientes em parada cardiorrespiratório no âmbito pré-hospitalar. Trata-se de um trabalho que envolve toda uma equipe envolvida e capacitada, frente a ações sistematizadas de atuação na urgência e emergência. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica, analítica pautada na modalidade descritiva baseada em literatura especializada e baseada em evidências, pesquisa em sites científicos e bibliografias atualizadas no acervo da biblioteca do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN, em periódicos de enfermagem publicados e manuais referentes ao tema.

1. Considerações sobre a parada cardiorespiratória

Nos ambientes pré-hospitalar e intra-hospitalar, a PCR é responsável por um elevado número de morbimortalidade. Este fator exige com que os profissionais de saúde estejam aptos para atender prontamente com eficácia. O objetivo do atendimento, sincronizado e multidisciplinar, é redução de danos e a garantia de uma maior sobrevida do paciente (GUILHERME *et al*, 2013).

O atendimento pré-hospitalar é um tipo de assistência emergencial que merece destaque pelas suas peculiaridades. Este tipo de assistência se caracteriza por ser realizado fora do ambiente tradicional da atenção à saúde. Os profissionais se deslocam para o local onde o

paciente necessita de cuidados considerados urgentes, isto é, que necessitam de atendimento em um breve período de tempo. O serviço é acionado pelo próprio paciente, por um familiar ou por outras instituições sociais, como polícia ou bombeiros (GOLDIM, 2001, s.p).

Os atendimentos realizados em situações de emergências, quando organizados de maneira adequada tornam rápidos os atendimentos graves e através do transporte móvel realizado pelos profissionais de saúde reduzem significativamente o índice de mortes, tornando o transporte móvel dos pacientes de vital importância quanto o atendimento (GOLDIM, 2001, s.p)..

Estima-se que a sobrevida do paciente que sofre a PCR dentro de hospitais seja inferior a 40%, já se a parada ocorrer no ambulatório, a sobrevida é menor que 10%. A PCR é considerada como um episódio de alta mortalidade e morbidade e os pacientes que sobrevivem apresentam uma incidência alta de sequelas (PEREIRA *et al*, 2008). inúmeras complicações, tornando fundamental e importante que se utilize equipamentos de qualidade e uma equipe de saúde altamente qualificada, beneficiando as vítimas com a devida atenção.

O objetivo básico da manobra de RCP é a de manter a perfusão cerebral, no intuito de restabelecer a ritmo acompanhado de pulso (BARTHOLOMAY *et al*, 2003).

Segundo VIEIRA *et al* (1996), existem várias causas que podem levar um paciente a um quadro de PCR e entre essas causas podemos destacar:

Assistolia: que é a interrupção de qualquer atividade elétrica e/ou mecânica dos ventrículos. Seu diagnóstico pelo eletrocardiograma (ECG) é observado por no mínimo duas derivações com ausência de atividade elétrica do ventrículo como podemos observar na figura 1 (VIEIRA *et al*,1996).



Fig. 1 - Assistolia ventricular; no início do traçado registrou-se um complexo QRS e onda T, seguido de linha isoeletrica (VIEIRA *et al*, 1996).

Fibrilação Ventricular (FV): incapacidade cardíaca de manter um débito satisfatório de sangue, devido à contração ineficaz e incoordenada, o que podemos chamar de fibrilação e não contração propriamente dita. Essa incapacidade de contração se deve ao fato de que o impulso elétrico vir de vários pontos do ventrículo, no traçado eletrocardiográfico podemos observar ondas QRS anormais, e a frequência cardíaca pode variar de 80 a 300bpm como observados na figura 2 (VIEIRA *et al*, 1996 *apud* SALLUM *et al*, 2010).

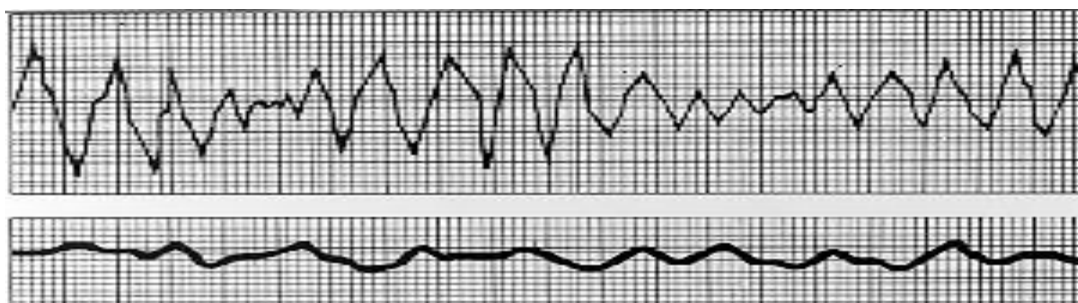


Fig. 2 - Fibrilação ventricular. A) ondas amplas e rápidas - fibrilação ventricular tipo “grosseiro”; B) ondas pequenas e lentas - fibrilação tipo “fino” (VIEIRA *et al*, 1996).

Taquicardia ventricular sem pulso (TVSP): batimentos ectópicos do ventrículo, responsável por importâncias hemodinâmicas como ausência de pulso arterial. Ocorre mais frequentemente em pacientes com Doença Arterial Coronariana DAC, frequência cardíaca maior que 100 bpm não ultrapassando 220bpm como representado na figura 3 (VIEIRA *et al*, 1996 *apud* SALLUM *et al*, 2010).



Fig. 3 – Ao contrário da FV a TV sem pulso se caracteriza por complexos QRS largos e organizados, geralmente essa PCR sem pulso é de breve duração, evoluindo para a FV (CARVALHO *et al*, 2016).

Atividade elétrica sem pulso: a atividade elétrica é evidenciada pelo eletrocardiograma, porém sem pulso cardíaco precedendo essa atividade, devido ao enfraquecimento cardíaco observa-se na figura 4 (VIEIRA *et al*, 1996)

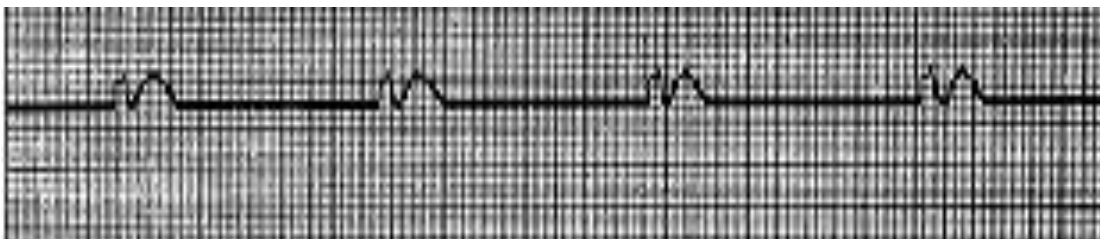


Fig. 4 - Dissociação eletromecânica ou ritmo agônico. Complexos QRS largos e bizarros. Ritmo idioventricular, sem contração mecânica ventricular correspondente (VIEIRA *et al*, 1996).

2. Manobras de RCP em ambientes pré, intra e extrahospitalar

Um estudo realizado em um hospital geral de alta complexidade, analisou a implementação de um Time de Resposta Rápida (TRR), essa análise compreendeu o período de 19 meses antes (agosto de 2005 a fevereiro de 2007) e 19 meses após a implementação (março 2007 a setembro 2008). Neste estudo concluiu-se que após o período de intervenção (março 2007 a setembro 2008) houve uma redução de 67 mortes (GONÇALES *et al*, 2012).

O TRR se refere a uma equipe multiprofissional, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, especializados em terapia intensiva, que estejam aptos a assistir e promover um atendimento de urgência prontamente ao paciente a beira leito. Este Time pode encontrar dificuldades ao realizar tal atendimento quando existe uma falha na monitorização do paciente quando não são devidamente observados e devidamente comunicados à equipe médica sinais de deteriorização do paciente, como: comprometimento respiratório, circulatório e neurológico, sinais estes que o paciente pode dar indícios em aproximadamente 8 horas antes da PCR (VIANA, 2013).

Pacientes hospitalizados mesmo que não seja em setores críticos, são monitorizados diariamente pela equipe de saúde e acompanhados pelo TRR e observados quanto aos sinais de deterioração e instabilidade clínica. Países como a Inglaterra e Austrália, que são pioneiros no TRR, conseguem demonstrar a importância quanto a observação de sinais da piora clínica do paciente e a chamada rápida do chamado código amarelo que é o disparo para a chamada da equipe de urgência, devida transferência se necessário para Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (TAGUTI *et al*, 2013).

Dentro deste time de resposta rápida foram criados em agosto de 2005 no Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) o chamado código azul que assiste ao paciente vítima de PCR, composto por uma equipe multiprofissional como: dois médicos, (um cardiologista e um

intensivista ou plantonista do pronto atendimento), um enfermeiro, e um fisioterapeuta, todos estes profissionais tem a autonomia de acionar quando necessário uma única tecla do telefone indicando piora do paciente (GONÇALES *et al*, 2012).

As diretrizes implementadas no ano de 2015 pela American Heart Association, seguem a seguinte ordem, sendo chamada cadeia de sobrevivência de um PCRIH: Vigilância e Prevenção, Reconhecimento e Acionamento do Serviço Médico de Emergência, RCP imediata de alta qualidade, Rápida Desfibrilação, Suporte Avançado de Vida e Cuidados Pós Parada Cardíaca. Essa conduta pode ser realizada por profissionais de saúde básica, equipe de ressuscitação, Laboratório de hemodinâmica, UTI, bem como todos os profissionais de enfermagem(AHA, 2015).

Já numa PCREH a ordem é: reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência, RCP imediata de alta qualidade, rápida desfibrilação, serviços médicos básicos e avançados de emergência, Suporte avançado de vida e cuidados pós PCR (AHA, 2015).

O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como o primeiro suporte de vida que aquele indivíduo receberá com a condição que seja em ambiente fora dos setores hospitalares com a possibilidade de resolução no ato ou o encaminhamento do mesmo para as unidades de internação. Esse suporte é subdividido em suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), em que o primeiro corresponde a manobras não invasivas sendo supervisionado por um médico e o segundo corresponde à manobras invasivas sendo imprescindível a atuação do médico e do enfermeiro (WEHBE *et al*, 2005; SILVA, 2012).

A recomendação do AHA deu ênfase na mudança da sequencia ABC para CAB no adulto (circulação, vias aéreas e ventilação) respectivamente, permanecendo inalterado no de 2015, visto que o recém-nascido ainda continua na sequencia anterior por se tratar na maioria das vezes a PCR ser causada por sufocamento. Após o reconhecimento de uma RCP em ambiente extra-hospitalar, acionamento do SAV, o socorrista sendo ele leigo ou não deve iniciar imediatamente as compressões torácicas, com profundidade de aprox. 5cm, não ultrapassando 6cm, com retorno total do tórax. Ao se tratar de apenas 1 (um) socorrista o mesmo deve realizar a manobra com frequência de 100 a 120 compressões por minuto, ou 30 compressões para 2 ventilações (GALVÃO, 2010 *apud* AHA, 2015).

O socorrista não deve interromper a manobra enquanto o outro socorrista estive colocando o DEA (Desfibrilador Externo Automático), neste caso supondo que o SAV ou SBV já tenha

chegado para assumir o controle da PCR, após a leitura do DEA se detectado ritmo chocável o mesmo pode ser ativado com 120-200J quando onda bifásica e 360J quando onda monofásica, após 5 ciclos de compressões na proporção de 30:2 como explicado acima, o socorrista deve checar o pulso carotídeo, caso não haja retorno do pulso o socorrista deve iniciar imediatamente a manobra de RCP (TALLO *et al*, 2012).

Como a maioria das PCRs acontecem em APH, e sendo o socorro é primordial nos primeiros minutos, observa-se que é de extrema importância o papel da sociedade nesse atendimento, seja para reconhecer um sinal de PCR, acionar o serviço de atendimento e mesmo iniciar as manobras de RCP, por isso é imprescindível que o se dê ênfase a implantação e capacitação de primeiros socorros nas escolas e comunidades, principalmente com os jovens (SBC/FUNCOR, 2010).

3. O papel da enfermagem na parada cardiorespiratória (PCR)

Um atendimento de emergência exige uma série de profissionais capacitados no procedimento pré-hospitalar, transporte móvel do paciente e atendimento intra-hospitalar, para que os cuidados que caberão a este paciente seja devidamente estabelecido ou em caso de falecimento esteja dentro dos padrões dos próprios procedimentos. O atendimento realizado em situações de emergência, quando organizados de maneira adequada, torna-se rápido e auxilia nos processos de gravidade dos acontecimentos e quando o transporte móvel é realizado por profissionais de saúde com habilidade, rapidez e competência, reduzem significativamente o índice de mortes, fazendo com que este processo tenha vital importância para o atendimento. (GONZALEZ *et al*, 2013).

Durante uma parada cardiorrespiratória, os profissionais devem possuir ações que visam facilitar, organizar e tornar hábil, rápido e seguro o atendimento prestado devido a alta necessidade de resolutividade e dedicação, visto que a vida nesse momento pode não esperar.

Um atendimento devidamente prestado ao paciente durante uma PCR pode minimizar inúmeras complicações advindas dessa situação, tornando fundamental e importante que se utilize equipamentos de qualidade e uma equipe de saúde altamente qualificada, beneficiando as vítimas com a devida atenção.

Para isso, as unidades pré-hospitalares e de emergência têm adotado critérios de seleção cada vez mais exigentes, buscando por profissionais cada vez mais capacitados e com total

dedicação para o cargo, para que a assistência ao paciente seja realizada de forma adequada, rápida e eficiente.

A identificação de um paciente em PCR em um ambiente extra-hospitalar é complexo e de difícil reconhecimento. Já num ambiente hospitalar espera-se que os profissionais, mesmo não sendo da área de urgência saibam como reagir imediatamente e coordenar a situação, pois se sabe que o tempo é imprescindível (VIEIRA *et al*, 1996).

O fator tempo é associado ao pior prognóstico e a sequelas irreversíveis. Cada minuto de atraso conjuntamente com procedimentos realizados incorretamente, está diretamente relacionado à redução da sobrevida e suas possíveis sequelas (VIEIRA *et al*, 1996).

Para todo tipo de atendimento em urgência e emergência, seja ele realizado no pré ou intra-hospitalar e principalmente no transporte móvel de pacientes, o enfermeiro torna-se o profissional melhor capacitado para atuar com qualidade, competência e agilidade nestes casos, seguindo as portarias e os protocolos de atendimento. Para Pereira (2004, p.194): “A atuação do enfermeiro na situação de emergência que requer uma postura equilibrada, desenvolvendo uma assistência integral e humanizada, demonstrando rapidez na tomada de decisões”.

Dentro de uma unidade de terapia intensiva UTI, setores de hemodinâmica e urgências é de se esperar que haja intercorrências como a PCR, para isso é necessário que estes setores estejam bem amparados por uma equipe multiprofissional, treinada, capacitada que consigam de forma harmoniosa interromper e ou evitar a PCR. Através do sistema de vigilância e resposta rápida de pacientes em monitoração contínua espera-se verificar situações que precedem a PCR e esta seja corrigida a tempo (AHA, 2015).

Uma equipe bem treinada seja em ambientes intra ou extra-hospitalares, diferentemente do socorro prestado por apenas um socorrista, devem avaliar simultaneamente os parâmetros vitais de um indivíduo. Esse socorro ocorrido de forma sincronizada permite uma avaliação mais rápida do que o ocorrido de forma sequencial em que se perde minutos importantes para o sucesso da RCP (AHA, 2015).

Quando os profissionais se deparam com um paciente em PCR, trata-se da necessidade de uma atuação dinâmica, criativa, técnica, em nível dependente, independente, interdependente, junto aos demais profissionais da área da saúde, transcendendo a de meros executores de ordens, para dar assistência de enfermagem ao cliente em risco de vida (PEREIRA, 2004, p. 194).

Para se atender com eficácia um quadro de PCR, o atendimento deve ser realizado por profissional de enfermagem que tenha conhecimento técnico, seja treinado, capacitado e conheça as diretrizes se atualize sempre em relação às diretrizes em situação de PCR (ABRANTES *et al*, 2015).

Protocolos são indispensáveis em uma UE para atender de forma efetiva uma parada cardiorrespiratória (PCR). Desta forma Gonzalez *et al*, 2013 colocam como ações determinantes:

- Avaliar a responsividade: Chame o paciente pelo nome!
- Avaliar a respiração e pulso simultaneamente por 10 segundos.

Em caso de detecção de ausência de responsividade, respiração (ou gasping) e pulso, solicite a outro profissional, de forma clara e objetiva, que:

- Acione a equipe médica;
- Traga o carro de emergência;
- Traga o desfibrilador/DEA.

Geralmente, a instituição possui um protocolo para o acionamento da equipe médica ou time de resposta rápida, um sistema de alerta imediato, por exemplo.

- Após os comandos, iniciar imediatamente a Sequência de Atendimento C – A – B:
 - C: Compressões torácicas de alta qualidade;
 - A: Vias aéreas – abrir vias aéreas;
 - B: Boa ventilação – garantir via aérea avançada.

Verificar também a dor torácica, queimaduras, curativos, limpeza e desinfecção, lavagem das mãos e é claro, de humanização. Estas ações variam conforme necessidade de cada Instituição, bem como os protocolos direcionados às patologias mais comumente assistidas (CALIL & PARANHOS, 2007, p. 49).

Segundo Thomaz (2000, p. 61): “Em relação aos protocolos de APH e APHM é importante registrar que, no Brasil, são utilizados referências internacionais, com adaptações à realidade nacional”.

Portanto, deve ser de conhecimento de todos os profissionais do setor, além de ter o acesso facilitado para as consultas necessárias. As sugestões quanto a não aceitação ou adaptação das normas propostas, assim como treinamentos específicos, deverão ser encaminhados ao enfermeiro, e devem ser realizados para avaliação do tempo gasto e da agilidade durante os

procedimentos utilizados na assistência, pois como já foi citado, as modificações quanto aos protocolos variam conforme diretrizes americanas, geralmente a cada 05 (cinco) anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações se fizeram embasadas nas diretrizes da parada cardiorrespiratória trazidas a cada cinco anos pela American Heart Association (AHA), responsável pela análise anual de estudos e atualizações das diretrizes que regem os protocolos de PCR.

Parada cardíaca é a parada repentina e muitas vezes inesperada da ação cardíaca eficaz. Os impulsos periódicos que desencadeiam as contrações coordenadas do músculo cardíaco cessam e a fibrilação ventricular ou flutter ocorre em que as fibras musculares individuais têm uma contração irregular rápida. A maioria das vítimas de parada cardíaca sofre de fibrilação ventricular, e a maioria tem doença arterial coronariana grave. A única chance para a sobrevivência de muitos que têm a inesperada parada cardíaca respiratória é a implementação bem sucedida de cuidados de emergência e Ressuscitação cardiorespiratória (PCR). A redução da incidência da parada cardíaca e de morte súbita é uma das principais preocupações da Associação Americana do Coração e de várias entidades no mundo.

Programas destinados a atingir a meta de redução da mortalidade por parada cardíaca incluem a educação do público em geral para evitar o desenvolvimento de doença arterial coronariana em primeiro lugar e, em segundo lugar, capacitar leigos e profissionais de saúde e para profissionais nas técnicas de RCP e emergência de cuidados cardíacos.

Embora a parada cardíaca geralmente esteja relacionada com a doença arterial coronariana preexistente, existem outros eventos nos quais a entrega de RCP por si só pode significar sobrevivência para a vítima. Estes incluem a cessação da ação cardíaca e pulmonar como o afogamento, sufocação, eletrocussão, overdose de drogas e trauma acidental grave.

Ressalta-se a importância deste estudo e espera-se que o objetivo tenha sido alcançado, possibilitando aos estudantes de enfermagem, aprimorar seus conhecimentos sobre os ritmos cardíacos e de toda complexidade que envolve o atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência frente às essenciais ações de abordagem sistematizada durante o atendimento a um paciente em PCR.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. W. B *et al.* **Conhecimentos, atitudes e práticas da enfermagem sobre a parada cardiorrespiratória em unidade de cuidados intermediários de neonatologia: estudo qualitativo no nordeste do Brasil.** *Rev. bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* v.25, n.1 São Paulo, 2015.

AHA. Guidelines **Destaques da American Heart Association** 2015, Atualização das diretrizes de RCP e ACE. ____ News. Disponível em: <<http://news.heart.org/cdc-u-s-deaths-from-heart-disease-cancer-on-the-rise/>>. Acesso em: 30 ago. 2016

AZEVEDO, T.M.V. E. **Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde** [dissertação]. São Paulo (SP): *Escola de Enfermagem*, Universidade de São Paulo; 2002. Disponível em: <www.usp.gov.br> Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 1864/GM de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências.** Brasília, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acesso em: 21 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria 824/GM de 24 de julho de 1999: Normatiza o atendimento pré-hospitalar e o transporte inter-hospitalar no Brasil.** Brasília, 1999. Diário da República Federativa do Brasil 2m 25 jun.1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3ed. Brasília. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAMU.** 2003. Disponível em: <www.dtr2001.saude.gov.br/samu.htm>. Acesso em: 25 set. 2016.

BARTHOLOMAY, E. *et al.* **Impacto das Manobras de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em um Hospital Geral. Fatores Prognósticos e Desfechos.** *Hosp. Arq Bras Cardiol* 2003; 81: 182-8. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8102/81020007.pdf>>. Acesso em: 20 março. 2016.

BOLLELA, V.R. *et al.* **Educação Baseada na Comunidade para as Profissões da Saúde: Aprendendo com a Experiência Brasileira.** Ribeirão Preto. FUNPEC. 2014. Disponível em: <http://brasil.faimerfri.org/wp-content/uploads/2014/12/EBC_aprendendo-com-a-experi%C3%Aancia-brasileira_2014.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<<http://samu.saude.sc.gov.br/index.php/protocolos?download=445:protocolo-de-suporte>>.
Acesso em: 15 set. 2016.

CALIL, Ana Maria.; PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. Reimpressão da 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2007. 792 p.

CARVALHO, P. R. A; SILVA, A.P.P; MULLER,H. **Diagnóstico e tratamento de lesões de vias aéreas superiores em unidade de terapia intensiva pediátrica**. *Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Sociedade Brasileira de Pediatria*. Porto Alegre. V.1, p.11-44, 2016.

FONSECA, S.C. Atendimento Pré-Hospitalar. In: CALIL, Ana Maria.;PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. Reimpressão da 1 ed. São Paulo: Atheneu. 2007. 792 p

GONZALEZ, M.M *et al.* **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. *Arq. Bras. Cardiol.* vol.101 n.2 supl.3 São Paulo, Ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013003600001>. Acesso em: 14 jun. 2016.

GONÇALES, P.D.S. *et al.* **Redução de Paradas Cardiorrespiratórias por Times de Resposta Rápida**. *Einstein*. 2012; 10(4):442-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n4/pt_v10n4a09.pdf>. Acesso em: 09 set. 2016.

GUILHERME, M.I.S. *et al.* **O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR)**. 2013. Disponível em: <apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/.../152368.E12.T10532.D8AP.pdf> Acesso em: 14 jun.2016.

LAERDAL. Helping Save Lives. **As novas Diretrizes em RCP lançaram**. 2010. Disponível em: < <http://www.laerdal.com/br/News/47889010/As-novas-Diretrizes-em-RCP-lancaram>> Acesso em: 31 out. 2016.

LOPES, S.L.B. **Uma breve revisão do atendimento médico-hospitalar**. *Medicina*. 1999. p. 1-13. Disponível em: <www.scielo.br > Acesso em: 21ago. 2016.

MORAIS, D,A. *et al.* **Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. *Rev Bras Clin Med*, 2009, v.7, p.211-218.

MORAES, C,L,K; *et al.* **Desafios enfrentados pela equipe de enfermagem na reanimação cardiorrespiratória em uma unidade de emergência hospitalar**. *Rev. Eletrônica Estácio*

Saúde. v.5 n. 1. 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/viewFile/2231/1056>>. Acesso em: 24 out. 2016.

PEREIRA, J. C. R. G. **Abordagem do Paciente Reanimado Pós-Parada Cardiorrespiratória**. RBTI 2008 v.20, ed.2, p.190-196. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/13.pdf>> Acesso em 16 ago. 2016

PEREIRA, Luiz Augusto. **Aspectos éticos e legais do serviço de emergência**. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre: 2004. p. 190-194. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/48-03/4803C.pdf>. Acesso em 19 ago. 2016.

SALLUM, A.M.C; PARANHOS, W.Y; **O enfermeiro e as situações de emergência 2 ed**. São Paulo. 2010. 835p; Bibliografia: p.526
SBC/FUNCOR, **Prontas Para Salvar Vidas**. *Sociedade Brasileira de Cardiologia e Fundação do Coração* 2010. Disponível em: <<http://www.cardiol.br/funcor/rcp2.htm>>. Acesso em: 03nov.2016.

SILVA, B.F **O papel do Enfermeiro Emergencista: Uma Revisão Bibliográfica**. 2012. Rev.1. Art.08. Disponível em:
<http://www.iptan.edu.br/publicacoes/anuario_producao_cientifica/arquivos/revista1/artigos/artigo08.pdf> Acesso em: 31out. 2016

SOUZA, S.F.M; SILVA, G.N.S. **Parada cardiorrespiratória cerebral: assistência de enfermagem após a reanimação**. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Set.* 2013;11(2):143-57. Disponível em: < <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Parada-cardiorrespiratoria-cerebral.pdf>>. Acesso em: 10março.2016

TAGUTI, P.S. *et al.* **Atuação do time de resposta rápida em hospital universitário no atendimento de código amarelo**. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2) p.99-105. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n2/v25n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016

TALLO, F.S. *et al.* **Atualização em Reanimação Cardiopulmonar: Uma Revisão para o Clínico**. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):194-200. Disponível em: < [http://file:///C:/Users/Almir/Downloads/Revis%C3%A3o%20ACLS%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Almir/Downloads/Revis%C3%A3o%20ACLS%20(1).pdf) > Acesso em: 01nov.2016.

THOMAZ, R. R. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paul Enferm* 2000; 13(3): 59-65. Disponível em: <www.bireme.br > Acesso em: 23 set. 2016.

VIEIRA, S.R.; TIMERMAN, A. **Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória.** *Arq Bras Cardiol*, 1996. Disponível em <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/04/consenso-nacional-de-ressucitacao.pdf>>. Acesso em 13 abr. 2016

VIANA, R.A.P.P Interdisciplinaridade através do Time de Resposta Rápida.2013 disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/interdisciplinaridade-atraves-do-time-de-resposta-rapida>>. Acesso em: 05 set. 2016.

ZANIN, J; NASCIMENTO, E.R.P; BARRA, D.C.C. **Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** *Rev. Bras. Ter. Int.* 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000200007>. Acesso em: 29 set. 2016.

WEHBE, G; GALVÃO, M,C. **Aplicação da Liderança Situacional em Enfermagem de Emergência..** *Rev. Bras. Enferm.* 2005 jan-fev.;58(1): 33-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100006> Acesso em: 31out. 2016.