

Parada cardiorrespiratória: vigilância, prevenção e cuidados após PCR

Cardiorespiratory arrest: surveillance, prevention and care after PCR

Paro cardíaco: vigilância, prevención y cuidados después de la PCR

Diego Bruno Santos Pinheiro¹; Edson Batista dos Santos Júnior²; Liliane de Sousa Borges Pinheiro³

Como citar este artigo:

Pinheiro DBS; Júnior EBS; Pinheiro LSB. Parada cardiorrespiratória: vigilância, prevenção e cuidados após PCR. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):577-584. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.577-584>

ABSTRACT

Objective: To gather scientific productions about actions of surveillance, prevention and nursing care in cardiorespiratory arrest. **Methods:** Bibliographic search in the selected databases LILACS and MEDLINE. **Results:** The results of the bibliographic research according to research indicators were obtained 22 articles. **Conclusions:** Nursing is paramount in patient surveillance and prevention, recognizing predisposing factors that would lead to PCR. During PCR, in general, it is the first team to identify, trigger the rest of the professionals and initiate RCP. They assist the medical staff and make the nursing record in the patient's chart. The nurse is a fundamental part in the distribution of the functions of the other members of the team and in the care after RCP.

Descriptors: Heart Arrest, Nursing Care, Cardiopulmonary Resuscitation.

- 1 Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Integrada de Patos (FIP), especialista em terapia intensiva pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA / CE), enfermeira no Hospital Regional Norte / CE.
- 2 Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em Terapia Intensiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP / CE), Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERJ), estudante de doutorado em Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Ceará (UECE), professora do Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA / CE).
- 3 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA / CE), especialista em enfermagem pediátrica e neonatal pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Pós-graduação em Terapia Intensiva pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA / CE), Coordenador da Equipe de Enfermagem da UTI Pediátrica do Hospital Regional Norte (HRN / CE).

RESUMO

Objetivo: Reunir produções científicas acerca de ações de vigilância, prevenção e os cuidados de enfermagem na parada cardiorrespiratória.

Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados selecionadas LILACS e MEDLINE. **Resultados:** O resultado da pesquisa bibliográfica conforme indicadores de pesquisa obtiveram-se 22 artigos. **Conclusões:** A enfermagem é primordial na vigilância e prevenção do paciente, reconhecendo fatores predisponentes que levariam a uma PCR. Durante a PCR, em geral, é a primeira equipe a identificar, acionar o restante dos profissionais e iniciar a RCP. Auxilia a equipe médica e fazem o registro de enfermagem no prontuário do paciente. O enfermeiro é peça fundamental na distribuição das funções dos demais membros da equipe e nos cuidados após RCP.

Descritores: Parada Cardíaca, Cuidados de Enfermagem, Ressuscitação Cardiopulmonar.

RESUMEN

Objetivo: Reunir producciones científicas sobre vigilancia, prevención y cuidados de enfermería en el paro cardíaco. **Métodos:** Una búsqueda bibliográfica en las bases de datos LILACS y MEDLINE seleccionados.

Resultados: El resultado de la literatura de investigación como indicadores produjeron 22 artículos. **Conclusiones:** La enfermería es esencial para la vigilancia y la prevención de la paciente, reconociendo factores predisponentes que conducirían a una PCR. Durante la PCR, en general, es el primer equipo para identificar, involucrar al resto de los profesionales y comenzar la RCP. Ellos ayudan al personal médico y de enfermería hacen que el registro en el expediente del paciente. La enfermera es una parte clave en la distribución de las funciones de los otros miembros del equipo y el cuidado después de la RCP.

Descritores: Paro cardíaco, Los cuidados de enfermería, Reanimación Cardiopulmonar.

INTRODUÇÃO

No contexto mundial, a doença isquêmica do coração é a principal causa de morte. No Brasil, estima-se um número também elevado entre 300 a 400 mil mortes anuais. Os problemas cardio-vasculares são as principais causas de morte súbita.¹

As doenças cardiovasculares constituem um das principais doenças de base para eventos graves, tais como a Parada Cardiorrespiratória (PCR) em pacientes no ambiente hospitalar. A vigilância sobre esses pacientes nesse ambiente é uma responsabilidade primariamente da equipe de enfermagem. Assim, essa equipe desempenha um papel essencial na identificação da PCR e início das manobras de Reanimação Cardiopulmonar (RCP).²

A PCR é a interrupção das atividades respiratória e circulatória, onde se verificam sinais e sintomas como a apneia, ausência de pulso central e inconsciência, caracterizando-se a PCR. Nesse cenário, inicia-se a RCP e desfibrilação na vítima precocemente para restabelecer a oxigenação e a circulação.³⁻⁵

As principais causas da PCR são resultados da isquemia miocárdica, choque circulatório, choque séptico, trauma, doença cardiovascular entre outras patologias.⁴

O tempo é ouro, pois a cada minuto que se passa em PCR, diminui cerca de 10% a chance de sobrevivida do paciente.⁶ Uma RCP com intervenção rápida, segura, eficaz e de alta qualidade dos profissionais pode dobrar ou triplicar as taxas de sobrevivência após a PCR.³

O sucesso no atendimento a uma PCR depende de medidas de ressuscitação imediatas e alguns fatores estão relacionados: reconhecimento precoce da PCR, acionamento da equipe de emergência, aplicação de protocolos de uma RCP, desfibrilação e uso de medicamentos interligadas com o estado do paciente (idade, comorbidades, ritmo inicial da PCR, local do evento) e a estrutura hospitalar (materiais e local de cuidados pós-PCR).⁷⁻⁹

Os profissionais de enfermagem, em geral, são os primeiros a deparar-se com uma PCR no hospital. São eles quem mais acionam a equipe de atendimento e iniciam as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), enquanto aguardam a chegada da equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV). Esses profissionais precisam estar atualizados sobre atendimento de emergência, ter habilidades técnicas, com tomada de decisões rápidas, avaliação de prioridades e estabelecimento de ações imediatas em uma PCR.^{2,10}

A automatização e o conhecimento prévio por parte dos profissionais na identificação de um paciente em deterioração através de monitorização contínua e de uma equipe de resposta rápida poderia potencialmente prevenir uma PCR e atenuar as barreiras culturais.^{9,11}

Assim, a vigilância do paciente torna-se um fator fundamental. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem um papel essencial identificando sinais e sintomas precursores de uma PCR como também nos cuidados após RCP, tais como: manter nível pressórico, hipotermia terapêutica, diminuição do estresse metabólico e avaliação para morte encefálica. As atitudes e comportamentos dos enfermeiros influenciam na rapidez, tomada de decisão e o nível de atendimento do resto da equipe.¹² Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: quais as principais ações de vigilância, prevenção e os cuidados de Enfermagem na PCR?

OBJETIVOS

O presente estudo objetiva reunir produções científicas acerca de ações de vigilância, prevenção e os cuidados de enfermagem na parada cardiorrespiratória.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura de publicações científicas por meio de pesquisas em bases de dados disponíveis online. Esse tipo de estudo objetiva, por meio de uma metodologia sistemática de busca, seleção e análise, descrever a produção científica acerca de uma temática, destacando o estado da arte e apresentando as possibilidades de futuras investigações.¹³

A coleta dos dados foi realizada no mês de agosto a novembro de 2016. Os artigos científicos foram consultados

na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). O Portal da BVS é o espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe.

Utilizaram-se como descritores de assunto, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DECS), os termos em português “parada cardíaca”, “cuidados de enfermagem” e “ressuscitação cardiopulmonar.” Esses descritores foram associados por meio do operador booleano “AND”. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicações entre 2007 a 2016, idioma português e que abordaram o tema cuidado de enfermagem em PCR.

Assim, para o desenvolvimento desta revisão integrativa optou-se pela proposta de Ganong,¹⁴ na qual permeia as seguintes etapas: 1) identificação da hipótese ou questão norteadora; 2) seleção da amostragem – determinação dos critérios de inclusão ou exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos – a análise dos dados extraídos deverá ser de forma crítica; 5) discussão e interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento – deve-se contemplar as informações de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizada demonstrando as evidências encontradas.

A partir dos critérios estabelecidos, os artigos selecionados foram identificados na base de dados da LILACS e MEDLINE. Ambos abrangem índice da literatura científica e técnica da América e outras regiões do mundo. Encontrou-se 750 artigos científicos no LILACS utilizando os descritores e 32.909 no MEDLINE. Os artigos disponíveis na íntegra, publicados no idioma português e no período 2007-2016 resultaram em 73 e 62 artigos, respectivamente. Considerando apenas os artigos que respondiam a questão norteadora, 24 e 6, respectivamente. Foram excluídos 8 artigos repetidos. Assim, constituíram a amostra do estudo 22 artigos científicos nos bancos de dados descritos acima.

RESULTADOS

A partir da análise dos artigos encontrados na presente pesquisa, pôde-se elaborar o Quadro I abaixo que descreve as características dos artigos segundo as variáveis definidas pelos autores. Consistem em autor principal/ano, método, revista e base de dados encontrada.

Quadro 1 - Distribuição dos estudos encontrados quanto ao primeiro nome do autor/ano, método, revista publicada e as bases de dados encontradas

Autor/Ano	Método	Revista	Local
DALRI, 2008	Revisão Sistemática	Revista Latino Americana de Enfermagem	LILACS
LUZIA, 2009	Revisão Sistemática	Revista Gaúcha de Enfermagem	LILACS

(Continua)

(Continuação)

Autor/Ano	Método	Revista	Local
FALCÃO, 2011	Revisão de Literatura	Revista Brasileira de Anestesiologia	LILACS
BELLAN, 2010	Investigação Prospectiva	Revista Brasileira de Enfermagem	MEDLINE
BERTOGLIO, 2008	Estudo Transversal	Revista Gaúcha de Enfermagem	LILACS
ALMEIDA, 2011	Estudo Descritivo / Quantitativa	Revista Latino Americana de Enfermagem	MEDLINE
GRAÇA, 2008	Pesquisa de Natureza Qualitativa	Escola Anna Nery	LILACS
MIYADAHIRA, 2008	Estudo Exploratório	Revista da Escola de Enfermagem da USP	LILACS
COSTA, 2008	Revisão Descritiva da Literatura	Revista Mundo da Saúde	LILACS
TORRES, 2008	Revisão de Literatura	Com. Ciências Saúde	LILACS
LIMA, 2009	Estudo Transversal	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	MEDLINE
STORM, 2014	Revisão sistemática	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	LILACS
GRISANTE, 2013	Transversal retrospectivo	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	LILACS
SILVA, 2013.	Guia teórico	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	LILACS
PONCIO, 2016	Relato de caso	Revista Relampa	LILACS
GIANATTO-OLIVEIRA, 2014.	Relato de caso	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	LILACS
THOMAZ, 2013.	Revisão sistemática	Revista Eletrônica de Enfermagem	LILACS
FRANCO, 2012.	Relato de caso	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	MEDLINE
GONÇALES, 2012	Análise retrospectiva	Einstein (São Paulo)	MEDLINE
ANDRADE, 2015	Revisão integrativa	Pediatria Moderna	MEDLINE
CANCELIER, 2014	Estudo transversal	Arquivos Catarinenses de Medicina	LILACS
PEREIRA, 2008	Revisão de literatura	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	LILACS

Dos 22 estudos selecionados, sete são publicações de 2008, duas do ano de 2009, uma de 2010, duas de 2011, duas de 2012, três de 2013, três de 2014, uma de 2015 e uma de 2017. Quanto ao método do estudo teve-se: cinco revisões sistemáticas, três revisões de literatura, uma investigação prospectiva, quatro estudos transversais, um estudo descritivo/quantitativo, uma pesquisa de natureza quantitativa, um estudo exploratório, um guia teórico, três relatos de casos, uma análise retrospectiva e uma revisão integrativa. Quanto à publicação dos artigos teve-se: duas publicações na Revista Latino Americana Enfermagem, duas na Revista Gaúcha de Enfermagem, uma na revista brasileira de anesthesiologia, uma na revista brasileira de enfermagem, uma

na Revista Escola Anna Nery, uma na Revista da Escola de Enfermagem da USP, uma na Revista Mundo da Saúde, uma na Com. Ciências Saúde, três nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, três na Revista Brasileira de Terapia Intensiva, uma na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, uma na Revista Relampa, uma na Revista Eletrônica de Enfermagem, uma na Revista Einstein (São Paulo), uma na Revista Pediatria Moderna e uma nos Arquivos Catarinenses de Medicina. Em relação às bases de dados, foram encontrados dezesseis na LILACS e seis na MEDLINE.

O Quadro 2 refere-se ao autor principal/ano e as respostas a questão norteadora: quais as principais ações de vigilância, prevenção e os cuidados de Enfermagem na PCR?

Quadro 2 - Distribuição dos estudos quanto à prevenção, vigilância e cuidados na PCR

Autor/Ano	Prevenção	Vigilância	Cuidados na PCR
DALRI, 2008	Não especificado	Não especificado	Cuidar intensivamente ao paciente em PCR, durante a RCP e após. Avaliar permanentemente e vigiamente a realização de procedimentos e técnicas que complementam a terapêutica médica. Atuar na orientação e no acolhimento dos familiares. Adotar estilos de liderança participativa, compartilhar e ou delegar funções.
LUZIA, 2009	Distribuição das funções dos demais membros da equipe. Transmitir segurança a equipe, atuar de forma objetiva e sincronizada. Observar os sinais de deteriorização (incluindo as alterações dos sinais vitais) que os pacientes apresentam antes de uma PCR. Promover e estimular programas de educação continuada com a sua equipe, atualizando-a conforme as diretrizes internacionais.	Não especificado	Não especificado
FALCÃO, 2011	Não especificado	Não especificado	Conhecimento das manobras de RCP é prioridade de todo profissional de saúde.
BELLAN, 2010	Não especificado	Não especificado	Implementar as manobras de SBV. Reconhecer o ritmo cardíaco por meio da monitorização. Agilizar o atendimento para a desfibrilação. Registrar o atendimento da PCR. Conhecer o conteúdo do carrinho de emergência e a disposição dos materiais.
BERTOGLIO, 2008	Estratégias de educação continuada devem ser incentivadas e mantidas sistematicamente para garantir o melhor desempenho da equipe.	Não especificado	Não especificado
ALMEIDA, 2011	Não especificado	Fazer detecção da PCR. Solicitar ajuda e do carrinho de emergência com desfibrilador.	Iniciar o SBV e auxiliando no suporte avançado .
GRAÇA, 2008	É exigido da equipe de enfermagem um amplo conhecimento teórico e prático, que precisa estar articulado com uma profundidade específica, para que ocorra uma atuação livre de danos, sem agravos idiopáticos. Buscar aprimoramento através da educação permanente.	Não especificado	Não especificado

(Continua)

(Continuação)

Autor/Ano	Prevenção	Vigilância	Cuidados na PCR
MIYADAHIRA, 2008	Dever com o processo de ensino-aprendizagem de pessoas leigas no atendimento da PCR com a utilização do desfibrilador externo automático (DEA).	Não especificado	Não especificado
COSTA, 2008	Não especificado	Não especificado	Enfermeiros e técnicos de enfermagem devem estar capacitados para realizar o SBV e operar o DEA. Iniciar o RCP com um padrão de compressões e ventilações de 30:02 em adultos, independente do número de socorristas na cena. Inspeccionar o tórax quanto à presença de marca-passo implantável ou CDI (cardioversor/desfibrilador implantável).
TORRES, 2008	Não especificado	Não especificado	Quando a morte é inevitável e o SAV é questionado, as decisões devem ser amplamente discutidas entre a equipe de saúde e a família.
LIMA, 2009	Não especificado	Não especificado	Acionar a equipe de atendimento. Contribuir de forma efetiva nas manobras de RCP. Preparar instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos. O profissional de enfermagem não está autorizado a realizar desfibrilação precoce com desfibrilador convencional na ausência de um médico.
STORM, 2014	Não especificado	Não especificado	O uso de hipotermia terapêutica entre 32°C a 34°C mantém uma faixa alvo confiável.
GRISANTE, 2013	Não especificado	Não especificado	Responsabilidade e dever dos profissionais incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar, bem como realizar este registro no prontuário.
SILVA, 2013	Diagnóstico precoce e intervenção efetiva, considerando que o prognóstico do paciente está diretamente ligado à rapidez e eficácia das ações.	Não especificado	Líder durante a RCP com a finalidade de direcionar, coordenar e designar tarefas a cada participante do atendimento.
PONCIO, 2016	Não especificado	Não especificado	A punho percussão precordial pode ser tentada nos casos em que outros materiais ou medicações estão sendo preparados e ainda indisponíveis para uso. O soco precordial pode ser útil no atendimento de assistolia.
GIANATTO-OLIVEIRA, 2014	Não especificado	Não especificado	Preconizar rápido início de RCP e desfibrilação precoce, que são associados ao melhor prognóstico neurológico.
THOMAZ, 2013	Não especificado	Não especificado	O uso da máscara laringea apresentou resultados favoráveis para o controle da via aérea em pacientes com PCR.
FRANCO, 2012	Não especificado	Não especificado	A utilização da hipotermia leve a moderada (32°C - 34°C) é adequadamente indicada para pacientes comatosos após recuperação a PCR e que tiveram inicialmente ritmos chocáveis - FV/TV sem pulso.
GONÇALES, 2012	A implementação do time de resposta rápida, pode ter trazido uma redução significativa no número de paradas cardiorrespiratórias.	Não especificado	Não especificado

(Continua)

(Continuação)

Autor/Ano	Prevenção	Vigilância	Cuidados na PCR
ANDRADE, 2015	Não especificado	Não especificado	Em neonatos, se o pulso apresentar < 60 batimentos por minuto, com sinais de má perfusão sistêmica, iniciar as compressões torácicas. As PCRs neonatais são predominantemente asfíxicas, motivo pelo qual a sequência de ressuscitação A-B-C com relação compressão-ventilação de 3:1.
CANCELIER, 2014	Não especificado	Não especificado	A administração de oxigênio aliada à oximetria de pulso pode ajudar a tingir a normóxia mais rapidamente durante a reanimação neonatal em sala de parto.
PEREIRA, 2008	Não especificado	Não especificado	A hipotermia terapêutica e o controle das variáveis fisiológicas, com otimização da perfusão cerebral, podem melhorar o seu prognóstico.

DISCUSSÃO

Em diversos artigos selecionados o amplo conhecimento teórico e prático das técnicas de RCP é prioridade e responsabilidade da enfermagem e de todo profissional de saúde, pois todos poderão passar por essas emergências e deverão estar preparados.⁸ As estratégias de educação continuada como implementação do time de resposta rápida devem ser incentivadas e mantidas para garantir uma atuação livre de danos, evitando a imprudência, imperícia e negligência.^{9,11,15-16}

O modo de agir dos enfermeiros influencia na rapidez, tomada de decisão e o nível de atendimento do resto da equipe. Peça chave durante a RCP com a finalidade de direcionar, coordenar e designar tarefas a cada participante do atendimento.⁶ A enfermagem é membro fundamental à equipe multiprofissional, pois é o responsável diretamente pelo cuidar. Além do cuidar, a enfermagem é responsável pelo processo de ensino-aprendizagem de pessoas leigas no atendimento da PCR com a utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA).¹⁷

Em um estudo transversal foi apontado que é a equipe de enfermagem que mais disponibiliza seu tempo para cuidar dos pacientes. Com isso, os membros dessa equipe estão diretamente responsáveis pela prevenção e vigilância dos pacientes e no primeiro atendimento na PCR, devendo ter o conhecimento técnico atualizado, seguindo os protocolos atualizados e as habilidades práticas desenvolvidas para contribuir de forma mais efetiva nas manobras de RCP.¹⁸

Alguns estudos definiram a enfermagem como primordial na detecção dos sinais de deteriorização, incluindo os sinais vitais, que os pacientes apresentam antes de uma PCR, conhecendo o ritmo cardíaco por meio da monitorização; é responsável pela solicitação de ajuda e do carrinho de emergência com desfibrilador; iniciando as manobras de SBV, auxiliando no SAV e desfibrilação precoce;^{9,19-20} fazer registro em protocolos da PCR, tendo responsabilidade e dever registrar as informações inerentes e indispensáveis realizadas ao paciente.

Conhecer o conteúdo do carrinho de emergência e a disposição dos materiais. O enfermeiro entra como peça fundamental na distribuição das funções dos demais membros da equipe, transmissão de segurança a equipe, para atuarem de forma objetiva e sincronizada.^{2,10,21}

Dois estudos trouxeram os cuidados de enfermagem em relação aos neonatos. Mostraram que, se o pulso apresentar < 60 batimentos por minuto, com sinais de má perfusão sistêmica, deve-se iniciar as compressões torácicas.²² A administração de oxigênio aliada à oximetria de pulso pode ajudar a tingir a normóxia mais rapidamente durante a reanimação neonatal em sala de parto.²³

Foi mostrado em apenas um estudo de relato de caso, que a punho percussão precordial pode ser tentada nos casos em que outros materiais ou medicações estão sendo preparados e ainda indisponíveis para uso. O soco precordial pode ser útil no atendimento de assistolia.²⁴

Em uma revisão sistemática o uso da máscara laríngea apresentou resultados favoráveis para o controle da via aérea em pacientes com PCR.²⁵

Após a RCP, os estudos mostram que o prognóstico do paciente pode ser melhorado com o uso de hipotermia terapêutica de 32°C a 34°C como uma temperatura alvo confiável e redução da fração inspirada de oxigênio, com o menor valor para se obter uma saturação arterial de oxigênio de 94% e otimização da perfusão cerebral.^{8,26-27-28}

Quando a morte é inevitável e o SAV é questionado, as decisões devem ser amplamente discutidas entre a equipe de saúde e a família. A decisão de não reanimação deve ser bem fundamentada, discutida amplamente e tomada com antecipação, anterior à deterioração clínica.²⁹

A enfermagem deve ser criteriosa e avaliar a implementação de procedimentos e técnicas que complementam a terapêutica médica, embasando sempre em diretrizes para a assistência de enfermagem, garantindo então a continuidade de um trabalho humanizado e integralizado. É responsável pelo diálogo, orientação e no acolhimento dos familiares, os quais estão passíveis de sofrimento.³

CONCLUSÃO

Conclui-se que a enfermagem é fundamental à equipe multiprofissional, pois é o responsável diretamente pelo cuidar. De uma equipe completa, no mínimo 70% é composta pela enfermagem. O enfermeiro como líder da equipe, suas atitudes e comportamentos irão influenciar no desenvolvimento durante a RCP do resto da equipe.

Na assistência de enfermagem deve-se cuidar integralmente e intensivamente ao paciente na vigilância dos sinais de agravos, como tomando terapêuticas para prevenir a PCR, preparando materiais para otimizar tempo. Durante a PCR a enfermagem controla o fluxo das medicações, acessos, tempo, compressões e oxigenação. No término da RCP com êxito, o trabalho da equipe só cresce; a manutenção hemodinâmica do paciente com uso de drogas vasopressoras, oxigenioterapia, controle térmico e avaliação/vigilância para uma possível nova PCR são cuidados da enfermagem.

O enfermeiro passa a ser fundamental na distribuição das funções dos demais membros da equipe e transmissão de segurança. Os técnicos de enfermagem passam a ser os prestadores que mais estão diretamente ligados ao cuidar, atuando de forma objetiva e sincronizada com o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Avezum A, Carvalho ACC, Mansur AP, Timerman A, Guimarães AC, Bozza AEZ. et al. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq. Bras. Cardiol. [periódico na internet]. 2004 sep [acesso em 2016 nov 05]; 83:1-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004002200001&lng=en.
2. Grisante DL, Silva ABV, Ayoub AC, Belinelo RGS, Onofre PSC, GRISANTE CTL. Avaliação dos registros de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar baseada no modelo Utstein. Rev. RENE. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 2016 nov 09];14(6):1177-84. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1357/pdf>.
3. Dalri MCB, Araújo IEM, Silveira RCCP, Canini SRMS, Cyrillo RMZ. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto [periódico na internet]. 2008 dec [acesso em 2016 oct 05];16(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000600020&lng=en&nrm=iso.
4. Guimarães HP, Lane JC, Flato UAP, Timerman A, Lopes RD. A história da ressuscitação cardiopulmonar no Brasil. Rev. bras. Clin. Med. São Paulo. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 2016 oct 04];7:238-44. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n4/a238-244.pdf>.
5. Luzia MF, Lucena AF. Parada cardiopulmonar do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre. [periódico na internet]. 2009 jun [acesso em 2016 aug 04];30(2):328-37. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5638/6692>.
6. Silva AB, Machado RC. Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiopulmonar para enfermeiros. Rev. Rene. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 2016 nov 08];14(4):1014-21. Disponível em: www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1517/pdf.
7. Lima SG, Diniz LR, Nunes Filho EO, Oliveira MF de, Oliveira JAV de, Sá MPBO et al. Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. Rev. bras. Clin. Med. São Paulo. [periódico na internet]. 2010 set/oct [acesso em 2016 oct 05];8(5):399-404. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/006.pdf>.
8. Falcao LFR, Ferez D, Amaral JLG do. Atualização das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar de interesse ao anesthesiologista. Rev. bras. Anesthesiol. Campinas [periódico na internet]. 2011 oct [acesso em 2016 aug 04];61(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000500013&lng=en&nrm=iso.
9. Gonçalves PDS, Polessi JA, Bass LM, Santos GPD, Yokota PKO, Laselva CRI. Redução de paradas cardiopulmonares por times de resposta rápida. Einstein (São Paulo) [periódico na internet]. 2012 dec [acesso em 2016 nov 08];10(4):442-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000400009&lng=en.
10. Bellan MC, Araújo IIM, Araujo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiopulmonar. Rev. bras. enferm. Brasília [periódico na internet]. 2010 dec [acesso em 2016 aug 04]; 63(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600023&lng=en&nrm=iso.
11. Winters BD, Weaver SJ, Pfoh ER, Yang T, Pham JC, Dy SM. Rapid-Response Systems as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. Ann Intern Med. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 2016 oct 05];158:417-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695999/>.
12. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização da Diretrizes de RCP a ACE. [periódico na internet]. Edição em português: Hélio Penna Guimarães, FAHA, Equipe do Projeto de Destaques das Diretrizes da AHA. [acesso em 2016 nov 04]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman; 2010.
14. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987;10(1):1-11.
15. Bertoglio VM, Azzolin K, Souza EN, Rabelo ER. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiopulmonar e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) [periódico na internet]. 2008 set [acesso em 2016 aug 04];29(3):454-60. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6774/4077>.
16. Graça TD da, Valadares GVO. (Re)agir da enfermagem diante da parada cardiopulmonar: um desafio no cotidiano. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. [periódico na internet]. 2008 set [acesso em 2016 oct 04];12(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300003&lng=en&nrm=iso.
17. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC, Araújo GD de, Pellicioti JSS. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo ensino-aprendizagem. Rev. esc. enferm. USP [periódico na internet]. 2008 sep [acesso em 2016 oct 05]; 42(3):532-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300017&lng=en.
18. Lima SG de, Macedo LA de, Vidal ML, Sá MPBO. Educação Permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. Arq. Bras. Cardiol. [periódico na internet]. 2009 dec [acesso em 2016 aug 04];93(6):630-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200012&lng=en.
19. Gianotto-Oliveira R, Gonzales MM, Liguori T, Timerman S, Kalil Filho R, Favarato MH. Parada Cardiopulmonar Prolongada Tratada com Sucesso no Metrô de São Paulo. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo [periódico na internet]. 2014 [acesso em 2016 nov 08];102(5):52-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000500017&lng=en&nrm=iso.
20. Costa MPF da, Miyadahira AMK. Desfibriladores externos automáticos (DEA) no atendimento pré-hospitalar e acesso público à desfibrilação: uma necessidade real. Mundo da Saúde. São Paulo [periódico na internet]. 2008 jan/mar [acesso em 2016 oct 05];32(1):8-15. Disponível em: http://www.scamillo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/08a15.pdf.

21. Almeida AO de, 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. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na internet]. 2011 apr [acesso em 2016 nov 08];19(2):261-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200006&lng=en.
22. Andrade GS de, S RS, Rocha RM, Andrade PR de. A relação do binômio teoria-prática na atuação do enfermeiro perante a reanimação cardiopulmonar neonatal: revisão integrativa. *Pediatr. mod.* [periódico na internet]. 2015 aug [acesso em 2016 nov 08];51(8). Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6166.
23. Cancelier ACL, Anesi S, Dequi PW, Silva MF da. Manobras de reanimação em sala de parto: análise do atendimento de recém-nascidos. *Arq. Catarin Med.* [periódico na internet]. 2014 oct/dec [acesso em 2016 nov 08];43(4):44-9. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1313.pdf>.
24. Poncio VA. Assistolia pós-cardioversão elétrica: efeito do soco precordial. *Rev.Relampa* [periódico na internet]. 2015 [acesso em 2016 nov 08]; 28(1):19-22. Disponível em: http://www.relampa.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=976&nomeArquivo=v28n1a05.pdf.
25. Thomaz RR, Whitaker IY. Uso da máscara laríngea em pacientes com parada cardiopulmonar: revisão sistemática. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia.* [periódico na internet]. 2013 set [acesso em 2016 nov 08];15(3). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000300024&lng=pt&nrm=iso.
26. Franco RA, Giannetti NS, Serrano JCV, Nicolau JC. Aplicação de hipotermia terapêutica em paciente com coronariopatia aguda. *Arq. Bras. Cardiol.* [periódico na internet]. 2012 aug [acesso em 2016 nov 08];99(2): 122-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100015&lng=en.
27. Storm C. O uso de hipotermia e desfechos após ressuscitação cardiopulmonar em 2014. *Rev. bras. ter. intensiva.* São Paulo [periódico na internet]. 2014 jun [acesso em 2016 nov 08];26(2):83-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000200083&lng=en&nrm=iso.
28. Pereira JCRG. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiopulmonar. *Rev. bras. ter. intensiva.* São Paulo [periódico na internet]. 2008 jun [acesso em 2016 oct 04];20(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000200013&lng=en&nrm=iso.
29. Torres RVSD, Batista KT. A ordem de não ressuscitar no Brasil, considerações éticas. *Com. Ciências Saúde.* Brasília. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2016 oct 05];19(4):343-51. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol19_4art01.pdf.

Recebido em: 23/05/2017

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 12/07/2017

Publicado em: 10/04/2018

Autor responsável pela correspondência:

Diego Bruno Santos Pinheiro

Rua Manoel Rodrigues do Monte, nº 319

Domingos Olímpio, Sobral/CE, Brasil

CEP: 62022-420

E-mail: diego.pinheiro90@gmail.com

Telefone: +55 (88) 9 9905-6261