



ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS

DEVELOPMENT OF A THEORETICAL GUIDE FOR NURSING CARE IN CARDIAC ARREST

ELABORACIÓN DE GUÍA TEÓRICA DE ATENCIÓN EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA PARA ENFERMEROS

Aliandra Bittencourt da Silva¹, Regimar Carla Machado²

Objetivou-se identificar o conhecimento de enfermeiros de hospital do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil, sobre a parada cardiorrespiratória e elaborar um guia teórico para o atendimento nesta emergência. Elaborou-se instrumento de coleta de dados embasado na literatura pertinente e nas Diretrizes da *American Heart Association*, no período de agosto a outubro de 2012. A amostra constituiu-se de 41 enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais em diversas unidades do hospital. Estes enfermeiros afirmaram estar capacitados para atuar em reanimação cardiorrespiratória, porém, foram identificadas limitações em seus conhecimentos sobre a referida temática. Diante do exposto foi criado um guia teórico para o atendimento à parada cardiorrespiratória com base na literatura científica, contemplando as dúvidas apresentadas pelos enfermeiros.

Descritores: Parada Cardíaca; Ressuscitação Cardiopulmonar; Guia de Prática Clínica; Enfermeiros.

This study aimed to identify the knowledge on cardiorespiratory arrest among nurses in a hospital of Vale do Paraíba, São Paulo, Brazil, and develop a theoretical guide for care of this emergency. We prepared an instrument of data collection based on relevant literature and the 2010 AHA Guidelines for CPR, from August to October 2012. The sample consisted of 41 nurses who deliver care activities in various units of the hospital. The study showed that professional participants said they were able to act in cardiopulmonary resuscitation, however, there were limitations of knowledge about the theme. Given the above, we developed a theoretical guide for cardiac arrest care based on scientific literature and covering questions submitted by nurses.

Descriptors: Heart Arrest; Cardiopulmonary Resuscitation; Practice Guideline; Nurses.

El objetivo fue identificar el conocimiento de enfermeros de hospital del Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil, acerca de la parada cardiorrespiratoria y desarrollar una guía teórica para la atención de esta emergencia. Se producción instrumento de recolección de datos basado en la literatura pertinente y en las directrices de la *American Heart Association*, de agosto a octubre de 2012. Muestra de 41 enfermeros que desarrollan actividades de atención en distintas unidades del hospital. Los enfermeros participantes dijeron que eran capaces de actuar en la resucitación cardiorrespiratoria, sin embargo, hubo limitaciones del conocimiento acerca el tema. Delante del expuesto, fue creada una guía teórica para la atención en parada cardiorrespiratoria basada en la literatura científica, con exposición de las dudas presentadas por los enfermeros.

Descritores: Paro Cardíaco; Resucitación Cardiopulmonar; Guía de Práctica Clínica; Enfermeros.

¹Enfermeira, Hospital Maternidade Frei Galvão. Guaratinguetá, SP, Brasil. E-mail: aliandrab@bol.com.br

²Enfermeira, Doutora em Ciências, Professora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. E-mail: regimarcarla@yahoo.com.br

Autor correspondente: Regimar Carla Machado

Av. Senador Salgado Filho, 3000 - Lagoa Nova - CEP: 59078-900 - Natal, RN, Brasil. E-mail: regimarcarla@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares por causas externas apresentaram crescimento nos últimos anos, sendo responsáveis pela alocação de recursos públicos em hospitalizações e permanência hospitalar prolongada⁽¹⁻²⁾. Definida pela cessação súbita da atividade ventricular eficiente e da respiração, a parada cardiorrespiratória (PCR) está dividida em quatro modalidades: assistolia, fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso e atividade elétrica sem pulso⁽³⁾.

As Diretrizes da *American Heart Association* (AHA) foram desenvolvidas para que os profissionais de saúde executem a reanimação cardiorrespiratória (RCP) adequadamente e possam se basear na ciência a fim de reduzir a morte e a incapacitação⁽⁴⁾. O Suporte básico e avançado de vida (SBV/SAVC) é fundamental para impedir a deterioração da vítima predominando a manutenção da perfusão cerebral e coronária⁽⁴⁾.

Para tanto, os enfermeiros devem estar preparados tecnicamente para enfrentar o desafio do evento súbito e grave, com a consciência da necessidade de diagnóstico precoce e intervenção efetiva, considerando que o prognóstico do paciente está diretamente ligado à rapidez e eficácia das ações. A aplicação das manobras de RCP precisa incluir a probabilidade de sobrevivência da vítima relacionando com a ética, a cultura, a religião e a saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

A avaliação de uma vítima e seu atendimento deve ser efetiva para proporcionar a diminuição das sequelas e aumentar as chances de sobrevivência da vítima. Sobretudo, o atendimento imediato e adequado reduz a mortalidade e contribui de forma expressiva à preservação cardíaca e cerebral da vítima em PCR⁽⁶⁾.

As habilidades dos enfermeiros em desempenhar seu papel de forma apropriada e a capacidade de realizar as manobras de RCP influenciam diretamente sob o índice de mortalidade e morbidade⁽⁶⁻⁷⁾. Estima-se que cada minuto em PCR reduz 10% a probabilidade de sobrevivência, portanto, o fator tempo é fundamental⁽⁸⁾.

Cabe salientar que a literatura enfatiza a necessidade de um líder durante a RCP com a finalidade de direcionar, coordenar e designar tarefas a cada participante do atendimento. Sobretudo, julga-se fundamental o atendimento sincronizado e organizado⁽⁹⁾.

Portanto, o enfermeiro e a equipe de Enfermagem desempenham papéis importantes no atendimento em PCR juntamente com a equipe médica, considerando que a sobrevivência da vítima depende diretamente do sucesso dessa atuação e a execução de ações ágeis e apropriadas. Essa condição requer um conjunto de intervenções específicas dos profissionais envolvidos, em que se instala um desafio: salvar vidas⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A enfermagem desempenha ações importantes no atendimento a PCR juntamente com a equipe médica, considerando a sobrevivência que depende diretamente do sucesso dessa atuação e a execução de ações ágeis e apropriadas. Situação essa que requer um conjunto de intervenções específicas dos profissionais envolvidos, em que se instala um desafio: salvar vidas⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Cabe ao enfermeiro prestar cuidados diretos aos pacientes graves e em risco de vida, que exijam conhecimentos com base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, atuando na recuperação e reabilitação da saúde⁽¹²⁾.

Nesse sentido, salienta-se a necessidade de treinamentos sobre o tema, visto que os profissionais envolvidos encontram dificuldades frente a essa emergência, cabendo ao enfermeiro atualizar-se e estar preparado para capacitar os profissionais das equipes, pois o sucesso está diretamente ligado à atuação imediata e eficaz⁽¹³⁾.

Assim, para que os enfermeiros tenham um desempenho de excelência e desenvolvam suas competências e habilidades é indispensável que os serviços de enfermagem desenvolvam programas de treinamentos contínuos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Ressalta-se que esses treinamentos sigam protocolos ou guias adaptados as

condições gerais de cada serviço e profissionais ou equipes disponíveis.

Diante do exposto objetivou-se identificar o conhecimento de enfermeiros de hospital do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil, sobre a parada cardiorrespiratória e elaborar um guia teórico para o atendimento nesta emergência.

MÉTODO

Estudo voltado à elaboração de um guia teórico para o atendimento de enfermeiros em PCR. A trajetória metodológica seguiu três fases: coleta de dados sobre o conhecimento de enfermeiros no atendimento em PCR; elaboração do guia teórico; e validação deste.

Para a coleta de dados sobre o conhecimento dos enfermeiros, elaborou-se instrumento embasado na literatura científica^(6,9-11), a destacar as Diretrizes da AHA para RCP⁽⁴⁾. Este instrumento correspondeu a um questionário autoexplicativo, com questões fechadas e de múltipla escolha, abordando as variáveis: sexo, idade, experiência profissional, realização de cursos de capacitação da AHA, frequência de contato com situações de PCR, julgamento do enfermeiro a sua capacidade para atuar nas manobras básicas de RCP e participação em situações de PCR.

Para a validação de conteúdo e aparência do instrumento com a finalidade de refiná-lo quanto a sua clareza, abrangência e pertinência das variáveis a serem avaliadas, realizaram-se o ajuizamento com cinco profissionais considerados peritos no tema abordado. Utilizou-se como critério de seleção dos juízes, serem médicos ou enfermeiros especialistas em cardiologia ou em terapia intensiva e/ou urgência e emergência, com experiência mínima de dois anos na área hospitalar. Os peritos foram contatados primeiramente por e-mail e depois os instrumentos foram entregues pela pesquisadora. Após o ajuizamento, foram realizadas alterações apenas em duas variáveis do instrumento relacionadas às manobras básicas de RCP.

O estudo foi realizado em hospital filantrópico de Guaratinguetá sem fins lucrativos declarado de utilidade pública, atendendo pacientes de todo Vale do Paraíba e Sul de Minas Gerais, Brasil. A amostra constituiu-se por 41 enfermeiros que desenvolviam atividades assistenciais, supervisão e coordenação de enfermagem, distribuídas pelos diversos setores do hospital, no período de agosto a outubro de 2012.

Os dados coletados foram digitados e tabulados eletronicamente em planilha do Microsoft Excel[®]. Utilizaram-se estatísticas descritivas (média, mediana, desvio padrão, frequências e percentuais) para representar as respostas em forma de tabelas.

O critério utilizado para a elaboração do guia teórico para o atendimento à parada cardiorrespiratória foi baseado nos dados obtidos relacionados às dúvidas encontradas na pesquisa e embasado na literatura científica, com ênfase nas Diretrizes da AHA para RCP⁽⁴⁾.

Foram excluídos os enfermeiros que estavam de férias ou afastados por algum motivo. Não houve rejeição quanto à participação do estudo. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, sendo aprovado conforme o parecer nº. 315/12.

RESULTADOS

Este estudo buscou verificar o conhecimento dos enfermeiros no que tange a PCR e as manobras de RCP. A finalidade principal foi coletar subsídios para a criação de guia de treinamento para esses enfermeiros, baseado nas dúvidas e dificuldades encontradas, bem como, questões relevantes à temática perante a literatura científica. Este guia poderá ser uma ferramenta para a atualização dos profissionais de enfermagem.

Dentre os 41 enfermeiros participantes da pesquisa, houve predomínio do sexo feminino e a faixa etária média foi de 32±5,4anos.

A maior parte tinha de cinco a 10 anos de experiência profissional. Quanto à área de atuação, 46% dos entrevistados atua nas unidades de clínica médica e clínica cirúrgica, porém o índice de enfermeiros que trabalha atualmente na UTI (32%) é significativo.

A tabela 1 reúne dados referentes a autoavaliação dos enfermeiros quanto a capacidade de atuar na RCP, bem como a experiência em lidar com PCR (frequência e dinâmica de atendimento).

Tabela 1 - Distribuição do número de enfermeiros segundo frequência das variáveis contato, autoavaliação e participação no atendimento da RCP. Guaratinguetá, SP, 2012

Variáveis	n	%
Frequência de contato com situações de PCR*		
Nunca	2	5,0
Pelo menos uma vez na semana	29	71,0
Mais que uma vez na semana	10	24,0
Autoavaliação da capacidade para realizar RCP*		
Pouco Capacitado	12	29,0
Capacitado	29	71,0
Participa no atendimento de PCR		
Quando não há outro profissional de enfermagem disponível	3	7,0
Voluntariamente, mesmo que não seja responsável pelo paciente	14	34,0
Sempre participa com a equipe	24	59,0

(*) PCR – Parada Cardiorrespiratória; RCP – Reanimação Cardiorrespiratória.

Tabela 2 - Distribuição do número de enfermeiros conforme conhecimento acerca do atendimento em PCR. Guaratinguetá, SP, 2012

Conhecimento de PCR*	Sim		Não	
	n	%	n	%
Identificação da PCR	40	98,0	1	2,0
Vias administração fármacos	32	78,0	9	22,0
Análise da FV/ Assistolia	27	66,0	14	34,0
Vias aéreas superiores	23	56,0	18	44,0
Tipos de Fármacos	9	22,0	32	78,0
Ritmos chocáveis FV/ TVSP	7	17,0	44	83,0
Intervalos de administração dos fármacos	5	12,0	36	88,0
Técnica de compressão torácica	-	-	-	-

(*) PCR – Parada Cardiorrespiratória; FV – Fibrilação Ventricular; TVSP – Taquicardia Ventricular sem Pulso.

Houve um elevado percentual de acertos em relação à identificação da PCR (98,0%), vias de administração dos fármacos (78,0%), análise dos ritmos

de FV, Assistolia (66,0%) e vias aéreas artificiais (56,0%). Todavia, constatou-se que nenhum enfermeiro soube relatar a técnica correta da compressão torácica.

DISCUSSÃO

No cenário atual de educação permanente em saúde, verifica-se a necessidade premente de atualização técnico-científica relatada por muitos profissionais⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. A esse respeito, estudo evidenciou a importância do perfil do enfermeiro na atuação profissional, valorizando a formação pedagógica, ética e o fator humano, além do conhecimento técnico-científico e determinadas características pessoais⁽¹⁹⁾.

Equipes de enfermagem agem diferentemente, dependendo do local que atuam, isto é, no pronto-socorro ou na enfermagem, pois a forma de organização marca o espaço do trabalho, e isso inclui o agir/ reagir mediante o cuidado de enfermagem. Portanto, as diferenças entre esses setores tanto acontecem no campo do espaço físico ou organização da unidade, quanto também sucedem no enfrentamento das equipes desses setores diante do evento de uma PCR⁽¹⁹⁾.

Salienta-se que o *Advanced Cardiac Life Support – Suporte Avançado de Vida em Cardiologia* corresponde a um curso de imersão teórico-prático dirigido ao atendimento das emergências cardiológicas, incluindo as diversas modalidades de parada cardiorrespiratórias, arritmias letais, tratamento inicial do infarto agudo do miocárdio e suas complicações, e do ataque cerebral, com informações e habilidades técnicas necessárias para a ressuscitação cardiopulmonar⁽⁴⁾.

Quanto à frequência com que o enfermeiro se depara com as situações de PCR, 29 (71%) relatou que às vezes tem contato com situações de PCR e apenas 10 (24%) relataram que o contato é frequente. Todavia, a maioria considera-se capacitada para tal atendimento, independente da frequência de contato ou local de trabalho. Esses dados corroboram estudo objetivando elucidar o conhecimento de profissionais de enfermagem, o qual evidenciou que 40% dos

profissionais não sabiam reconhecer os sinais de PCR, no entanto, mesmo assim, 93% se consideraram aptos para realizar o atendimento de RCP⁽¹⁷⁾.

Dos entrevistados, 15% não soube relatar a primeira conduta frente à PCR (identificação), de acordo com as diretrizes da AHA⁽⁴⁾, que enfatiza o reconhecimento precoce dos primeiros sinais e sintomas de PCR e as manobras de RCP com o intuito reduzir os índices de mortalidade⁽⁶⁻⁷⁾.

Estudo enfocou que cada comunidade deve reconhecer seu ponto fraco e trabalhar melhorias a respeito do suporte básico de vida⁽⁷⁾. Importante incluir o reconhecimento precoce de pacientes com os primeiros sinais e sintomas e as manobras de RCP, pois somente a ação nas várias etapas do atendimento a essas vítimas poderá reduzir os índices de mortalidade^(6,8-9).

Nenhum enfermeiro identificou o local adequado para realizar as compressões torácicas. Este resultado vai ao encontro de outros estudos em que foram avaliados profissionais de enfermagem quanto à realização adequada da compressão torácica e demonstraram que a realização desta técnica foi a maior deficiência apresentada pelos profissionais^(6,17). Portanto, esse resultado é preocupante, pois os elementos iniciais críticos de SBV são compressões torácicas que fornecem fluxo sanguíneo vital ao coração e ao cérebro⁽⁴⁾.

Considerando a atuação do enfermeiro segundo o algoritmo baseado no *Guidelines* 2010, todo o atendimento prestado à vítima em PCR associa-se diretamente ao ritmo encontrado⁽⁵⁾. Ressalta-se que quando ocorre uma PCR ou alguma emergência que comprometa a vida, uma resposta rápida e hábil pode fazer a diferença entre vida e morte e entre a sobrevivência intacta e as sequelas^(17,19).

Cabe avaliar a equipe de enfermagem e o seu enfrentamento, devido à variação de acordo com o setor em que esta equipe atua, pois dependendo da unidade,

o processo de PCR pode se tornar um procedimento novo, nunca antes presenciado por esta equipe^(6,17).

Ao analisar os resultados obtidos em relação as condutas para o restabelecimento da vítima no ritmo de assistolia, a maioria respondeu incorretamente a questão e 15% não sabiam responder, apenas uma pequena minoria respondeu a questão correta: "diagnóstico diferencial: estar atento às causas reversíveis". Este achado corrobora com um estudo que teve como objetivo padronizar o atendimento à PCR, em que o subitem "prováveis causas da PCR" deixou de ser preenchido em 38 (70%) dos instrumentos. Todavia, esta informação nem sempre é fácil de ser obtida, mas, é de fundamental importância para que os profissionais possam direcionar melhor as intervenções durante a RCP⁽¹⁹⁾. Estudo realizado com médicos que apresentavam mais de cinco anos de graduação mostrou que ao serem questionados sobre o ritmo assistolia, somente 33,3% procurariam a causa da PCR⁽¹⁸⁾.

Em relação às vias alternativas para administração dos fármacos durante as manobras de RCP, além da via endovenosa, a maioria respondeu corretamente: "intratraqueal e intraóssea". Porém quando questionados quanto aos tipos de fármacos utilizadas durante a RCP, 32 (78%) não souberam responder e 36 (88%) não souberam os intervalos de tempo pré-estabelecidos para o uso desses fármacos. Este dado corrobora estudo que também apresentou baixo percentual de acertos em relação os fármacos utilizados e vias de administração, demonstrando que os profissionais de enfermagem não estavam atualizados perante as novas diretrizes da AHA⁽⁶⁾.

Sobretudo, o enfermeiro deve manter-se informado e atualizado para sentir-se seguro, o que propicia satisfação profissional e qualidade no atendimento. Ressalta-se, pois, a importância em preparar profissionais com base no desenvolvimento de competência (conhecimentos, habilidades e atitudes) para prestação da assistência adequada durante a RCP.

O investimento em treinamento para os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes em PCR, a elaboração de protocolos para guiar a assistência a ser prestada podem proporcionar menor risco e, ter como resultado, maior segurança no decorrer do atendimento⁽²⁰⁾.

Sendo a PCR uma emergência de alto impacto nos índices de mortalidade, o enfermeiro exerce um papel fundamental no atendimento juntamente com a equipe

médica, considerando a sobrevivência dependente diretamente do sucesso dessa atuação como participante da equipe multiprofissional.

Diante do exposto, foi proposto um guia de orientações aos profissionais enfermeiros, que poderá ser uma ferramenta para a atualização desses profissionais, e assim, viabilizar uma assistência mais eficaz (Quadros 1a e 1b).

Quadro 1a - Guia teórico para o atendimento de enfermeiros em parada cardiorrespiratória. Guaratinguetá, SP, Brasil, 2012

Passos	Ação	Recomendação
1º - Reconhecimento	Avaliar o nível de consciência.	Chame a vítima, toque firmemente nela.
Neste ponto confirmou-se uma Parada Cardiorrespiratória?		
2º - Ajuda	Chamar por ajuda.	Equipe multiprofissional: médico, equipe de Enfermagem e Fisioterapia; Buscar carrinho de urgência e o Desfibrilador Externo Automático.
3º - Confirme o pulso	Verificar pulso carotídeo.	Ausência de pulso: Iniciar rapidamente as 30 compressões torácicas.
4º - Início de RCP	Iniciar compressões torácicas no centro do tórax, frequência de compressão de 100/minuto, e profundidade de 2 polegadas (5cm) em adultos com retorno total do tórax após cada compressão, com minimização das interrupções nas compressões torácicas.	Posicionamento da vítima em decúbito dorsal em superfície plana e rígida; Ângulo de 90º (peso do próprio corpo); Iniciar rapidamente as compressões torácicas e não atrasar a ventilação.
5º - Abrir via aérea e aplicar 2 ventilações de resgate	O primeiro inicia as compressões torácicas e o segundo abre a via aérea e aplica ventilação com bolsa manter máscara tão logo complete a primeira série de 30 compressões torácicas.	Abertura de vias aéreas: Inclinação da cabeça-elevação do queixo (se suspeita de trauma: anteriorização da mandíbula).
Observações	Assim que houver via aérea avançada instalada, as compressões torácicas poderão ser contínuas e não mais alternadas com ventilações. Obter a confirmação se o tubo endotraqueal está posicionado corretamente: auscultar a região epigástrica e hemitórax esquerdo e direito.	Frequência de ventilação a cada 6 ou 8 segundos; Observar elevação visível do tórax; Evitar ventilação excessiva; Alternar a pessoa que aplica as compressões a cada 2 minutos.
Após cinco ciclos de compressão e ventilação (aproximadamente dois minutos), deve-se reavaliar a presença de pulso ou respiração espontânea.		

Quadro 1b - Guia teórico para o atendimento de enfermeiros em parada cardiorrespiratória. Guaratinguetá, SP, Brasil, 2012

Passos	Ação		Recomendação
6º - Avaliar o ritmo cardíaco → ↓ Se *TVSP ou *FV → Ou ↓ Assístolia ou *AESP →	Monitoração cardíaca		Importância da monitoração cardíaca rápida: o tempo da Fibrilação Ventricular até a administração do choque deve ser inferior a 3 minutos, devendo-se aplicar a *RCP enquanto o desfibrilador é preparado.
	Utilizar o Desfibrilador	Choque a cada 1 minuto	Desfibrilação: 360J para aparelhos monofásicos e 200J em aparelhos bifásicos; Aplicar a RCP.
	Realizar compressões torácicas/ventilação adequada com bolsa válvula máscara (30:2); Preparar para obter via aérea artificial (intubação orotraqueal).		Especial atenção: potencial causa do evento (diagnóstico diferencial); Causas prováveis: hipóxia, hipovolemia, acidose metabólica/respiratória, hipotermia, hipercalemia, tamponamento cardíaco, toxinas, trombose coronária, embolia pulmonar, intoxicação exógena.
7º - Terapia medicamentosa	Acesso Vascular Calibroso, se não for possível pode-se utilizar:		É consenso que para obtenção do acesso não deve ocorrer interrupção das manobras de ressuscitação ou retardo das tentativas iniciais de desfibrilação; Via endotraqueal: As doses são aumentadas de duas a duas vezes e meia; Via intraóssea: Ponto de punção de 1 a 3cm abaixo da tuberosidade da tíbia, apontando para o pé com ângulo de 60°; Por essa via podem ser administrados todos os medicamentos usados em PCR, nas mesmas dosagens da via endovenosa.
	Administração dos fármacos; Medicação + bólus de 20ml de água destilada ou SF 0,9% seguida de elevação do membro.	Vasopressor e estimulante cardíaco	Dose Epinefrina: 1mg a cada 3 a 5 minutos.
		Hormônio com efeito antidiurético e vasoconstrictor	Dose Vasopressina: 40U e pode substituir a 1ª dose de epinefrina. Obs. dose única.
		Antiarrítmicos para TVSP ou FV	Dose Amiodarona: Bólus 300mg, segunda dose 150mg. Na presença da FV refratária - Dose Lidocaína: dose de 1 a 1,5mg/kg IV em bólus e ser repetida a cada 5 ou 10 minutos num total de até 3mg/kg.
1,0	Ao retornar o ritmo cardíaco manter ventilação artificial. Um sistema abrangente, estruturado, integrado e multidisciplinar de cuidados pós-PCR deve ser implementado. O tratamento deve incluir suporte cardiopulmonar e neurológico.		

(*) RCP – Reanimação Cardiorrespiratória; TVSP – Taquicardia Ventricular sem Pulso; FV – Fibrilação Ventricular; AESP – Atividade Elétrica sem Pulso.

CONCLUSÃO

As limitações do conhecimento teórico da maioria dos participantes estavam relacionadas ao intervalo de tempo para avaliar o ritmo cardíaco durante a RCP, as condutas para o restabelecimento da vítima no ritmo de assístolia, os intervalos de tempo pré-estabelecidos para o uso dos fármacos e principalmente desconheciam o local adequado para realização das compressões torácicas.

Os resultados demonstram a importância de uma educação continuada sobre PCR e RCP, para a qual o guia apresentado servirá como suporte teórico para a padronização e melhoria do desempenho da equipe avaliada.

COLABORAÇÕES

Silva AB e Machado RC contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

- Guimarães HP, Lane JC, Flato UAP, Timerman A, Lopes RD. Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar. Rev Bras Clin Med. 2009; 7(3):177-87.
- Verplancke T, De Paepe P, Calle PA, De Regge M, Van Maele G, Monsieurs KG. Determinants of the quality of basic life support by hospital nurses. Resuscitation. 2008; 77(1):75-80.

3. Pazin Filho A, Santos JC, Castro RBP, Bueno CDF, Schmidt A. Parada cardiorrespiratória (PCR). *Medicina*. 2003; 36:163-78.
4. American Heart Association (AHA). Destaques das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE 2010 [internet]. 2010 [citado 2012 jan 15]. Disponível em: <http://www.slideshare.net/anestesiasegura/2010-aha-diretrizes-rcp>
5. Araujo KA, Jacquet P, Santos SS, Almeida V, Nogueira SF. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimentos dos enfermeiros de um pronto socorro municipal da cidade de São Paulo. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008; 26(2):183-90.
6. Moura LTR, Lacerda LCA, Gonçalves DDS, Andrade RB, Oliveira YR. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2012; 13(2):419-27.
7. Miotto HC, Camargos FRS, Ribeiro CV, Goulart EMA, Moreira MCV. Efeito na ressuscitação cardiopulmonar utilizando treinamento teórico versus treinamento teórico-prático. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(3):328-31.
8. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em situação de emergência. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):769-6.
9. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo e o suporte básico de vida. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):335-42.
10. Bellan MC, Araújo IIM, Araújo S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):1019-27.
11. Luzia MF, Lucena AF. Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(2):328-37.
12. Miyadahira AMK, Quilici AP, Martins CC, Araújo GLA, Pellicioti JSS. Ressuscitação cardiopulmonar com a utilização do desfibrilador externo semi-automático: avaliação do processo ensino – aprendizagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):532-8.
13. Fernandes AP, Vancini CR, Cohrs F, Moreira RSL. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):757-63.
14. Follador NN, Castilho V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):90-6.
15. Gomes AG, Garcia AM, Schmidt A, Mansur AP, Vianna CB, Ferreira D, et al. Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. *Arq Bras Cardiol*. 2003; 81(4):3-14.
16. Pascoe T, Hutchinson R, Foley E, Watts I, Whitecross L, Snowdon T. The educational needs of nurses working in Australian general practices. *Aust J Adv Nurs*. 2007; 24(3):33-7.
17. Zanini J, Nascimento ERP, Barra DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Int*. 2006; 18(2):143-7.
18. Barbosa FT, Barbosa LT, Silva AL, Silva KLG. Avaliação do Diagnóstico e Tratamento em Parada Cardiorrespiratória entre os Médicos com mais de Cinco Anos de graduação. *Rev Bras Ter Int*. 2006; 18(4):374-9.
19. Lima SG, Macedo LA, Vidal ML, Sá MPBO. Educação permanente em SBV e SAVC: impacto no conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6):630-6.
20. Peninck PP, Machado RC. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*. 2012; 13(1):187-99.