

Conhecimento da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta sobre a parada cardiorrespiratória

Nursing team expertise above cardiorespiratory arrest in an intensive adult care unit

Joceline Nunes Prestes¹, Jacqueline Vergutz Menetrier²

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – Unipar – Unidade Universitária de Francisco Beltrão.

²Mestranda em Plantas Medicinais e Fitoterápicos na Atenção Básica. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Paranaense – Unipar – Unidade Universitária de Francisco Beltrão.

Endereço para correspondência

Jacqueline Vergutz Menetrier

Universidade Paranaense, Av Júlio Assis Cavalheiro, 2000

CEP: 85601-000 – Francisco Beltrão – Paraná

E-mail: jacquevergutz.menetrier@hotmail.com

Resumo

A Parada Cardiorrespiratória é a interrupção da atividade do coração e do pulmão, tendo como consequência lesões cerebrais e até a morte. O enfermeiro possui papel importante como educação continuada e treinamentos, permitindo melhora na qualidade dos serviços. O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter quantitativo, descritivo e transversal. Tendo como objetivo identificar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva adulta de um hospital do sul do país, sobre a Parada cardiorrespiratória. A amostra foi composta de 27 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem. Das 19 variáveis estudadas sobre o conhecimento no atendimento em parada, em 13 delas as respostas que predominaram foram parcialmente corretas. A variável com maior número de acertos (85,2%) foi a ventilação do paciente não intubado, seguida pela posição das pás do desfibrilador no tórax do paciente e a finalidade dos fármacos utilizados na parada, ambas com 81,5% de acertos. A variável que a maioria dos pesquisados (59,3%) respondeu de forma incorreta foi a carga máxima utilizada no desfibrilador. Percebeu-se que 44,4% identificou somente a assistolia como ritmo de parada. No caso da carga máxima utilizada no desfibrilador, dos 16 que responderam de forma incorreta, 25,9% responderam “200 joules”. Ao serem questionados sobre quem é o responsável pelo carrinho de emergência, 51,8% dos entrevistados consideraram, além do enfermeiro, o técnico de enfermagem como responsável. Essa pesquisa demonstra a necessidade de atualização da equipe de enfermagem, com capacitação teórica e prática, melhorando a assistência ao paciente. **Palavras-chave:** Parada Cardíaca, Enfermagem, Terapia Intensiva, Conhecimento.

Abstract

The Cardiopulmonary arrest (CA) is the interruption of the heart and lung activity, can results in brain damage and even death. The nurse has an important function as continuing education and training, what enables the improvement in the quality of services. This study is a survey research with character quantitative, descriptive and transversal. Based on that this study aimed to identify the knowledge on cardiorespiratory arrest of the nursing team in an adult intensive care unit Hospital in the south of the country. The sample was composed of 27 nursing professionals of the unit Intensive from the Hospital, including nurses and nursing technicians. Among the 19 variables studied in the care of PCR, 13 predominated answers were partially correct. The variable with the highest number of correct answers was the ventilation of the patient not intubated (85.2%), followed by the position of the defibrillator paddles on the patient's chest and the purpose of medicines used in the CA, both with 81.5% accuracy. The variable that most of surveyed answered incorrectly was the maximum load used in the defibrillator (59.3%). It was noticed that only 44.4% identifies asystole as CA rhythm. In case the maximum load used in the defibrillator, from the 16 who responded incorrectly, 25.9% answered "200 joules". Upon being questioned about who is in charge of emergency cart, 51.8% of respondents considered in addition to the nurse, the nursing technician responsible. This study highlights the need for updating of the nursing team, with theoretical and practical training as a result improving patient care.

Key words: Cardiac Arrest, Nursing, Intensive Care, Knowledge.

INTRODUÇÃO

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção da atividade do coração e do pulmão, tendo como consequência lesões cerebrais e até mesmo a morte⁽¹⁾.

Durante o atendimento do indivíduo em PCR é fundamental a realização de suporte precoce e rápido, priorizando o reconhecimento dos sinais e sintomas, além de intervenções adequadas. Com objetivo de padronizar e melhorar o atendimento à PCR, são criadas diretrizes pela *Internacional Liaison Committee on Resuscitation* (ILCOR) e a *American Heart Association* (AHA), essas podem ser divididas em Suporte Básico (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV). No SAV existe a obrigatoriedade de que seja desenvolvido por profissionais da área de saúde com o uso de drogas vasoativas, intubação endotraqueal, monitoramento hemodinâmico invasivo durante a Reanimação cardiopulmonar (RCP), controle de temperatura e administração de oxigênio⁽¹⁾.

O enfermeiro, membro da equipe de saúde e líder da equipe de enfermagem, possui papel importante diante de uma PCR, pois o mesmo deve providenciar recursos materiais, dar suporte à equipe, como educação continuada e treinamentos, permitindo melhora na qualidade dos serviços prestados e no prognóstico do paciente vítima da PCR⁽²⁾. A falta de treinamento da equipe pode ter como consequência a falta de conhecimento e preparo durante o atendimento a PCR⁽³⁾.

Desta forma, a equipe de enfermagem deve estar atenta para reconhecer facilmente os sinais da PCR e, assim, obter sucesso no atendimento. Pode-se citar que a mortalidade de PCR é elevada mesmo em condições de procedimento certo, além disso, o tempo é algo importantíssimo, acredita-se que a cada minuto em PCR, 10% da probabilidade de reverter a situação é perdida⁽⁴⁾.

A sobrevida associada à PCR há tempos era de aproximadamente 2%, estima-se que nos últimos anos a sobrevida seja em torno de 70%. Isso se deve a uma boa conduta dos profissionais de saúde, com agilidade e destreza, e também aos avanços tecnológicos e científicos na área⁽⁵⁾.

Na unidade hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é onde ocorre o maior número de situações de emergência, considerado, portanto, um setor crítico, sendo também o local com o maior número de PCRs. Na UTI os profissionais assistenciais devem portar de um conhecimento maior em PCR para prestar um atendimento de qualidade, melhorando a sobrevida dos pacientes⁽⁶⁾.

Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulta de uma Unidade de Terapia Intensiva adulta de um hospital do sul do país, sobre a Parada cardiorrespiratória, bem como, identificar o perfil sociodemográfico e verificar a frequência da educação continuada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, de caráter descritivo e transversal. O local foi a UTI adulta de um hospital do sul do país.

A unidade estudada é referência em ortopedista/traumatologista, atenção integral às gestantes de alto risco e risco intermediário, cirurgias pediátricas e UTI neonatal. A Unidade de Terapia Intensiva Adulta contém nove leitos, contando com uma equipe multiprofissional em atendimento integral a pacientes da unidade, equipe exclusiva do setor, fazendo uso de equipamento de alto nível tecnológico.

Anteriormente à coleta de dados solicitou-se à instituição a autorização para realização da pesquisa através da Declaração de Permissão para Utilização de Dados. Posteriormente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPEH) da Universidade Paranaense – UNIPAR, sendo aprovado segundo parecer: 1.522.005. Todos os aspectos éticos foram preservados de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

Para a coleta de dados abordou-se a equipe de enfermagem na UTI adulto e explicou os objetivos da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido responderam ao questionário de coleta de dados.

O questionário utilizado foi criado e validado por Bellan e Araujo⁽⁷⁾ em 2006, sendo baseado nas diretrizes da *American Heart Association* (AHA) de 2005. Para a coleta dos dados da presente pesquisa, o instrumento foi adaptado segundo as diretrizes da *American Heart Association* (AHA) de 2015. Conta com 28 questões, divididas em duas partes: a primeira traça o perfil sociodemográfico, e a segunda trata do conhecimento apresentado pelos profissionais em relação à PCR. O instrumento foi respondido pelo próprio pesquisado em ambiente privativo de acordo com a disponibilidade do setor, não interferindo no atendimento prestado aos pacientes. A pesquisadora ficou à disposição para esclarecer dúvidas no preenchimento do questionário.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise descritiva utilizando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 21.0 (Windows, Chicago, EUA).

RESULTADOS

No setor estudado há 31 profissionais de enfermagem, todos foram convidados a participar da pesquisa. Desses, quatro se recusaram. Assim, a amostra foi composta de 27 profissionais de enfermagem da UTI adulta, incluindo enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A tabela 1 apresenta os dados referentes ao perfil sociodemográfico dos entrevistados.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta. 2016.

| Variável (n=27) | Frequência | % |
|-------------------------------------|------------|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 18 | 66,7 |
| Masculino | 9 | 33,3 |
| Idade | | |
| 18 a 25 anos | 1 | 3,7 |
| 26 a 35 | 12 | 44,4 |
| 36 a 45 | 8 | 29,6 |
| 46 ou mais | 5 | 18,5 |
| Não informado | 1 | 3,7 |
| Cargo | | |
| Enfermeiro | 4 | 14,8 |
| Técnico em enfermagem | 23 | 85,2 |
| Turno de trabalho | | |
| Diurno | 14 | 51,9 |
| Noturno | 13 | 48,1 |
| Tempo de trabalho na unidade | | |
| Menos de 1 ano | 1 | 3,7 |
| De 1 a 5 anos | 23 | 85,2 |
| Mais de 5 anos | 3 | 11,1 |

Observou-se maior porcentagem de indivíduos do sexo feminino (66,7%), com idade entre 26 e 35 anos (44,4%), técnicos de enfermagem (85,2%), que atuam do período diurno (51,9%) e que trabalham na UTI de 1 a 5 anos (85,2%).

Quando questionados sobre o contato com a PCR, a maioria (85,2%) dos profissionais disse ter contato frequentemente com a PCR.

A tabela 2 apresenta os dados relacionados à educação continuada e à formação para atendimento da PCR da equipe de enfermagem. Observa-se que 59,3% dos entrevistados afirma participar da educação continuada. Quanto à participação no curso de *Advanced Cardiac Life (BLS)* e *Support Basic Life Support (ACLS)*, observou-se que houve maior frequência de profissionais que nunca participaram, 74,1% e 85,2% respectivamente. Porém, quando questionados se participam de atualizações sobre PCR a maioria respondeu que sim (77,8%). Sobre a fonte utilizada para atualizar-se, notou-se maior frequência (48,1%) de profissionais que utilizam mais de uma fonte, ou seja, atualizam-se de livros, periódicos, cursos e aulas.

Tabela 2. Dados relacionados à educação continuada e formação para atendimento da PCR da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta, 2016.

| Variáveis (n=27) | Frequência | % |
|--|------------|------|
| Participação BLS | | |
| Sim | 7 | 25,9 |
| Não | 20 | 74,1 |
| Há quanto tempo fez o BLS | | |
| Não informado | 20 | 74,1 |
| De 1 a 5 anos | 3 | 11,1 |
| Mais de 5 anos | 4 | 14,8 |
| Participação ACLS | | |
| Sim | 4 | 14,8 |
| Não | 23 | 85,2 |
| Há quanto tempo fez o ACLS | | |
| Não informado | 23 | 85,2 |
| De 1 a 5 anos | 2 | 7,4 |
| Mais de 5 anos | 2 | 7,4 |
| Participação em educação continuada | | |
| Nunca | 2 | 7,4 |
| Raramente | 9 | 33,3 |
| Frequentemente | 16 | 59,3 |
| Participa de atualizações sobre PCR | | |
| Sim | 21 | 77,8 |
| Não | 6 | 22,2 |
| Fonte da atualização sobre PCR | | |
| Não informado | 6 | 22,2 |
| Livros | 4 | 14,8 |
| Palestra/curso | 4 | 14,8 |
| Mais de uma fonte | 13 | 48,1 |

Os dados referentes ao conhecimento da equipe de enfermagem no atendimento à PCR estão apresentados na tabela 3. Das 19 variáveis estudadas sobre o conhecimento no atendimento em PCR, em 13 delas as respostas que predominaram foram parcialmente corretas. A variável com maior número de acertos (85,2%) foi a ventilação do paciente não intubado.

Ao avaliar as respostas assinaladas pelos pesquisados, observou-se que quando questionados sobre como detectar a PCR, 85,1% não assinalaram a “ausência de consciência” como um dos sinais clínicos da PCR.

Na questão sobre os ritmos cardíacos encontrados na PCR, observou-se uma grande frequência de indivíduos (85,2%) que responderam de forma parcial, ou seja, não assinalaram todos os ritmos cardíacos de parada. Ao avaliar as respostas, percebeu-se que 44,4% identificou somente a assistolia como ritmo de PCR. Além disso, ao avaliar somente as respostas dos enfermeiros, observou-se que 50,0% deles responderam de forma parcial e os outros 50% responderam corretamente.

Tabela 3. Conhecimento sobre o atendimento a PCR da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva adulta, 2016.

| Variável (n=27) | Correta (n/%) | Incorreta (n/%) | Parcialmente correta (n/%) |
|--|---------------|-----------------|----------------------------|
| 1. Como detecta a PCR | 2 (7,4%) | 4 (14,8%) | 21 (77,8%) |
| 2. Conduta imediata após ao diagnóstico da PCR | - | 2 (7,4%) | 25 (92,6%) |
| 3. Padrões de ritmos cardíacos encontrados na PCR | 3 (11,1%) | 1 (3,7) | 23 (85,2%) |
| 4. No que consiste o SBV | 2 (7,4%) | 4 (14,8%) | 21 (77,8%) |
| 5. No que consiste o SAV | 2 (7,4%) | 6 (22,2%) | 19 (70,4%) |
| 6. Maneiras de ventilar o paciente intubado | 2 (7,4%) | 1 (3,7%) | 24 (88,9%) |
| 7. Maneiras de ventilar o paciente não intubado | 23 (85,2%) | 2 (7,4%) | 2 (7,4%) |
| 8. Como e onde posicionar as mãos para a realização da compressão torácica | 3(11.1%) | 7 (25.9%) | 17(62.9%) |
| 9. Descreveu o local da compressão torácica corretamente | 2 (7,4%) | 10 (37,0%) | 15 (55,6%) |
| 10. Postura corporal para realizar a CTE | 3 (11,1%) | 1 (3,7%) | 23 (85,2%) |
| 11. Posição das pás na desfibrilação | 22 (81,5%) | 3 (11,1%) | 2 (7,4%) |
| 12. Carga inicial para desfibrilação | 19 (70,4%) | 8 (29,6%) | - |
| 13. Carga máxima para desfibrilação | 18 (66,7%) | 9 (33,3%) | - |
| 14. Vias de administração de fármacos durante a PCR | 2 (7,4%) | 2 (7,4%) | 23 (85,2%) |
| 15. Fármacos utilizados durante a PCR | 4 (14,8%) | 1 (3,7%) | 22 (81,5%) |
| 16. Finalidade dos fármacos utilizados na PCR | 22 (81,5%) | 5 (18,5%) | - |
| 17. Registros de enfermagem no atendimento da PCR. | 6 (22,2%) | - | 21 (77,8%) |
| 18. Composição do carrinho de emergência | 9 (33,3%) | - | 18 (66,7%) |
| 19. Responsável pelo carrinho de emergência | 14 (51.8%) | - | 13 (48,1%) |

Fonte: Dados da pesquisa.

*CTE: Compressão torácica externa.

No caso da carga máxima utilizada no desfibrilador, dos 18 que responderam de forma correta, 66,7% responderam “200 joules” e “360 joules” considerando desfibrilador monofásico e bifásico.

Outra questão que se destacou foi a forma de ventilar o paciente intubado, verificando-se que 88% não optaram pela alternativa “aumentar a FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) para 100%”, e nesses, observou-se que todos os enfermeiros que participaram da pesquisa também não assinalaram a opção mencionada.

Ao serem questionados sobre quem é o responsável pelo carrinho de emergência, 51,8% dos entrevistados responderam de forma correta, considerando o enfermeiro e o técnico de enfermagem como responsável.

DISCUSSÃO

Dos 27 entrevistados na presente pesquisa, observou-se que 59,3% responderam que a educação continuada é frequente na unidade estudada. Já em pesquisa⁽⁸⁾

semelhante, os resultados foram opostos, ao serem questionados, 67% dos entrevistados responderam que não participaram de nenhum curso de qualificação ou capacitação.

A qualificação profissional, decorrente da educação continuada, resulta em ampliação do conhecimento profissional. Tendo em vista que na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os pacientes necessitam de cuidados específicos e equipamentos de alta tecnologia, a educação continuada proporciona questionamentos e argumentos sobre o assunto, estimulando o senso crítico, favorecendo o crescimento de seus conhecimentos proporcionando cuidados de qualidade ao paciente⁽⁹⁾.

Portanto, a educação continuada é uma mudança de conceito, aprimoramento de conhecimento e com isso, melhoria da prestação de cuidados em saúde. Proporciona ao servidor, capacidade pessoal e desenvolvimento profissional, considerando também a realidade da instituição e da sociedade. Esse deve ser um processo contínuo e permanente, estando empenhados no conhecimento das questões pertinentes ao setor em que trabalham, como situações verídicas do seu dia-a-dia⁽¹⁰⁾.

Destaca-se nos resultados o fato da instituição estudada oferecer educação continuada frequentemente, mostrando assim o interesse em capacitação e atualização periódica. Os serviços de saúde, sobretudo aqueles com suporte intensivo devem garantir a educação continuada, uma vez que, a área de saúde sofre mudanças recorrentes tanto das práticas assistências quanto das tecnologias utilizadas no dia a dia⁽⁹⁾.

Sobre a realização dos cursos de BLS e ACLS, a maioria dos pesquisados (74,1% e 85,2% respectivamente) nunca havia participado de algum curso. Resultados semelhantes foram encontrados em pesquisa⁽¹¹⁾ realizada no município de Rio Branco no Acre, em que 70,6% responderam não terem realizado o curso de BLS e 65,2%, responderam não terem realizado curso de ACLS.

Considerando as diretrizes da *American Heart Association (AHA)*, idealizou-se o curso de BLS (*Basic Life Support*) e ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*) para fornecer conhecimento e preparo aos profissionais, para o atendimento de emergência e a realização da reanimação cardiopulmonar (RCP). O curso inclui habilidades de resgate de vítimas adultas, lactentes e crianças, em ambientes fora do hospital e intra-hospitalares⁽¹²⁾. No Brasil, os cursos (SBV e SAV) de treinamento foram implantados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, no ano de 1996, tendo como propósito a capacitação do profissional de saúde⁽¹³⁾.

Em relação à detecção da PCR através da identificação dos sinais clínicos, na presente pesquisa, 77,8% responderam de forma parcialmente correta, sendo que, 85,1% dos entrevistados não citaram a inconsciência como sinal clínico. Esse resultado pode ser decorrente do fato de a pesquisa ter sido realizada na UTI, onde a maioria dos pacientes encontram-se sedados, assim, o estado de consciência, muitas vezes, não é levado em consideração para detectar a PCR.

Em uma pesquisa⁽¹⁴⁾ realizada no nordeste, observou-se que a consciência também não foi identificada como um sinal clínico da PCR, 100% dos enfermeiros e 84% dos técnicos de enfermagem responderam de forma parcialmente correta, sendo que a inconsciência frequentemente não foi identificada como sinal clínico.

Os sinais clínicos da PCR consistem em inconsciência, ausência de respiração e ausência de pulso em grandes artérias, sendo o mais específico a ausência de pulso carotídeo. Isso decorre de várias doenças ou situações clínicas, podendo estar associada a episódios de obstrução das artérias coronárias e arritmias cardíacas ou a um evento terminal evolutivo de muitas outras enfermidades⁽¹⁴⁾.

As arritmias cardíacas caracterizam-se por uma mudança do padrão da velocidade ou do ritmo do batimento cardíaco. Nem todas as arritmias são consideradas

ritmos de parada, apenas aquelas que comprometem a circulação sistêmica, das quais fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular (TV) sem pulso são ritmos chocáveis. Já a assistolia e a ausência de pulso e a presença de atividade elétrica sem pulso (AESP) não são chocáveis⁽¹⁵⁾.

Na presente pesquisa observou-se que 44,4% dos pesquisados assinalaram apenas a assistolia no que diz respeito aos padrões de ritmos encontrados na PCR. Além disso, a taquicardia ventricular sem pulso, a fibrilação ventricular e a atividade elétrica sem pulso também são considerados ritmos de PCR. Dos adultos vítimas de parada cardíaca em ambiente intra-hospitalar, grande parte apresenta ritmo de atividade elétrica sem pulso (37%) e Assistolia (39%) como ritmo inicial de PCR. Os ritmos de Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso (FV/TVSP), apresentam as maiores taxas de sobrevivência, 36 a 37%. A sobrevivência geral, considerando todos os ritmos de PCR, é de 18%⁽¹⁵⁾.

Ao questionar os pesquisados sobre o que consiste o SBV e o SAV, apenas 7,8% sabiam responder corretamente em ambos os casos. O SBV tem como objetivo oferecer suporte hemodinâmico e respiratório até a chegada dos recursos e pode ser realizado tanto intra-hospitalar ou extra, por profissionais de saúde ou leigos treinados. Já o SAV inclui recursos específicos, como acesso venoso, uso de drogas, vias áreas avançadas e deve ser realizado exclusivamente por profissionais⁽¹⁶⁾.

Na presente pesquisa observou-se que 92,6% dos entrevistados responderam sobre a conduta imediata no atendimento a PCR de forma parcialmente correta. No SAV a conduta imediata no atendimento a RCP é descrita nas cadeias de sobrevivência da AHA. Até 2015, as condutas eram iguais no intra e extra hospitalar, já, a partir de 2015, foram diferenciadas. No ambiente intra-hospitalar consiste em: vigilância e prevenção; reconhecimento e acionamento do serviço médico de emergência; RCP imediata de alta qualidade; rápida desfibrilação; suporte avançado de vida e suporte de vida e cuidados pós-PCR⁽¹⁷⁾.

Em relação a como ventilar pacientes intubados, verificou-se na presente pesquisa que 88,9% dos pesquisados assinalaram respostas parcialmente corretas, sendo que a maioria não optou pela alternativa “aumentar a FiO₂ (fração inspirada de oxigênio) para 100%”. Já na ventilação do paciente não intubado 85,2% responderam corretamente.

A intubação endotraqueal é realizada com o objetivo de melhorar a ventilação em pacientes sob ventilação mecânica, garantindo via aérea permeável, podendo ser de curta ou longa duração. A FiO₂ refere-se à proporção de oxigênio contida no ar inspirado, no caso da ventilação mecânica, no ar fornecido pelo ventilador, podendo variar de 21% a 100%. Deve-se usar a menor FiO₂ capaz de manter a oxigenação adequada, em torno de 95%⁽¹⁸⁾. Durante a PCR, em pacientes intubados, recomenda-se o uso do dispositivo bomba-válvula-máscara com oferta de O₂ a 100% e frequência de uma ventilação a cada seis a oito segundos. Já após o RCE, na ventilação mecânica, a recomendação é aumentar a FiO₂ para 100% para garantir o aumento da oxihemoglobina arterial e a oferta de oxigênio⁽¹⁵⁾.

Outra habilidade importante no atendimento a PCR é o manuseio do desfibrilador. Quanto sua carga inicial, 70,4% responderam corretamente, já 33,3% responderam de forma incorreta a carga máxima na desfibrilação. O desfibrilador é um equipamento eletrônico usado na PCR para reverter um quadro de fibrilação auricular ou ventricular através de cargas elétricas oferecidas ao paciente. A recomendação das cargas varia de acordo com o tipo de desfibrilador. Em adultos, nos desfibriladores monofásicos a carga mínima é de 120 joules e a carga máxima é de 200 joules, já o desfibrilador monofásico a carga mínima recomendada é de 200 joules e a

carga máxima é de 360 joules, podendo variar de acordo com as especificações do fabricante. Entretanto, deve-se sempre utilizar carga máxima e dar preferência aos bifásicos por resultarem em maior taxa de retorno da circulação espontânea com menor lesão miocárdica⁽¹⁹⁾.

O carrinho de emergência é componente indispensável na UTI e durante o atendimento a PCR. Disponibilidade de materiais e equipamentos no carrinho pode influenciar no sucesso da PCR, sua composição deve levar em conta a legislação vigente, bem como as necessidades e perfil da instituição. De acordo com as recomendações do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), é responsabilidade do enfermeiro tanto a checagem de material quanto seu suprimento⁽²⁰⁾.

Apesar da recomendação do COREN, no Hospital em estudo, segundo suas normas e rotinas, o responsável pelo carrinho de emergência pode ser tanto o enfermeiro como o técnico de enfermagem. Assim, 51,8% dos pesquisados responderam de forma correta sobre quem tem a responsabilidade de checar o carrinho de emergência, sendo tanto os enfermeiros quanto os técnicos de enfermagem.

Segundo a lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional do enfermeiro, no artigo II, afirma que a atuação do enfermeiro é de prestar os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, sendo esse de maior complexidade técnica embasada em conhecimentos de base científica, além de possuir destreza para a tomada de decisões rápidas⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

A Parada Cardiorrespiratória é umas das emergências mais importantes, ela está ligada diretamente à agilidade na prestação dos serviços em saúde. Apesar de todas as tecnologias existentes na atualidade para que assim ocorra um resultado satisfatório, ainda ocorre um grande número de PCRs. Diante dessa informação, faz-se necessário que os profissionais prestadores de serviço à saúde, tenham preparo e conhecimento no atendimento à vítima de PCR. Portanto, o profissional enfermeiro deve ter liderança aprimorada, conhecimento, destreza, exatidão, exercendo fundamental resultado na PCR. Essa pesquisa demonstra a necessidade de atualização de toda a equipe de enfermagem, com capacitação teórica e prática, com o intuito de melhorar a assistência prestada ao paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao o Hospital Regional do Sudoeste (HRS) de Francisco Beltrão, e aos participantes da pesquisa pela atenção e disponibilidade tidas com a pesquisadora, por viabilizarem a coleta de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliveira ADS, Araújo CRS, Cunha DS, Damasceno KEP, Gomes KSMB. Estratégia Saúde da Família: atendimento do enfermeiro à vítima em parada cardiorrespiratória. *Rev. Interdisciplinar Centro Universitário Uninovafapi*. 6(4): 68-74, 2013.
2. Araújo LP, Silva AI, Marinelli NP, Passo MBS, Almeida LMN. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público. *Revista Univap*; 32(18): 2237-1753, 2012.
3. Madeira DB, Guedes HM. Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação cardiopulmonar no atendimento de urgência e emergência. *Rev Enfermagem Integrada*. 3(2): 533-542, 2010.
4. Pereira RSMP, Pinheiro MBGN, Bezerra AMF, Bezerra KKS, Bezerra WKT, Abreu RA, Vieira AL. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano, Paraíba. *Revista Informativo Técnico do seminário*; 9(2): 01-10, 2015.
5. Lino PRP. Parada cardiorrespiratória Cerebral e o papel do enfermeiro. *Revista Ciência saúde Nova Esperança*. 12(2): 87-106, 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 2012. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 2012.
7. Bellan MC, Araujo IEM. Capacitação do Enfermeiro para o Atendimento da Parada Cardiorrespiratória. 2006. 219 p. (Dissertação - Ciências Médicas) Universidade de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2006.
8. Souza SFM, Silva GNS. Parada Cardiorrespiratória Cerebral: Assistência de Enfermagem após a reanimação. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 11(2): 143-57, 2013.
9. Lazzari DD, Schmidt N, Jung W. Educação Continuada em unidade de Terapia Intensiva na Percepção de enfermeiras. *Rev. enfermagem UFSM*. 2(1): 88-96, 2012.
10. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação Continuada em Enfermagem: Uma proposta Metodológica. *Revista Brasileira de enfermagem*. 62(3): 362-6, 2009.
11. Ferreira JVB, Ferreira SMB, Casseb GB. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. *Revista Brasileira de Cardiologia*. 25(6): 464-470, 2012.
12. Timerman S, Gonzalez MMC, Mesquita ET, Marques FRB, Ramires JAF, Quilici AP, Timerman A. Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (ILCOR). Papel nas novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2005-2010. *Rev. Arquivo brasileiro de Cardiologia*. 87(5): 21-208, 2010.
13. Palhares VC, Neto AAP, Dell'Acqua MCQ, Corrente JE. Avaliação da capacitação da enfermagem para a Parada Cardiorrespiratória. *Rev. enfermagem UFPE on line*. 8(6): 1516-1523, jun, 2014.

14. Moura LTR, Lacerda LCA, Gonçalves DDS, Andrade RB, Oliveira YR. Assistência ao Paciente em Parada Cardiorrespiratória em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 16(4): 170-173, 2012.
15. Gonzalez MM, Timerman S, Oliveira RG Polastri TF, Dallan LAP, Araújo S, Lage SG, Schmidt A Bernoche CSM, Canesin MF, Mancuso FJN, Favarato MH. Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Resumo Executivo. *Rev. Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 100(2): 105-113, 2012.
16. Alves CA, Barbosa CNS, Faria HTG. Parada Cardiorrespiratória e enfermagem: O conhecimento Acerca do Suporte Básico de Vida. *Revista Cogitare Enfermagem*. 18(2): 296-301, 2013.
17. AMERICAM HEART ASSOCIATION: Atualização das Diretrizes de RPC e ACE. Tradução: Helio Penna Guimarães, 2015.
18. Cardoso L, Simoneti FS, Camacho EC, Lucena RV, Guerra AF, Rodrigues JMS. Intubação oro traqueal prolongada e indicação de traqueostomia. *Revista da Faculdade de Ciência Médica de Sorocaba*. 13(2): 419-27, 2014.
19. Tallo FS, Junior RM, Guimarães HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. *Revista Brasileira Clínica Médica*. 10(3): 194-200, 2012.
20. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer nº 37/2013. São Paulo, p.6, 2013.
21. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decreto Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. São Paulo, p. 43, 2000.