

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão bibliográfica

Aline Itatielle de Lima*

Betânia Eneida de Moraes Silva**

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) corresponde a emergência mais frequente em unidades de saúde. O atendimento deve ser rápido e eficiente, através da reanimação cardiopulmonar realizada de forma correta, conforme as diretrizes da American Heart Association 2010. A unidade de terapia intensiva (UTI) acolhe pacientes críticos, com comprometimento das funções vitais, possui tecnologia de ponta e equipe multidisciplinar capacitada para prestar o cuidado e o tratamento desses clientes. O presente estudo teve como objetivo reunir conhecimento, através da análise de artigos científicos, a respeito da atuação do profissional enfermeiro durante uma PCR em uma UTI. A partir do estudo realizado pode-se perceber a importância do enfermeiro no atendimento a uma vítima de PCR, apesar da falta de referências bibliográficas sobre o tema. O enfermeiro possui capacidade teórica, prática e legal para atender esse paciente grave e minimizar o risco de mortalidade e sequelas. O enfermeiro intensivista é essencial no atendimento a PCR, por ser o primeiro a acolher, avaliar a vítima e iniciar a reanimação cardiopulmonar com sua equipe. Este estudo proporciona aos profissionais de enfermagem a conscientização sobre a necessidade de domínio correlato aos procedimentos necessários a proteção da saúde do paciente assistido. Sendo também de grande importância para a sociedade, pois diz respeito à preservação da saúde e da vida.

Palavras-chave: Parada cardiorrespiratória. Unidade de terapia intensiva. Enfermagem.

* Graduando em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas (FPM). alineilima@hotmail.com

**Mestre em Promoção de Saúde e Especialista em Saúde Pública e da Família.

ABSTRACT

The cardiopulmonary arrest (CPA) is the most frequent in emergency healthcare units. Care should be fast and efficient, through cardiopulmonary resuscitation performed correctly, according to the guidelines of the American Heart Association 2010. The intensive care unit (ICU) receives critical patients with impairment of vital functions, features cutting edge technology and skilled multidisciplinary team to provide care and treatment of these clients. The present study aimed to gather knowledge through the analysis of scientific articles concerning the role of the professional nurse during a PCR in an ICU. From the study we can realize the importance of nurses in the care of a victim of PCR, despite the lack of bibliography on the subject. The nurse has the theoretical capacity, practical and cool to meet this critical patient and minimize the risk of mortality and sequelae. The intensive nursing care is essential in the PCR, by being the first to welcome, assess victims and begin CPR with his team. This study provides nurses awareness of the need for domain correlative to the necessary procedures to protect the health of the patient treated. Is also of great importance to society ,because speaks the respect the preservation of health and life.

Keywords: Cardiorespiratory arrest. Intensive care unit. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A manutenção das condições vitais é prioritária em um atendimento hospitalar, neste contexto a Unidade de Terapia Intensiva se destaca por apresentar recursos necessários, para a atuação perante condições de extremo risco de morte, tais como, a Parada Cardiorrespiratória (PCR). A PCR se caracteriza por ser uma interrupção súbita e inesperada da circulação sistêmica, bem como da atividade ventilatória, e requer uma atuação rápida e precisa da equipe envolvida no atendimento, pois o tempo é o principal determinante de sucesso, visto que cada minuto perdido reduz a chance de sobrevivência em 10% (GOMES; BRAZ, 2012).

Portanto os profissionais da área da saúde que prestam serviço no atendimento de situações de urgência e emergência devem ter habilidade e capacidade técnicas, bem como possuir um vasto conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados (FILGUEIRAS FILHO et al., 2009).

Considerando que na maioria das vezes o enfermeiro é o membro da equipe, que primeiro se depara com a situação de PCR, este precisa possuir conhecimentos sobre atendimento de emergência, com tomada de decisões rápidas, avaliação de prioridades e estabelecimento de ações imediatas, dentre essas ações a principal é a reanimação cardiopulmonar (BELLAN et al., 2010).

A reanimação cardiopulmonar (RCP) é um conjunto de manobras realizadas logo após uma PCR com o objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea. As manobras de RCP constituem-se, então, na melhor chance de restauração da função cardiopulmonar e cerebral das vítimas de PCR (TALLO et al., 2012).

No ano de 2009, com base em algoritmos, a conduta preconizada pelos profissionais da área de saúde para a realização da RCP, eram duas ventilações de resgate, seguidas de trinta compressões torácicas. No entanto, o suporte atual tem se atido mais a realização das compressões (FERREIRA JUNIOR, 2010).

Algumas manifestações clínicas tais como: dor torácica, sudorese, alterações neurologias, processos hemorrágicos podem preceder a PCR. Já a causa dos quadros de ausência de circulação e ventilação, pode estar relacionada á obstrução das vias aéreas, pneumotórax hipertensivo, infarto agudo do miocárdio, tamponamento cardíaco, hemorragias intracranianas, acidose e alcalose metabólicas, hipoglicemia (PIRES; STARLING, 2006).

Durante a PCR a ausência de circulação provoca hipoperfusão cerebral, especialmente das áreas sub-corticais e dos territórios de fronteira entre as diferentes artérias (PEREIRA, 2010).

A literatura indica que, depois da PCR, a sobrevivência varia de 2 a 49% dependendo do reconhecimento precoce dos sinais de parada cardíaca com ativação rápida do atendimento de emergência, uso imediato de suporte avançado e avaliação de vida, incluindo a desfibrilação elétrica e o uso precoce de agentes farmacológicos (BRIÃO et al., 2009). A taxa de sobrevida pode duplicar ou triplicar quando a ressuscitação cardiopulmonar (CPR) é executada corretamente (ALMEIDA et al., 2010).

O artigo foi realizado através de revisão de literatura, selecionado artigos através de pesquisa bibliográfica realizada na Base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, do Scielo, entre outros, na qual foram utilizadas palavras chaves tais como: Parada Cardiorrespiratória, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem.

Neste sentido, o presente trabalho visa expandir o conhecimento do profissional Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de sua equipe, sobre os procedimentos a serem realizados diante de uma PCR, assim como demonstrar a importância de uma intervenção rápida e efetiva por parte deste profissional (BRIÃO et al., 2006).

2 ANATOMIA CARDÍACA E PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

2.1 Anatomia cardíaca

O coração é um órgão muscular de forma oca, que trabalha como uma bomba contrátil-propulsora. Seu tecido muscular é o estriado cardíaco que configura o miocárdio. Na parte interna do miocárdio encontra-se o endotélio que segue com a camada íntima dos vasos que chegam ou saem do órgão, esta camada interna é o endocárdio. Externamente ao miocárdio situa-se o epicárdio. A cavidade cardíaca é subdividida em quatro câmaras (dois átrios e dois ventrículos) e entre átrios e ventrículos existem aberturas com dispositivos orientadores da circulação sanguínea as valvas cardíacas (DANGELO; FATTINI, 2004).

Os átrios trabalham como câmaras receptoras do sangue das várias partes do corpo; os ventrículos funcionam como câmaras bombeadoras. O átrio direito compõe a porção superior direita do coração. O ventrículo esquerdo forma a porção inferior do coração. O átrio esquerdo estabelece a porção superior esquerda do coração. O ventrículo esquerdo constitui a porção esquerda do coração (JACOB; FRANCONI; LOSSOW, 1990).

O coração é formado por duas bombas diferentes: uma delas bombeia o sangue para os pulmões, enquanto a outra bombeia o sangue que sai dos pulmões para todo o resto do corpo (GUYTON, 2008).

Tem um volume de cerca do tamanho da mão fechada e no homem normal pesa aproximadamente 300g. A parede do coração possui três camadas diferentes: o epicárdio (camada externa, o pericárdio visceral), o miocárdio (camada média

muscular) e o endocárdio (camada interna do endotélio) (JACOB; FRANCONI; LOSSOW, 1990).

O órgão cardíaco possui o formato de um cone truncado, com base, ápice e faces (esternocostal, diafragmática e pulmonar). A base cardíaca não tem demarcação clara, por corresponder à região ocupada pelas raízes dos grandes vasos da base do coração, vasos que transportam o sangue que entra ou sai do coração. Encontra-se localizado na cavidade torácica, atrás do esterno, acima do músculo diafragma sobre o qual em parte repousa, no espaço compreendido entre os dois sacos pleurais (mediastino) (DANGELO; FATTINI, 2004).

2.1.1 Ciclo cardíaco

O coração exibe um ciclo rítmico definido de contração (sístole) e relaxamento (diástole). O ciclo está geralmente dividido em oito fases: contração isovolumétrica, ejeção máxima, ejeção reduzida, protodiástole, relaxamento isovolumétrico, enchimento rápido, enchimento reduzido e contração atrial. Todo o ciclo cardíaco dura cerca de 0,8 segundo. A sístole normalmente ocupa cerca de 30 por cento do ciclo. O efeito principal do aumento do ritmo cardíaco no ciclo é de diminuir a duração da diástole (JACOB; FRANCONI; LOSSOW, 1990).

2.1.2 Sons cardíacos

O fechamento das valvas cardíacas está associado a um som audível. O primeiro som ocorre quando as valvas mitral e tricúspide fecham, marcando o início aproximado da sístole; o segundo ocorre com o fechamento das valvas semilunares pulmonar e aórtica seguindo o final da sístole. O primeiro som, “tum”, é suave, pouco marcado e relativamente longo. O segundo som, “tac”, é mais curto e preciso e mais marcado que o primeiro, coincidindo com a incisura da curva de pressão aórtica (JACOB; FRANCONI; LOSSOW, 1990).

O coração possui um sistema especial para o controle de sua ritmicidade, que é formado pelo nodo sinoatrial (o nodo SA), situado na parede do átrio direito, próximo ao ponto de entrada da veia cava superior; o nodo atrioventricular (o nodo AV), situado no septo atrial, perto do ponto onde os dois átrios fixam-se aos ventrículos; e um sistema de grandes fibras cardíacas, de condução muito rápida, as fibras de Purkinje, condutoras do impulso cardíaco com grande velocidade, desde o nodo AV para todas as regiões dos dois ventrículos (GUYTON, 2008).

O número de vezes em que o coração se contrai, ou bate, em cada minuto, é conhecido como frequência cardíaca, ou frequência do pulso. No repouso, a frequência cardíaca de pessoa normal é, em média, de 70 batimentos/ minuto (faixa de 65 a 75 batimentos/ minuto) (DAVIES; BLAKELEY; KIDD, 2002).

2.2 Parada cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a interrupção abrupta da circulação sistêmica e da respiração, caracterizada pela deficiência de responsividade, apneia e pela carência de atividade mecânica cardíaca, confirmada por pulso não detectável. Sua etiologia é variável de acordo com a idade do indivíduo (FERNANDES, 2010).

A suspensão brusca da circulação sistêmica e da respiração é chamada de PCR. Pode ser ocasionada por: infarto agudo do miocárdio, obstrução de vias aéreas, hemorragia intensa, quase-afogamento, eletrocussão, abuso de drogas ilícitas e intoxicação por gases tóxicos (COREN, 2010).

A maioria das PCR ocorre em adultos do sexo masculino. As causas principais identificadas são a doença cardiovascular, choque séptico, tromboembolismo pulmonar e falência cardíaca. O trauma é a segunda causa mais frequente do PCR em adultos jovens. A causa principal do PCR em crianças é a falência respiratória. Os distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos básicos também são tidos como causas predisponentes (YAMASHITA et al., 2006).

São fatores importantes para a ocorrência de PCR: eventos e anteriores de taquicardia ventricular (TV), infarto agudo do miocárdio (IAM), miocardiopatia dilatada, hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiomiopatia hipertrófica, síndrome

de Wolff Parkinson White com fibrilação atrial. Sendo o trauma a segunda causa mais comum, principalmente em adultos jovens (ARAÚJO et al., 2008).

Os sintomas da PCR conforme Rocha (2011) são uma tríade: vítima inconsciente, ausência de respiração e pulso em grande artéria (o principal sinal da parada cardiopulmonar, sendo o mais específico – ausência de pulso carotídeo no adulto e braquial no bebê).

A PCR é uma situação de grande estresse, uma vez que a única chance de sobrevivência do paciente está vinculada a identificação precoce deste evento e a intervenção rápida e eficaz a fim de possibilitar o retorno espontâneo da ventilação e circulação, com o mínimo de sequelas (TIMERMAN et al., 2010).

Essa interrupção rápida das funções circulatória e respiratória está cada vez mais frequente em unidades de urgência e emergência, o que torna necessárias ações diagnósticas e clínicas com a finalidade de reverter essa PCR (MADEIRA; GUEDES, 2010).

Para o paciente em PCR, o “tempo é cérebro”, a reanimação cardiorrespiratória deve ser realizada rapidamente, sendo que o SBV sem a desfibrilação é insatisfatória para manter a vida por longo tempo. Estudos comprovam que vítima desfibrilada em até 8 minutos após a parada cardiopulmonar tem mais chances de sobrevivência (ROCHA, 2011).

As PCRs são culpadas pela morte de 500.000 vítimas por ano no Brasil. Com o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA) em que é possível desfibrilar a vítima ainda no local da emergência, onde se ganha tempo e diminui o risco de morte. Com o DEA foi comprovado um aumento de cerca de 70% de chance de sobrevivência desses pacientes. O momento entre a emergência e o atendimento é denominado “Golden Hours”, esse tempo está relacionado aos danos cerebrais pela falta de oxigenação que deve ser o menor possível (SOMITE, 2007).

A falta de circulação sanguínea durante a PCR causa hipoperfusão cerebral que leva a isquemia prévia em áreas lesionadas. Ações clínicas com intenção de resguardar a vida do paciente após a PCR melhoram o prognóstico, por outro lado a sobrevivência de clientes com sequelas neurológicas graves aumentam (PEREIRA, 2008).

O número de óbitos causados por parada cardiorrespiratória chega a 200 mil mortes por ano no Brasil e o resultado do atendimento na Parada Cardiorrespiratória está diretamente ligado à rapidez e à qualidade da assistência prestada pela equipe.

A chance de o paciente se recuperar depende em grande parte da aplicação imediata, segura e eficiente dos procedimentos de reanimação (ROCHA et al., 2012).

A mortalidade causada pela PCR está cada vez mais frequente em unidades de urgência, a sobrevida ocorre entre 5% e 35% desses pacientes. Os clientes que foram reanimados, a sua maioria permanece com problemas neurológicos, ocasionados pelas lesões ocorridas durante a falta de circulação ou na reperfusão (PEREIRA, 2008).

Para que haja redução na mortalidade por PCR, o atendimento deve ser rápido e qualificado pela gravidade do caso, deve ser iniciado por leigos com conhecimento em suporte avançado de vida e em seguida por profissionais de saúde com capacitação em suporte avançado de vida (MOURA et al., 2012).

O Suporte Avançado de Vida envolve o atendimento às emergências cardiovasculares principalmente unidades de urgência, com o reconhecimento e realização precoces das manobras de ressuscitação cardiopulmonar com foco na realização de compressões torácicas de boa qualidade, assim como na rápida desfibrilação. A prática rápida da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) colabora sensivelmente para uma maior sobrevida (GONZALES et al., 2012).

Conforme Tallo et al. (2012) no Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE) deve-se: reconhecer imediatamente a PCR, iniciar as compressões torácicas com ênfase, realizar rápida desfibrilação, ter suporte avançado de vida eficaz e prestar cuidados após a PCR agregados.

A reanimação é de extrema importância para garantir o fluxo de sangue oxigenado para o cérebro e, por esta razão, melhora a sobrevida e garante melhor prognóstico ao paciente. O acompanhamento destes pacientes, tanto no âmbito assistencial como na pesquisa, está comprometido devido à qualidade dos registros que, na grande maioria das vezes, encontram-se desorganizados, inconsistentes, difíceis de ler e de entender (LOPES et al., 2012).

Quando o coração pára, o processo de escolha para manter a circulação é a massagem cardíaca externa. Esta deve ser iniciada, logo que possível, após a parada do coração. Se um período de quatro minutos se passar após a parada, poderá haver lesão irreversível do encéfalo (JACOB; FRANCONI; LOSSOW, 1990).

A RCP é definida como o conjunto de manobras reanimação cardiopulmonar (RCP) como o conjunto de manobras concretizadas logo após uma PCR com o

objetivo de manter artificialmente o fluxo arterial ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea (RCE). As manobras de RCP constituem-se, então, na melhor chance de restauração da função cardiopulmonar e cerebral das vítimas de PCR (TALLO et al., 2012).

Para atendimento de um paciente em PCR, que não esteja com ventilação mecânica, inicia-se com as compressões torácicas, utilizando o CAB (compressões torácicas, via aérea, respiração) ao invés de ABC (via aérea, respiração, compressões torácicas), com compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos. A circulação tem como meta promover um aporte sanguíneo para os órgãos (cérebro, coração, rins entre outros) mediante a compressão torácica externa num ritmo de no mínimo 100 vezes por minuto (NEUMAR, 2010).

Os profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência devem iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C-A-B, compressões torácicas, via aérea, respiração) em vez de (A-B-C, via aérea, respiração, compressões torácicas). Iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, diminui a demora em aplicar a primeira compressão. A profundidade da compressão em adultos foi ligeiramente alterada para, no mínimo, 2 polegadas (cerca de 5 cm), em lugar da faixa antes recomendada de cerca de 1 a 2 polegadas (4 a 5 CM), desde que o cliente não esteja intubado (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

De acordo com Pereira (2010) os cuidados após a PCR são direcionados a resguardar as funções orgânicas (em especial a cerebral), para que se evite o progresso da lesão. O enfoque inicial necessita da realização do eletrocardiograma (verificação da possível causa da PCR), radiografia de tórax (para exclusão de iatrogenias associadas as manobras de reanimação, como pneumotórax e fraturas de costelas) e gasometria (com dosagem de eletrólitos e ácido láctico), abaixo seguem os cuidados aos pacientes nas primeiras 48 horas após a PCR:

Os sobreviventes de uma PCR podem ter complicações graves e muitas vezes irreversíveis. Uma das explicações é que após a RCP, um processo fisiopatológico envolvendo múltiplos órgãos se inicia podendo ocorrer lesões neurológicas e outras disfunções orgânicas. Entretanto, a gravidade das complicações varia e até mesmo pode inexistir (RAVETTI et al., 2009).

Os contextos que a PCR pode acontecer são variáveis. No ambiente hospitalar, esta pode se apresentar tanto em locais menos equipados, quanto em

lugares muito bem equipados, ou seja, verifica-se que PCR é um problema comum entre as especialidades médicas, devendo ser atendida em qualquer área hospitalar. As áreas necessitam estar equipada e preparada para atendê-la. Nesse sentido, a UTI é considerada adequada para oferecer melhor tratamento ao paciente em estado crítico, uma vez que concentra uma infra-estrutura própria com fornecimento de materiais e equipamentos necessários, assim como profissionais aptos para a realização da assistência especializada (SILVA; PADILHA, 2011).

3 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O tratamento intensivo é conceituado como uma área de atuação multiprofissional, localizada em ambiente hospitalar. Refere-se aos cuidados de pacientes com comprometimento das funções vitais, gerado por falha do organismo decorrente de enfermidades, traumas ou envenenamentos (ORLANDO, 2002).

É um setor da unidade hospitalar que possui cuidados médicos, de enfermagem contínua, equipe multidisciplinar, aparelhos especializados adequados para o setor, em busca da melhora do paciente. Surgiu a partir da precisão de se aprimorar e agrupar recursos financeiros e humanos para o acolhimento das vítimas em estados graves e críticos, em um setor fechado e especializado (SOMITE, 2007).

A UTI é um ambiente de alta complexidade, que tem como objetivo concentrar pacientes em estado crítico ou de alto risco e tecnologias suficientemente qualificadas para o adequado tratamento e cuidado. No que tange à qualificação profissional, para além do processo de formação profissional, a requalificação constante é uma necessidade permanente (INOUE; MATSUDA, 2009).

São serviços de Tratamento Intensivo, conforme a Portaria nº 466 de 04 de junho de 1998: Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), conjunto de informações funcionalmente aliados, proposto ao acolhimento de clientes graves ou de risco que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem contínuos, além de equipamento e recursos humanos especializados. Já a Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Semi-Intensiva) propõe o acolhimento de pacientes, preferencialmente vindos da UTI, que demandem de cuidados de enfermagem intensivos e observação

ininterrupta, sob supervisão e acompanhamento médico, contamos também com o Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, que se compõe de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados e uma frota de veículos devidamente projetados e equipados, propostos a garantir suporte avançado de vida durante o transporte de pacientes graves ou de risco, no atendimento de emergência pré-hospitalar e no transporte inter-hospitalar. (BRASIL, 1998).

As Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) são divididas de acordo com a faixa etária do paciente, a seguir os parâmetros utilizados: Neonatal que acolhem pacientes de 0 a 28 dias; Pediátrica: recebem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, conforme as normas da unidade e Adulto que atendem a clientes maiores de 14 ou 18 anos, segundo o regulamento hospitalar (SOMITE, 2007).

Com a tecnologia avançada, novas terapias vêm aumentando a expectativa de vida e o crescimento das doenças crônicas que carecem de cuidados intensivos, em algum momento, são fatores que têm apontado o acelerado desenvolvimento da terapia intensiva. O que leva a falta de leitos em UTI (CORONETTI et al., 2006).

A UTI é um setor complexo, individualizado que presta cuidado aos pacientes mais graves da unidade hospitalar. A UTI corresponde a 5 a 10% dos leitos de um hospital e seu alto custo consome 35% dos recursos por ser um tratamento especializado (DI LEONI, 2006).

A internação hospitalar gera estresse para pacientes e familiares, a hospitalização em UTI causa desestabilização físico-emocional pelo afastamento provisório, risco de morte, dúvida sobre o tratamento e possível cura e falta de apoio psicossocial (PINHO; SANTOS, 2008).

A equipe multidisciplinar intensivista é constituída por: médicos intensivistas, responsáveis pelo cuidado médico e pelo plano diagnóstico e terapêutico; enfermeiras intensivistas responsáveis pela avaliação e preparação da prescrição de enfermagem de forma individualizada e sistematizada. A equipe multiprofissional é composta por auxiliar de enfermagem, agente de transporte, auxiliar administrativo, auxiliar de higiene hospitalar, fisioterapeutas, nutricionistas e voluntárias, com a finalidade comum, a melhora do paciente (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Toda UTI deve conter, no mínimo, a seguinte equipe básica multiprofissional: um responsável técnico, com título de especialidade em medicina intensiva, um enfermeiro chefe, um médico diarista para cada 10 leitos ou fração, especialista

em medicina intensiva, um fisioterapeuta; um auxiliar de serviços diversos/secretária. (BRASIL, 1998).

A unidade de cuidados intensivos é uma unidade fechada, promove a organização das ações dos profissionais que ali atuam e que reduz entrada a outras de outras pessoas. A estrutura física e as aparelhagens utilizadas despertam curiosidade a todos que adentram esse setor. Os pacientes graves e a intensa agilidade dos profissionais intensivistas, torna a UTI, para algumas pessoas um ambiente hostil (MARUITI; GALDEANO, 2007).

A UTI tem como particularidade ser um setor ter alta tecnologia, ter ocorrências emergenciais que devem ser tratadas com rapidez e destreza no atendimento ao paciente. Embora tenha essas características o número de mortalidade é elevado, o que faz com que clientes e familiares relacionem a UTI com a morte ou vida sequelas o que traz dependência (BOLELA; JERICÓ, 2006).

A UTI é um local de internação hospitalar que atuam profissionais especializados com tecnologia atualizada de alto custo para acolher vítimas graves com chance de melhora e sobrevida. A equipe intensivista possui informação especializada e capacidades a mais que as adquiridas na graduação. Embora o número de pacientes seja menor, o cuidado prestado necessita de maior intensidade, monitoramento interrupto e verificação contínua de parâmetros clínicos e laboratoriais, além de outros procedimentos relacionados ao amparo do paciente grave (INOUE; KURODA; MATSUDA, 2011).

Trata-se de cuidados contínuos conforme Orlando (2002) o nível mais complexo e avançado na hierarquia do atendimento hospitalar, com as seguintes funções: prevenir o surgimento, ou evitar a progressão, de estados deletérios prejudiciais ao equilíbrio emocional, promover a recuperação completa ou parcial de estados mórbidos que comprometeram agudamente a saúde de paciente previamente hígido, restabelecer, temporária e parcialmente, a harmonia orgânica afetada por intercorrências agudas em indivíduos cronicamente doentes, prolongar vidas, desde que a qualidade seja compatível com a dignidade dos seres humano, zerar pelo bem-estar e conforto dos pacientes terminais, evitando a prática da distanásia. Ações realizadas a fim de reduzir a morbidade e mortalidade.

A estrutura da UTI deve apoiar pacientes graves, com possível risco de morte. Com o envelhecimento da população os pacientes que resistem a enfermidades

previamente letais que se tornam crônicos, são desafios para o equilíbrio entre oferta de serviços e uso racional de recursos (FERNANDES et al., 2011).

O estresse presente na equipe intensivista deve-se aos seguintes fatores: dificuldade de lidar com a morte, que ocorre de forma frequente, as frequentes ocorrências emergenciais, a escassez de profissionais e materiais, o ruído constante das aparelhagens; o despreparo para lidar com as frequentes mudanças do arsenal tecnológico, o sofrimento dos familiares, o conflito no relacionamento entre os profissionais; dentre outros (CORONETTI et al., 2006).

A PCR é presente na unidade de terapia intensiva e representa a mais grave emergência clínica, para tentar reverter esse quadro utilizam-se as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 2009).

A PCR é uma ocorrência frequente em UTI, por atender vítimas graves, com volubilidade hemodinâmica marcante, carecendo da equipe o aperfeiçoamento de suas capacidades cognitivas, motoras e atualização sobre as manobras de reanimação (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006).

4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O enfermeiro detém a capacidade técnica, prática e legal para acolher a vítima de PCR e iniciar os procedimentos necessários para que diminua o risco de sequelas e morte. Os profissionais que atuam em emergência devem estar atualizados nas mudanças dos protocolos do American Heart Association (MOURA et al., 2012).

Os profissionais de saúde devem estar sempre atualizados e prontos para um possível atendimento nos pacientes em PCR, a unidade de saúde carece de um investimento ininterrupto em educação continuada, para que o cuidado seja prestado com rapidez e de forma correta. É importante o conhecimento técnico científico da equipe, com a padronização dos procedimentos a serem realizados conforme o protocolo da instituição (SILVA; HOLANDA, 2011).

A reanimação cardiorrespiratória precisa ser sistematizada, conforme o suporte avançado de vida e imediata. A equipe intensivista deve atender em harmonia, simultaneidade e de forma qualificada. A equipe de enfermagem deve estar habilitada para o atendimento rápido da vítima com PCR, por ser a emergência clínica mais grave que pode acontecer (COREN, 2010).

Os profissionais de enfermagem devem assegurar a vítima de PCR, ventilação e circulação artificial até a vinda do médico, portanto devem ser capacitados para tal, com atendimento ágil, eficaz e capacidade teórica e prática. Bem como conhecer e saber manejar os materiais contidos no carro de emergência (COREN, 2010).

Os profissionais de enfermagem, comumente, são os primeiros a agir e iniciarem as manobras de suporte avançado de vida, uma vez que fica grande período de tempo próximo ao paciente, sobretudo do criticamente doente, e ainda possuem habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas intrínsecas à sua profissão (BERTOGLIO et al., 2008).

Os profissionais de enfermagem que prestam o primeiro atendimento de uma PCR devem: realizar massagem torácica e ventilação por máscara, até que o médico intensivista ou plantonista assuma as técnicas, a partir desse momento o enfermeiro deverá auxiliar nos procedimentos de intubação, administração de drogas, monitoramentos diversos e outros mais que sejam cabíveis no momento (MENEZES et al., 2009).

Segundo Braga e Melleiro (2009) o processo de qualificação profissional tem como um de seus principais objetivos a atualização e o aprimoramento em razão das constantes mudanças nos campos científico e tecnológico, visando o atendimento das necessidades que os trabalhadores apresentam em seus processos de trabalho. Portanto, cabe a equipe de enfermagem buscar aperfeiçoamento no atendimento de PCR, por meio de capacitações, treinamentos e reciclagem.

A PCR e a ressuscitação cardiopulmonar é a emergência mais frequente nas unidades de urgência. Por isso, a educação continuada dos profissionais atuantes nesse setor, através de treinamentos em manobras de ressuscitação cardiopulmonar, enriquece o atendimento e proporciona melhoria no atendimento da vítima (MADEIRA; GUEDES, 2010).

O atendimento da PCR adequado depende da assistência correta, rápida e de uma equipe capacitada. A padronização dos cuidados durante a PCR é importante na sobrevivência da vítima. O enfermeiro deve acompanhar as diretrizes publicadas em benefício do cliente (MENEZES et al., 2009).

Destaca-se ainda, que para o sucesso do atendimento, é fundamental uma infra-estrutura adequada, que possibilite atendimento com o máximo de eficiência e um mínimo de riscos para o paciente e equipe (PAZIN-FILHO et al., 2003). Ainda, torna-se imprescindível um trabalho harmônico e sincronizado entre os profissionais, visto que a atuação em equipe é importante para a recuperação do paciente. Por fim a PCR é um grave e frequente problema nas UTIs que requer condutas rápidas e corretas para garantir o melhor atendimento e principalmente a manutenção da vida.

O papel do enfermeiro e da equipe multiprofissional intensivista no atendimento a vítima e PCR e após a pós-PCR devem estar no protocolo da unidade de saúde, onde devem estar descritas as funções de cada profissional de forma atual. Nos cuidados após a reanimação, carecem de monitorização contínua dos sinais vitais e dos parâmetros hemodinâmicos. As manobras de reanimação na PCR precisam ser realizadas por equipe capacitada, sugere-se que o atendimento seja realizado por três a cinco profissionais capacitados, sempre por pelo menos um enfermeiro (COREN, 2010).

O enfermeiro deve acolher o cliente diretamente, coordenar e capacitar através de educação continuada a equipe de enfermagem, criar com os médicos um protocolo institucional do atendimento a PCR, para que haja uma prestação de cuidados adequada, sem negligência, imprudência e imperícia (COREN, 2010).

O enfermeiro intensivista é essencial no atendimento a PCR, por ser o primeiro a acolher, avaliar a vítima e iniciar a reanimação cardiopulmonar com sua equipe. Ele deve reanimar o paciente, monitorar o ritmo cardíaco, verificar os sinais vitais, administrar medicações conforme prescrição médica, anotar as intercorrências, chamar o médico plantonista e apoiar os familiares. A equipe de enfermagem deve ser treinada adequadamente, principalmente a que trabalhe na UTI (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006).

Os profissionais de enfermagem que atuam na UTI possuem conhecimento individualizado e técnicas a mais do que as ensinadas na graduação. São impostos cuidados de um menor número de pacientes, que por outro lado necessitam de maior vigilância, monitorização ininterrupta, administração de medicamentos

frequentes, verificação de sinais vitais continuamente, interpretação de exames laboratoriais e outros procedimentos que são necessários para o atendimento do paciente crítico (INOUE; KURODA; MATSUDA, 2011).

Cada profissional da UTI utiliza sua informação sobre o mundo e sua vida para oferecer o cuidado. Os profissionais de enfermagem utilizam a conversa, interação interpessoal, técnicas e procedimentos para cuidar. Contudo, em certos momentos, a maneira em que se cuida mostra-se incoerente a adequada forma de se prestar o cuidado (PINHO; SANTOS, 2008).

As ações individualizadas e complexas que o profissional de enfermagem executa na UTI, necessitam de sistematização e organização de seus cuidados para que haja uma assistência adequada (TRUPPEL, 2009).

Em geral, os enfermeiros realizam técnicas difíceis e que envolvem risco ao paciente, além de serem responsáveis pelos procedimentos realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Por serem pressionados, cobrados constantemente ocasiona ansiedade, tensão e estresse. (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

Nesse sentido fica evidente que o presente estudo é também uma tentativa de contribuir para ampliação da literatura circulante sobre o tema bem como incentivar a existência de mais estudos na área.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva requer atenção especializada por parte de toda a equipe, os cuidados devem ser redobrados, tamanha a vulnerabilidade que os pacientes neste setor se encontram. As equipes de trabalho precisam ser coesas, e ter clara a noção de complementaridade.

A parada cardiorrespiratória devido a suas complicações necessita de intervenção imediata para sanar as necessidades do organismo dos pacientes. O tempo de reação deve ser imediato para socorrer e os profissionais de enfermagem devem estar atentos e preparados para atuar de forma assertiva.

Este trabalho pretende ser fonte de discussão para o assunto e que o mesmo seja meio de modificação de atitudes se necessário, percebemos também a necessidade dos profissionais estarem sempre atualizados podendo utilizar de seu conhecimento para benefícios dos pacientes.

É necessário que outros estudos dessa natureza sejam realizados na busca de evidências e maior conhecimento a respeito da atuação do enfermeiro na parada cardiorrespiratória em UTI.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. O. et al. O conhecimento teórico da Enfermagem no atendimento de urgência e emergência. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 22, n. 2, apr./jun. 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE**. 2010. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

ARAÚJO, K. A. et al. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. v. 26, n. 2, p. 183-190, 2008. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02_abr_jun/V26_N2_2008_p183-190.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

BELLAN, M. C. et al. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 20, n. 2, apr./jun. 2008.

BELLAN, M. C. et al. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 6, p. 1019-1027, 2010.

BERTOGLIO, V. M. et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 454-60, set. 2008.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 10, n. 2, p. 301-308, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-81452006000200019t>. Acesso em: 25 abr. 2013.

BRAGA, A. T.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600012&scriptsci_arttext>. Acesso em: 20 jun.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/61465378/Portaria-n%C2%BA-466>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

BRIÃO, R. C. et al. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico, após treinamento em parada cardiorrespiratória. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 87, n. 5, nov. 2006. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 61. 2009, Fortaleza. **Protocolo de ressuscitação cardiopulmonar e a Prática dos enfermeiros de unidade de terapia Intensiva**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01623.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **CAT nº 030/2010**: atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória (PCR). São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/sites/default/files/030_2010%20-%20Atendimento%20ao%20paciente%20em%20PCR%20_Atualizado.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/394.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Básica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

DAVIES, A.; BLAKELEY, A. G. H.; KIDD, C. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DI LEONI, C. B. R. **O impacto da implantação de rotina por intensivista numa Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital de médio porte: resultados preliminares**. 2006. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Gestão em Saúde da Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12313/000590616.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

FERNANDES, A. P. et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 23, n. 6, p. 757-763. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600007>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

FERNANDES, H. S. et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v. 9, n. 2, p. 129-137, mar./abr. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. v. 19, n. 3, p. 310-315, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a09v19n3.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

FERREIRA JUNIOR, D. A. **Manobras de reanimação cardiorrespiratória no ensino Fundamental: uma proposta da educação física**. Volta Redonda, 2010. 52f. Dissertação (Mestrado em Fundação Oswaldo Aranha. Centro universitário Volta Redonda - UNIFOA, Volta Redonda, 2010.

FERREIRA, J. V. B.; FERREIRA, S. M. B.; CASSEB, G. B. Perfil e Conhecimento Teórico de Médicos e Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. **Revista Brasileira de Cardiologia**. v. 25, n. 6, p. 464-470, nov./dez. 2012.

FILGUEIRAS FILHO, N. M. et al. Avaliação do conhecimento geral de médicos emergencistas de hospitais de Salvador – Bahia sobre o atendimento de vítimas

com parada cardiorrespiratória vista Latino-Americana de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.17, n. 1, jan./fev. 2009.

FREITAS, E. R. F. S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_04.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

GOMES, J. A. P.; BRAZ, M. R. Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Cadernos UniFOA**. n. 18. 2012.

GUYTON, A. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

GONZALES, M. M. et al. **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://de-ressuscitacao-cardiopulmonar-e-cuidados-cardiovasculares-de-emergencia-daociedade-brasileira-de-cardiologia-resumo-executivo/>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S008062342005000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 25 abr. 2013.

INOUE, K. C.; KURODA, C. M.; MATSUDA, L. M. Nursing activities scores (NAS): carga de trabalho de enfermagem em UTI e fatores associados. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 10, n. 1, p. 134-140, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14915>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI adulto de um hospital ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

JACOB, S. W.; FRANCONI, C. A.; LOSSOW, W. J. Anatomia e fisiologia humana. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

LOPES, J. L. et al. Sistematização do registro eletrônico de atendimento da parada Cardiorrespiratória. **J. Health Inform**. v. 4, n. 1, p. 17-22, jan./mar. 2012.

MADEIRA, D. B.; GUEDES, H. M. Parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no atendimento de urgência e emergência: uma revisão bibliográfica. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga, v. 3, n. 2, p. 533-542, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artcardiorrespiratoria-e-ressucitacao-cardiopulmonar.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-43, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

MENEZES, M. G. B. et al. O conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre Atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui / MG. **SynThesis Revista Digital FAPAM**. Pará de Minas, v. 1, n. 1, p. 293-307, out. 2009. Disponível em: <http://www.fapam.edu.br/revista/upload/8092009182430artigo_PCR-MARISA.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

MORESI, E. **Metodologia de Pesquisa**. Universidade Católica de Brasília, 2003.

MOURA, L. T. R. et al. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Mocolândia, v. 13, n. 2, p. 419-427, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/225/pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

NEUMAR, R. W. et al. Adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**. Dallas, v. 122, n. 18, p. 729-767, nov. 2010.

ORLANDO, J. M. C. **UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAZIN-FILHO, A. et al. **Parada cardiorrespiratória (PCR)**. In: Simpósio: de Urgências e Emergências Cardiológicas, Medicina. Ribeirão Preto, v. 36, p. 163-178, abr./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.leffa.pro.br/textos/abnt.htm#5.16>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

PEREIRA, J. C. R. G. Abordagem do paciente reanimado pós-parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Lisboa, v. 20, n. 2, p.

190-196, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/13.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

PEREIRA, J. C. R. G. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 6, nov./dez. 2010.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

PIRES, M.T.B.; STARLING, S.V. **Manual de Urgências em Pronto-Socorro**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RAVETTI, C. G. et al. Estudo de pacientes reanimados pós-parada cardiorrespiratória intra e extra-hospitalar submetidos à hipotermia terapêutica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 369-375, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n4/v21n4a06.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

ROCHA, F. A. S. et al. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciências saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232000000100016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2012.

ROCHA, M. P. S. Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência. **AVM Instituto**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SILVA, C. C. S.; HOLANDA, A. R. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 15, n. 4, p. 447-454, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10329>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

SILVA, S. C; PADILHA, K. G. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. **Rev. esc. enferm**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 361-365. 2011. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000400008>>. Acesso em: 18 ago. 2012.

SOMITE. SOCIEDADE MINEIRA DE TERAPIA INTENSIVA. **Projeto UTI na praça: o objetivo é a vida.** 2007. Disponível em: <<http://www.somiti.org.br/documentos/cartilha.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

TALLO, F. S. et al. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. **Revista Brasileira Clínica Médica.** São Paulo, v. 10, n. 3, p. 194-200, maio/jun. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

TIMERMAN, S. et al. Rumo ao Consenso Internacional de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência 2010 da Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação. **Terapia Intensiva: Enfermagem.** 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a009.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 109-115.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 221-227, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a08v62n2.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

ZANINI, J.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C. Parada e Reanimação Cardiorrespiratória: Conhecimentos da Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 18, n. 2, p. 143-147, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n2/a07v18n2.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

YAMASHITA, M. A. A.; GUERRA, M. R. A.; SIMÕES, R. O. Ressuscitação Cardiorrespiratória Cerebral. **Terapia Intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 275-295.

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento a todos que contribuíram de uma forma direta ou indireta para a realização desse trabalho e de forma especial a Deus pelo dom da

vida, pois sem Ele esse trabalho não seria realizado. A meus familiares, especialmente aos meus pais Cleusa Teodoro de Lima e José dos Anjos de Lima. Ao meu namorado Cassio Silva pela sua paciência perante minha ausência. A minha orientadora Ms. Betânia Eneida de Moraes Silva pela competência, disponibilidade, paciência e compreensão durante todo o período de elaboração desse trabalho. Aos componentes da banca de defesa pelas sugestões e correções enriquecedoras incorporadas ao nosso trabalho.