**FACULDADE DAMA**

HELENA PEREIRA KARPINSKI

LEANDRO NOGATH DOBRYCHTOP

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATORIA E SEUS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

**CANOINHAS - SC**

**2021**

**HELENA PEREIRA KARPINSKI**

**LEANDRO NOGATH DOBRYCHTOP**

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PARADA CARDIORRESPIRATORIA E SEUS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Projeto apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade e Escola Técnica DAMA como trabalho de conclusão de curso sob orientação da Profª Andréia Silva.

**CANOINHAS - SC**

**2021**

# **RESUMO**

**Introdução:** A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada a principal causa de morbimortalidade, e, para evitar danos futuros ao paciente o início das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) devem ser rapidamente iniciados, necessitando o paciente, de um atendimento rápido e eficaz. A PCR é um evento que todo ano no Brasil acomete cerca de 200.000 vítimas no meio extra-hospitalar e intra-hospitalar, sendo que 50% dos casos ocorrem em meio intra-hospitalar e 50% no meio extra-hospitalar. É entendida como a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular útil e suficiente e da respiração, tal situação exige uma abordagem e assistência de enfermagem capacitada e de qualidade. Em uma PCR as aplicações de RCP devem ser realizadas de forma precoce e efetiva, pois, a cada minuto de PCR, as chances de sobrevida diminuem em cerca de 10%, ou seja, cada segundo custa um pouco do tempo de vida do paciente. É de responsabilidade do enfermeiro atualizar-se e estar preparado para capacitar e guiar a sua equipe frente a uma PCR, proporcionando um atendimento eficaz e de qualidade. **Objetivo:** relatar através de revisão bibliográfica a importância da capacitação do profissional enfermeiro frente a uma PCR em adultos e os reflexos na equipe de enfermagem.

Conclusão: ??????

Trocar vale por custa.

Rever objetivo: identificar o papel do Enfermeiro na PCR e seus reflexos na equipe de enfermagem ?!

**Palavras–chave: enfermeiro; PCR; equipe.**

**LISTA DE ABREVIAÇÕES**

PCR – Parada Cardiorrespiratória;

RCP – Ressuscitação Cardiopulmonar;

SBV – Suporte Básico de Vida;

SAV – Suporte Avançado de Vida;

AHA – American Heart Association;

Parada Cardiorrespiratória Intra Hospitalar(PCRIH)

Parada Cardiorrespiratória Extra Hospitalar (PCREH)

1. INTRODUÇÃO

Segundo Marques et al (2019), a maior causa de parada cardiorrespiratória no mundo é a doença coronariana. No brasil, as doenças circulatórias são a primeira causa de ocorrência de PCR, sendo que dessas causas, 31% corresponde ao infarto agudo do miocárdio (IAM).

 A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é um evento que todo ano no Brasil acomete cerca de 200.000 vítimas no meio extra-hospitalar e intra-hospitalar, sendo que metade dos casos ocorrem em meio intra-hospitalar e a outra metade no meio extra-hospitalar. A PCR é caracterizada pela ausência das funções pulmonares e cardíacas, fazendo com que todos os outros órgãos deixem de receber oxigênio para que se mantenha sua manutenção vital (GONZALEZ et al, 2013).

A PCR é considerada a principal causa de morbimortalidade, e que, para evitar danos futuros ao paciente o início das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) devem ser rapidamente iniciados, necessitando o paciente, de um atendimento rápido e eficaz.

Vieira (2009 *apud* Lima, 2014) enfatizam a relevância da equipe enfermagem no primeiro atendimento a vítima de PCR, enfatizando também que os mesmos são de suma importância, sendo estes profissionais, que acionam a equipe, iniciam as manobras de RCP e prestam a assistência de maneira ininterrupta para o paciente quando o mesmo se encontra em PCR. Com isso, Andrade et al, (2021) ressaltam a importância do profissional enfermeiro no atendimento a PCR e que o mesmo necessita estar sempre familiarizado com as novas diretrizes de atendimento, para prestar a assistência com a maior qualidade possível.

O enfermeiro deve-se preparar de forma técnica para enfrentar eventos inesperados, também, deve estar capacitado e atualizado para realizar intervenção e diagnóstico precoce. É de responsabilidade do enfermeiro atualizar-se e estar preparado para capacitar e guiar a sua equipe frente a uma PCR, proporcionando um atendimento eficaz e de qualidade ao paciente (SILVA e MACHADO, 2013).

Corroborando com o tema em questão, na primeira seção, são descritos o que é, as causas, e como identificar um paciente em PCR. Na segunda seção encontra-se a relatada assistência de enfermagem e os protocolos de RCP de acordo com a literatura. Na Terceira seção são elencadas as dificuldades e a importância do profissional enfermeiro frente ao gerenciamento da PCR e como isso refletirá na equipe de enfermagem e a questão ética e bioética durante e após a PCR.

1.1 PROBLEMA

Nessa perspectiva, diante da importância do atendimento da enfermagem ao paciente em PCR, e da importância de se ter uma equipe com conhecimentos suficientes para atuar frente a essa emergência, indaga-se: “Qual a importância da capacitação do enfermeiro para atuar frente a uma parada cardiorrespiratória em adultos e como isso reflete na equipe de enfermagem?”

1.2 HIPÓTESE

Parte-se da hipótese de que a fundamentação teórica e prática do enfermeiro sobre PCR, durante a academia é superficial, e, que o fornecimento de capacitação para esse profissional ainda é deficiente em muitas instituições hospitalares, ressaltando que, a falta de conhecimento e capacitação desse profissional reflete diretamente na assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente em PCR, sendo que o enfermeiro é quem deve assumir o papel de liderança, orientando sua equipe durante a assistência prestada a esse paciente.

Sendo assim para viabilizar a hipótese, será realizado uma pesquisa de revisão integrativa da literatura caracterizada como descritiva, quantitativa e qualitativa, sendo fundamentada através da busca de publicações periódicas e artigos científicos em base de dados on-line.

* 1. JUSTIFICATIVA

 A escolha do tema ocorreu durante o período de aulas e estágios da Graduação em Enfermagem. Durante esse tempo, foi possível observar que há uma deficiência na qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro durante uma PCR, e que tal deficiência reflete diretamente na equipe de enfermagem e na qualidade do atendimento prestado ao paciente. Assim, foi definido que o presente trabalho irá abordar o que leva a deficiência da atuação de enfermagem frente a uma PCR, como deve ser uma atuação de qualidade e como isso reflete de forma direta e indireta no restante da equipe. Este trabalho destina-se ao especialmente ao público acadêmico e espera-se que o mesmo se torne uma ferramenta de grande relevância na comunidade acadêmica e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada em uma PCR.

1.4 OBJETIVOS

 1.4.1 Objetivo geral

Identificar o papel do Enfermeiro frente a PCR e seus reflexos na equipe de enfermagem, através de revisão bibliográfica.

 1.4.2 Objetivos específicos

* Descrever a assistência de enfermagem de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de atendimento a PCR;
* Relatar a importância da capacitação do enfermeiro no gerenciamento e liderança da PCR e como isso reflete em sua equipe;
* Levantar dados de qual público que possui mais déficit de conhecimento para atuar em PCR e descrever em gráfico;
* Citar as dificuldades encontradas pelos profissionais enfermeiros na assistência prestada durante a PCR e descrever em gráfico;
* Verificar a qualidade das capacitações e treinamentos oferecidos aos profissionais enfermeiros no meio intra-hospitalar através de revisão bibliográfica e descrever em gráfico.
1. METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura caracterizada como descritiva, quantitativa e qualitativa, que se embasou em análise de dados expostos em artigos disponíveis em bases cientificas on-line como: LATINDEX, Google Scholar e SCIELO, literaturas físicas e publicações periódicas, sendo os mesmos pesquisados entre março e abril do ano de 2022, não possuindo envolvimento com seres humanos em nenhuma etapa da construção do mesmo, não necessitando assim, aprovação do comitê de Ética em Pesquisa.

Inicialmente foram definidos critérios de inclusão e exclusão de pesquisas bibliográficas estando entre critérios de inclusão: todos em língua portuguesa, artigos científicos originais, revisões bibliográficas, livros, dissertações e teses, cujo o tema tem relação direta com o tema proposto. Esta pesquisa teve como critérios de exclusão: Folhetos, noticias, artigos com data de publicação acima de 10 anos, publicações fora do assunto proposto ou publicações com taxas.

É importante colocar autor de metodologia, que descreva o tipo de pesquisa utilizada.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FISIOPATOLOGIA DA PCR

“Define-se a PCR como a súbita cessação da atividade cardíaca confirmada pela ausência de circulação e ventilação” (PANCHAL *et al,* 2019 *apud* MARTINS *et al*, 2020, p. 4).

De acordo com Zago et al (2021), a Parada Cardiorrespiratória (PCR) constitui-se numa condição de emergência, na qual o indivíduo apresenta interrupção súbita e inesperada do pulso arterial e da respiração, condições vitais ao ser humano

Marques et al (2019), ainda relatam que a PCR consiste na interrupção da circulação sanguínea, que ocorre como uma consequência da interrupção súbita ou ineficiente dos batimentos cardíacos e contração ventricular para executar sua função de bombear o sangue. Para fazer com que as funções cardiorrespiratórias continuem em tais situações é por meio da execução eficiente de manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP)

Segundo Mascarenas e Costa (2014), após a interrupção abrupta da circulação sanguínea e da oxigenação, os danos celulares podem tornar-se irreversíveis em pouco tempo, seguidos de danos cerebrais graves, que não poderão ser reparados após cinco minutos à ocorrência da PCR, constituindo-se de uma grave ameaça à vida do paciente, principalmente daqueles em que se encontram em estado critico.

Para Pereira, et al, (2015), a parada cardiorrespiratória é a cessação abrupta das funções cardíacas, respiratória e cerebral, comprovada pela ausência de pulso central (carotídeo e femoral), de movimentos ventilatórios (apneia) ou respiração agônica, além de estado de inconsciência. É determinada por quatro ritmos cardíacos: Assistolia, Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP), Fibrilação Ventricular (FV), e Taquicardia Ventricular (TV) sem pulso.

3.2 CAUSAS DA PCR

Segundo Ribeiro Júnior et al (2007 apud VALE, 2016) as causas da PCR são divididas em primárias e secundarias, só sendo identificada a causa, que será possível definir qual a melhor conduta a seguir. Entre as causas de PCR primárias são problemas que afetam o coração, sendo mais frequentes causadas por isquemias cardíacas, que, causam arritmias cardíacas que constantemente são Fibrilação Ventricular (FV). Já nas causas secundarias de PCR são causadas pela oxigenação deficiente, acometendo mais pessoas vítimas de traumatismos e crianças, através de obstrução de vias aéreas, doenças pulmonares, estados de choque, intoxicação por monóxido de carbono e ações de fatores externos sobre o coração como por exemplo drogas, medicamentos e descargas elétricas.

Em relação aos sinais e sintomas, os principais que precedem uma PCR são: dor torácica, sudorese, palpitações precordiais, tontura, escurecimento visual, perda de consciência, alterações neurológicas, sinais de baixo débito cardíaco e parada de sangramento prévio (ROCHA, 2012).

3.3 TIPOS DE RITMO

 Tallo et al (2012), descrevem que a PCR pode ocorrer com 4 tipos de ritmos diferentes, sendo eles: fibrilação ventricular (FV) sem pulso, taquicardia ventricular (TV) sem pulso, assistolia e atividade elétrica sem pulso (AESP).

A fibrilação ventricular (FV) caracteriza-se pela ausência de atividade elétrica organizada, com distribuição caótica de complexos de várias amplitudes. Esse quadro gera contração desordenada do miocárdio, resultando na ineficiência total do coração em manter a fração de ejeção sanguínea adequada. Sob o ponto de vista fisiopatológico, pode-se dividir a evolução temporal da FV em três fases distintas: elétrica, hemodinâmica e metabólica. - Primeira fase – Elétrica: corresponde aos primeiros cinco minutos da situação de PCR em FV. É a mais suscetível à desfibrilação e correlaciona-se com melhor prognóstico; segunda fase – Hemodinâmica: etapa crucial para a perfusão cerebral e coronariana, quando compressões torácicas são fundamentais para otimizar a pressão de perfusão coronariana e aumentar o sucesso da desfibrilação e do retorno à circulação espontânea. Engloba o período correspondente entre 5 e 10 minutos após o início do quadro; terceira fase – Metabólica: caracterizada pelo desencadeamento de citocinas inflamatórias, radicais livres e lesão celular, ocasionando alterações miocárdicas muitas vezes irreversíveis a (Stone Heart) e disfunção neurológica; geralmente após 10 minutos do início da PCR. Taquicardia ventricular (TV) sem pulso é a sequência rápida de batimentos ectópicos ventriculares (superior a 100 por minuto) chegando à ausência de pulso arterial palpável por deterioração hemodinâmica. A assistolia é a ausência de qualquer atividade ventricular contrátil e elétrica em pelo menos duas derivações eletrocardiográficas e trata-se da modalidade mais presente nas PCR intra-hospitalares. A Atividade Elétrica sem Pulso também chamada de AESP, é caracterizada pela ausência de pulso na presença de atividade elétrica organizada (TALLO et al, 2012).

SUBTITULO 5H/5T

* 1. IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA VITIMA EM PCR

 Durante a PCR o tempo é um fator de extrema importância, já que 10% de probabilidade de vida sejam perdidos a cada minuto de PCR, sendo assim, o paciente necessita de um atendimento rápido e eficaz, desempenhando a ação com habilidade técnica e conhecimento científico (ANDRADE et al, 2021).

Guilherme et al (2013) enfatiza que o período de constatação e início do atendimento ao paciente é essencial, pois alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral poderão ocorrer. A avaliação do paciente não deve levar mais que dez segundos e a ausência de manobras de reanimação não devem ultrapassar aproximadamente cinco minutos, caso isso ocorra poderá alterar a qualidade de vida desse paciente no futuro ou até mesmo leva-lo a óbito.

Reis (2020) aborda que diante de um episódio de PCR, conforme previsto nas recomendações da American Heart Association (AHA), por tratar-se de um evento inesperado necessita dos profissionais de saúde, ações ágeis e também que promovam a circulação do sangue oxigenado para os órgãos vitais, até que seja reestabelecida o Retorno da Circulação Espontânea (RCE), sendo de suma importância para a minimização de sequelas e alívio do sofrimento e preservação da vida sendo assim que as chances de sobrevivência do paciente podem duplicar e até mesmo triplicar, quando essas manobras de reanimação cardiopulmonar são bem executadas. Conforme a sequência de ações para avaliar inicialmente os sinais de parada cardíaca, são a ausência de resposta do paciente ou rebaixamento total do nível de consciência, ausência de respiração espontânea, ausência de pulso ou qualquer outro sinal de circulação, respiração com expansão torácica eficaz, tosse e movimentação do paciente.

3.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM PCR NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR

Santana et al (2020), enfatizam que a equipe de enfermagem precisa estar preparada de forma eficaz para atender um paciente em PCR, sendo de suma importância a equipe reconhecer os sinais de PCR, para que se inicie os protocolos de RCP o mais breve possível, fazendo com que haja um aumento de sobrevida do paciente possibilitando que o mesmo tenha um prognostico satisfatório. O profissional de enfermagem é de extrema importância por estar ligado a várias etapas do processo de RCP, sendo primordial que o mesmo esteja sempre capacitado e atualizado e o enfermeiro como papel de líder da equipe, esteja posicionado na linha de frente da PCR, junto a atuação multiprofissional, sendo de grande importância em prover recursos humanos e materiais para a PCR e garantir que a assistência de enfermagem prestada pela equipe seja de qualidade e eficiência.

Para melhorar e padronizar a assistência a American Heart Association (2020) define as “cadeias de sobrevivência” para a PCR, a Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar (PCRIH) e a Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar (PCREH). Na cadeia de sobrevivência da PCRIH a AHA enfatiza que a ação no atendimento deve ocorrer na sequência de: Reconhecimento e prevenção precoce, Acionamento do serviço médico de emergência, RCP de alta qualidade, Desfibrilação, Cuidados pós-PCR e Recuperação. Já na PCREH a AHA enfatiza que a ação no atendimento deve ocorrer na sequência de: Acionamento do serviço médico de emergência, RCP de alta qualidade, Desfibrilação, Ressuscitação avançada, Cuidados pós-PCR e Recuperação.

Guedes et al (2021) afirmam que a equipe de enfermagem é quem segue mais tempo junto ao paciente e que geralmente é quem identifica que o paciente se encontra em PCR, o enfermeiro ao se deparar com o paciente em PCR, deve saber a correta sequência de atendimento, dominando as manobras de ventilação que competem a si, saber reconhecer os instrumentos essenciais para sua equipe, realizar o atendimento com agilidade e domínio teórico/prático e se manter, e manter sua equipe calma e organizada ao se deparar com essa situação de emergência. Afirmam também que dentre os elos, o fundamental é o reconhecimento da PCR, sendo que a sobrevida do paciente está associada ao êxito do atendimento imediato e ágil reconhecimento, enfatizando que a presença de gasping ou ausência de pulso carotídeo caracteriza a PCR.

De acordo com Reis 2020, todo o atendimento de enfermagem necessita de formação e legislação específica para que as funções do profissional de enfermagem sejam realizadas de forma adequada. Em relação a equipe de enfermagem, é necessário que a mesma tenha pleno conhecimento sobre as suas funções e sobre o seu papel no atendimento ao paciente, para que este atendimento seja rápido e de qualidade. Para isso também é necessário que a equipe esteja em constante evolução, esteja sempre se atualizando e participando de treinamentos para melhorar ainda mais a assistência prestada.

Segundo Lucena e Silva (2017), no SAV é de responsabilidade do enfermeiro a realização da monitorização do paciente e a administração de medicações. Ainda, cabe ao enfermeiro auxiliar durante o momento da intubação, disponibilizando material de aspiração e realizando a aspiração das vias áreas, também, se solicitado, cabe ao enfermeiro auxiliar em outras funções na PCR. Após a realização da intubação, cabe ao enfermeiro realizar o exame físico e a ausculta para verificar o posicionamento do tubo orotraqueal e se o paciente apresenta sons respiratórios. Por último, o enfermeiro pode realizar um diagnóstico diferencial do paciente através da análise do ritmo apresentado no monitor e através da coleta de dados com os familiares, assim, fazendo com as causas reversíveis do quadro do paciente possam ser tratadas.

* + 1. Aplicação das compressões torácicas

As manobras de RCP são basicamente realizadas no enfoque da aplicação de massagem cardíaca e oxigenação do paciente, sendo que o principal é a detecção precoce, com isso proporcionando uma maior qualidade de vida a esse paciente caso o mesmo tenha o retorno da circulação espontânea. Sendo assim a RCP tem por função garantir a circulação e oxigenação na corrente sanguínea, com ênfase no coração e cérebro (GUEDES et al, 2021).

A American Heart Association (2020), enfatiza que para uma RCP ser de alta qualidade faz-se necessário a compressão com força, com pelo menos cinco centímetros de profundidade e de cem a cento e vinte compressões por minuto, lembrando que deve aguardar sempre o retorno total do tórax a cada compressão e que é de suma importância minimizar as interrupções nas compressões torácicas, evitar a ventilação excessiva e que o profissional que realiza as compressões deve ser alternado a cada dois minutos, ou antes, se o mesmo estiver cansado. Se o paciente não possuir via aérea avançada as manobras devem ser realizadas com trinta compressões para duas ventilações.

Braga et al (2018) enfatizam que no momento da aplicação das compressões as mãos devem ser colocadas no centro do tórax, sobre a metade inferior do esterno, apoiando-se com a região das eminências tenar e hipotenar de uma das mãos, colocando uma mão sobre a outra, evitando encostar os dedos no tórax do paciente e que os braços do reanimador devem ser mantidos estendidos, mantendo-se uma pressão perpendicular sobre o tórax do paciente, atentando-se para minimizar o tempo de interrupção entre as compressões.

3.5.2 Abertura de via aérea

Segundo as diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), não deve-se postergar o inicio das aplicações das compressões torácicas sendo que a abertura das vias aéreas deve ser realizada somente depois de aplicado as trinta primeiras compressões torácicas, sendo necessário a aplicação de trinta compressões para duas ventilações, com apenas um segundo cada, fornecendo a quantidade de ar suficiente para promover a elevação do tórax. A hiperventilação não deve ocorrer, pois pode aumentar a pressão intratorácica e diminuir a pré-carga, consequentemente diminuindo o débito cardíaco e também a sobrevida do paciente, podendo também aumentar o risco de insuflação gástrica, podendo causar regurgitação e aspiração. Independentemente da técnica utilizada para aplicar ventilações, será necessária a abertura de via aérea, que poderá ser realizada com a manobra da inclinação da cabeça e elevação do queixo e, se houver suspeita de trauma, a manobra de elevação do ângulo da mandíbula.

As diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013), também traz orientações sobre as formas e técnicas de ventilações, que no meio intra-hospitalar englobam:

* Ventilação com bolsa-válvula-máscara (ambu): A ventilação com a bolsa-válvula-máscara deve ser utilizada na presença de dois profissionais, um sendo responsável pelas compressões, e outro, por aplicar as ventilações, sendo necessário realizar a letra “C” com uma das mãos, com os dedos polegar e indicador e posicionar acima da máscara, e fazer pressão contra a face da vítima a fim de vedá-la o melhor possível, deve-se posicionar os outros três dedos na mandíbula para estabilizá-la e abrir a via aérea da vítima. Deve-se pressionar a bolsa durante um segundo para cada ventilação sendo essa a quantidade suficiente para produzir elevação do tórax e manter oxigenação em pacientes sem respiração. Se disponível oxigênio complementar, conecta-lo na bolsa-válvula-máscara assim que possível, de modo que ofereça maior porcentagem de oxigênio para a vítima.
* Cânula orofaríngea: pode ser utilizada para facilitar a realização de ventilações com a bolsa-válvula-máscara, impedindo a obstrução da via aérea pela queda da língua. Em pacientes inconscientes ou em PCR pode-se utilizá-la em associação a outro dispositivo ventilatório como método auxiliar à ventilação, lembrando que o tamanho da cânula deve ser escolhido de acordo com a estatura do paciente, para escolher o tamanho adequado, posicione na rima bucal até o ângulo da mandíbula, ou até o tragus da orelha. A utilização correta da cânula orofaríngea faz-se a partir de sua introdução na cavidade oral com a concavidade voltada para cima, dirigindo sua extremidade para o palato duro. A seguir, executa-se um movimento de rotação de 180º sobre ela mesma, posicionando-a sobre a língua.
* Ventilação com via aérea avançada: Quando uma via aérea avançada estiver instalada, como por exemplo, intubação endotraqueal, combitube ou máscara laríngea, o primeiro profissional irá administrar compressões torácicas contínuas, e o segundo irá aplicar uma ventilação a cada seis a oito segundos, cerca de oito a dez ventilações por minuto, em vítimas de qualquer idade. Não se devem pausar as compressões para aplicar as ventilações, no caso de via aérea avançada instalada. A interrupção da realização das compressões torácicas por motivo da intubação orotraqueal deverá ser minimizada ao extremo, e a intubação deverá ser realizada somente em momento oportuno, quando não for interferir com as outras manobras de ressuscitação, sendo aceitável a interrupção das compressões por até 10 segundos, para permitir a visualização das cordas vocais e se a intubação inicial foi sem sucesso, uma segunda tentativa pode ser realizada.
* Administração de oxigênio: durante a RCP O uso de oxigênio a 100% é razoável durante as manobras de RCP, com o objetivo de aumentar a oxi-hemoglobina arterial e a oferta de oxigênio. Embora a exposição prolongada a 100% seja tóxica, não existem evidências de que ocorra toxicidade com a exposição breve, como no cenário da RCP em adultos.

3.6 IMPORTÂNCIA E DIFICULDADES DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DA PCR E OS REFLEXOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Guedes et al (2021) destaca que o profissional enfermeiro deve prestar um ágil atendimento e rápida tomada de decisão, liderando a equipe com conhecimento teórico/prático, planejando a assistência, colaborando para o atendimento correto e eficaz da equipe ao atendimento a PCR e trazendo assim mais benefícios ao paciente crítico.

Lucena e Silva (2017), cabe ao enfermeiro o papel de líder durante a PCR bem como a coordenação das ações a serem realizadas no momento da RCP. É função do enfermeiro sempre realizar o checklist do carrinho de emergência e verificar se todos os equipamentos estão funcionando devidamente, afim de evitar atrasos no manejo da PCR. Com isso, pode-se afirmar que é de extrema importância que os profissionais estejam capacitados e atualizados para atuar frente a este tipo de atendimento.

Guilherme et al (2013) enfatiza que quando a assistência não ocorre de forma correta e satisfatória o paciente pode ter danos à saúde, danos estes que podem ser irreversíveis, causados ou não por falha humana. A ação do enfermeiro frente a PCR entende-se como ação de grande complexidade, englobando o diagnóstico da PCR, onde o tempo de constatação e início das manobras de reanimação devem ser realizadas imediatamente. Junto a isso dentro da assistência incumbida ao enfermeiro também se encontra a organização dos ambientes durante e após a PCR, organização dos materiais utilizados na RCP, definição de condutas de reanimação, acionar, direcionar e orientar equipe de enfermagem, realizando também o acompanhamento continuo desse paciente após a PCR, caso haja o retorno da circulação espontânea. É de função do enfermeiro também prestar assistência aos familiares, orientando-os dos passos seguintes, sendo em casos de reversão PCR ou de óbito, com isso todas as ações e ocorrências durante e depois da PCR devem ser registradas no prontuário do paciente pelo enfermeiro e equipe de enfermagem.

Cruz, Rêgo e Lima (2018) enfatizam que quando a equipe não tem sucesso na RCP, faz-se necessário reconhecer os pontos falhos da assistência e traçar estratégias para corrigi-los, apesar de ser esse, um momento incomum na rotina, mas de extrema importância para a melhoria da assistência.

Reis (2020) destaca alguns fatores que dificultam a ação do enfermeiro durante a RCP, estando entre eles a falta de capacitação do profissional, falta de incentivo institucional no desenvolvimento de capacitações teórico/praticas, insegurança do profissional e a falta de capacidade de aplicar a RCP de acordo com protocolo, falta de recursos materiais, instabilidade emocional da equipe, deficiência no conhecimento e manuseio das vias aéreas e utilização de dispositivos alternativos ao tubo orotraqueal, como a máscara laríngea e tubo laríngeo, sendo esses fatores determinantes do atendimento estressante, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada e resultando em insucessos no tratamento.

Assim Gorris (2020) explana que a PCR é um tema que exige educação permanente, por possuir muitos fatores estressantes no processo e que afetam o atendimento e liderança do enfermeiro, com isso, interferindo diretamente na assistência prestada pela equipe, também faz-se um adendo que é de suma importância o enfermeiro ficar atento sempre as novas atualizações, sendo recomendados aos serviços de saúde realizarem educação permanente em RCP, capacitando as equipes, para prestar o atendimento rápido, seguro e eficaz, sendo o enfermeiro que é responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe privativamente cuidados diretos de enfermagem ao paciente grave com risco de morte, conforme descrito no artigo 11 da lei 7.498/86, que foi regulamentado pelo Decreto 94.406/87 do COFEN, e sendo de reponsabilidade de sua equipe prestar assistência aos pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais. Reforçando a importância de se realizar as capacitações com mais frequência possível pois quanto menos frequente as capacitações, menor a detenção do conhecimento e habilidades, uma vez que os conhecimentos teóricos e as habilidades tendem a diminuir com o passar do tempo.

3.6.1 Qualidade e frequência das capacitações ofertadas pelas instituições de saúde

Lucena e Silva (2017) descrevem que ao se deparar com uma PCR, o enfermeiro deve estar preparado para acionar a sua equipe e iniciar o processo de reanimação. Com isso, pode-se afirmar que cabe ao enfermeiro o conhecimento das patologias e suas características, e também, é sua responsabilidade estar sempre em busca de conhecimento e aperfeiçoamento técnico - científico.

Santos et al (2016) enfatizam que é de suma importância o enfermeiro estar atualizado para prestar atendimento a PCR, sendo essa atuação que define a situação futura de saúde do paciente podendo gerar danos recorrentes ao mesmo caso as condutas não sejam antecipadas e realizadas de forma correta e eficaz para reverter o quadro. Com isso ressalta-se a importância de o enfermeiro e a equipe se manterem sempre atualizados para prestar o atendimento rápido, organizado e de qualidade a esse paciente, sendo o enfermeiro responsável por buscar atualizações e verificar a assistência da equipe e se necessário buscar atualiza-los também.

3.7 ÉTICA E BIOÉTICA DURANTE E APÓS A PCR

 As ações humanizadas na atenção do profissional da saúde indissociáveis daquilo que se poderia denominar âmbito da “sensibilidade” que, em certo sentido, é mais profundo que âmbito do pensamento e da ação. Isso se justifica na medida em que cuidar de uma pessoa enferma tem como pressuposto existencial o fato de o cuidador ver-se ou sentir-se afetado visceralmente por sua situação, que o próprio contato inaugura. Esse contato, por sua vez, diz respeito ao paciente em seu corpo e sua carne vulnerável e ferida. Nesse sentido, a sensibilidade preside toda ação do cuidador, por que está associada ao seu contato com o enfermo enquanto ele tem corpo, é seu corpo e como tal é sua carne (PESSINI, BERTACHINI e BARCHIFONTAINE, 2014).

Rangel e oliveira (2010 apud Reis 2020) descrevem que o atendimento da RCP deve transcorrer em um ambiente tranquilo, sem tumulto, de modo que todos possam ouvir o comando do líder com clareza. Não há justificativas nem desculpas para um atendimento desorganizado, tumultuado e desrespeitoso entre a equipe. A postura ética e moral e o seguimento das leis do exercício profissional devem permear todas as ações de enfermagem durante o atendimento de emergência.

Pessini, Bertachini e Barchifontaine (2014), concluem dizendo que a ética alimenta a esperança e o sonho de um mundo e um futuro mais humanizados, de uma sociedade mais justa e solidária, contribuindo decisivamente no processo de humanização dos cuidados ao trabalhar com as motivações e os valores mais profundos das pessoas e apresenta pistas para uma ação resgata ao cuidado humano.

CAUSAS DA ATIVIDADE ELETRICA SEM PULSO E ASSISTOLIA (5H/5T)

FORMAÇÃO DEFICIENTE?????????

FEEDBaCK??

**Vcs são pesquisadores, tem muito mais perguntas a fazer, do que respostas!**

**Fazer uma nova busca por artigos que abordem a qualidade das capacitações dos enfermeiros, se a recebem por parte das instituições intra-hospitalares, nas instituições de ensino, fazem cursos particulares....**

1. **RESULTADOS**

Encontrou-se 31 artigos científicos durante a busca, sendo realizada a leitura dos mesmos, partindo desse ponto foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, sendo que ao final foram selecionados ao todo 07 artigos científicos para obter-se os resultados do presente artigo, que foram agrupados no quadro abaixo, que apresenta no geral, artigos relacionados conhecimento teórico prático dos profissionais de enfermagem para atuar em PCR, de acordo com as diretrizes de RCP, conforme literatura pesquisada do período de 2013 a 2019, na qual são identificados os nomes dos artigos, os autores/ano de publicação, objetivos e resultados da pesquisa.

**Quadro 1: Conhecimento teórico-prático dos profissionais acerca da parada cardiorrespiratória.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Artigo** | **Autores/ano de publicação** | **Objetivos** | **Resultados** |
| ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS. | SILVA e MACHADO, 2013. | 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. | Dentre os 41 enfermeiros participantes da pesquisa, houve predomínio do sexo feminino e a faixa etária média foi de 32 ± 5,4 anos. A maior parte tinha de cinco a 10 anos de experiência profissional. Houve um elevado percentual de acertos em relação à identificação da PCR (98,0%), vias de administração dos fármacos (78,0%), sendo que poucos profissionais (12%) reconhecem o intervalo de administração dos fármacos, 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. |
| DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. | MENEZES e ROCHA, 2013. | Identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR). | Os profissionais que fizeram parte do estudo apresentaram idades entre 24 a 45 anos, sendo a média de 33,1 anos. Em relação ao tempo médio de experiência profissional em emergência, todos tinham entre 2 e 9 anos de serviço, e observa-se que 63,6% dos entrevistados negaram qualquer treinamento da instituição. |
| CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA MÉDICA E PRONTO SOCORRO FRENTE A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. | VALE, 2016. | Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam na clínica médica e pronto socorro, sobre a assistência imediata a vítimas de PCR. | Os profissionais que fizeram parte do estudo eram 67% do gênero masculino e 33% do gênero feminino, tendo 33% idade entre 30 a 35, 17% idade entre 36 a 40 e 50% idade acima dos 40 anos. Possuindo 50% entre 1 a 10 anos de atuação na área, 16,7% entre 11 a 20 anos de atuação na área, 16,7% entre 21 a 30 anos de atuação na área e 16,7% entre outros. Os enfermeiros demonstram conhecimentos e os passos a serem seguidos em caso de PCR, porém de forma superficial. |
| PARADA E REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA: CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO BASEADO NAS DIRETRIZES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2015. | BARROS e NETO, 2018. | Avaliar o conhecimento do especialista em formação do curso de Cardiologia e Hemodinâmica no que se refere ao atendimento emergencial à parada cardiorrespiratória. | Na variável idade dos enfermeiros, a mínima encontrada foi de 23 anos e máxima de 50 anos, com média de 32,28 anos, cuja maioria, 92% era do gênero feminino. Com relação ao conhecimento teórico dos enfermeiros acerca dos sinais clínicos de uma PCR, 80% afirmaram que se caracteriza pela “perda da consciência e pela ausência do pulso carotídeo”, 16% “ausência de qualquer pulso e perda de consciência” e 4% “perda de consciência”. E sobre a primeira conduta a ser tomada ao se deparar com uma pessoa que estivesse apresentando os sinais clínicos de PCR, 16% mencionaram que deveria ser checado a responsividade da vítima e 84% afirmaram que deveria ser chamado a ajuda. Com relação as compressões torácicas e profundidades dessas compressões no tórax 92% afirmaram que deveria ser realizada de 100 a 120 compressões por minuto e 8% até 100 compressões por minuto, e, em relação a profundidade das compressões 96% responderam que devem ser comprimidos entre 5 e 6 cm de profundidade e 4% de 4 a 7%. |
| CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. | GUSKUMA, et al, 2019. | Objetivou-se identificar o conhecimento teórico da equipe de enfermagem sobre as manobras de ressuscitação cardiopulmonar em suporte básico de vida, associando tal conhecimento às variáveis sociodemográficas, econômicas e de formação profissional. | A média de idade foi de 36,4, com predomínio do sexo feminino (74,6%). No que diz respeito ao tempo de formação, profissionais com mais de cinco anos de formados apresentaram menor número de acertos do que aqueles com tempo inferior a cinco anos. A média de acertos foi maior entre profissionais que concluíram o treinamento entre seis meses a um ano; e um ano a cinco anos quando comparados aos que concluíram há mais de cinco anos. Quando se associou a idade com o número de acertos evidenciou-se que quanto maior a idade do profissional, menor foi o número de acertos nas questões. Observou-se sobre o conhecimento dos entrevistados em RCP que somente 40,8% souberam reconhecer a sequência de atendimento da cadeia de sobrevida. Em relação à localização correta para verificação do pulso em adultos inconscientes, a maioria (92,8%) dos profissionais verificaria o pulso carotídeo, e 75,4% dos participantes referiram que o tempo não deveria exceder mais que 10 segundos. Com relação ao conhecimento sobre a cadeia de sobrevivência, somente 40,8% dos profissionais souberam reconhecer esta sequência de atendimento. |
| NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS TÉCNICAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR. | CARNEIRO, et al, 2018. | Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as técnicas de reanimação cardiopulmonar. | Segundo o artigo dos 23 enfermeiros que fizeram parte da pesquisa 17,3% são do gênero masculino, enquanto que 82,6% são do gênero feminino sendo que 60,8% enfermeiros possuíam idade entre 25 e 35 anos, 21,7% idade entre 36 e 45 anos, 13,0% idade entre 46 e 55 anos e 4,3% não respondeu ao questionamento. E também 47,8% enfermeiros já realizaram pelo menos um curso de atualização em SBV ou RCP, 39,1% enfermeiros nunca realizaram cursos de atualização em SBV ou RCP, e que apenas 13,0% enfermeiros realizaram mais de um curso de atualização nestas áreas. No estudo também se verificou que 17,3 % enfermeiros iniciariam a RCP se “a vítima tivesse ausência de pulso radial”, 21,7 % já iniciariam a reanimação se “o paciente não respirasse ou apresentasse respiração anormal (Gasping)”, 43,4 % dariam início à RCP se “o paciente apresentasse ausência de incursões respiratórias”, 8,6 % se “o paciente não respondesse ao chamado” e 8,6% não souberam responder ao questionamento. Em relação a sequência adequada dos eventos em RCP, 52,1 % enfermeiros responderam CAB, forma correta, 26,0 % enfermeiros responderam ABC, 8,6 % responderam CBA, 4,3 % respondeu BAC e 8,6% não souberam responder. No estudo também representa a quantidade de acertos dos enfermeiros quando questionados sobre qual a relação correta da massagem cardíaca para ventilação. Observa-se assim que 65,2 % enfermeiros afirmaram que a relação correta seria 30/2, 17,3 % enfermeiros responderam que seria 15/2, 13,0 % enfermeiros que seria 15/2 e 1 não respondeu ao questionamento. Relacionado sobre a profundidade adequada das compressões 30,4 % enfermeiros afirmaram que a profundidade adequada seria de no mínimo 5 cm, 4,3 % afirmou que seria de no mínimo 4cm, 13,0 % responderam que seria aproximadamente 4cm, 47,8 % enfermeiros marcaram a alternativa incorreta de no máximo 5 cm, e um enfermeiro não respondeu ao questionamento. Referente a qual é a frequência adequada das compressões torácicas na RCP, 4,33% dos enfermeiros afirmaram que a frequência adequada seria de no mínimo 80 ventilações por minuto, 26,0 % enfermeiros responderam que seria de no mínimo 100 ventilações por minuto, 47,8 % afirmaram que seria de aproximadamente 100 ventilações por minuto, 17,3 % enfermeiros afirmaram que seria de aproximadamente 80, e 4,33% respondeu que seria de no máximo 100 ventilações por minuto. Referente as respostas dos participantes da pesquisa quando questionados sobre qual a frequência adequada das ventilações em um paciente que se encontra com via aérea avançada, 4,34% dos enfermeiros respondeu que seria de 6 a 8 ventilações por minuto, 43,4 % enfermeiros afirmaram que seria de 8 a 10 ventilações por minuto, 26,0 % responderam que seria de 10 a 15 ventilações por minuto e apenas 8,6 % informaram que seria de 15, e 17,66% não responderam à questão.  |
| CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA NO SETOR DE EMERGÊNCIA. | AGUIAR e ANDRADE, 2018. | Avaliar o nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar no setor de emergência. | Foi possível constatar que dessas amostras 20% é do sexo masculino e 80% são do sexo feminino, com idades entre 20 a maior de 60 anos. De todos os profissionais que submeteram à pesquisa, 80% responderam que a ausência de pulso é um sinal clínico essencial para diagnosticar uma PCR, porém 20% responderem não acreditar que essa afirmativa seja verdadeira. Referente ao pulso indicado para verificação de pulso durante uma PCR, 50% responderam que o pulso indicado é o carotídeo, 5% braquial, 15% radial e 30% Femural. Quando perguntado qual número de compressões torácicas no SBV preconizada no novo protocolo da American Hearth Association, 25% responderam 90-110/min, 60% respondeu que o correto seria 100-120/min e 15% respondeu que seria 100-140/min. Quando perguntado aos profissionais de enfermagem a respeito da sequência do protocolo aplicado nos casos de parada cardiorrespiratória, 25% souberam responder corretamente a sequência e 75% erraram ainda respondendo a sequência antigamente utilizada. Referente sobre quem executa o papel de líder durante a assistência de uma PCR em sua unidade, 40% responderam que é o médico, enquanto 55% afirma que este papel é do enfermeiro e 5% diz que são os técnicos em enfermagem que desempenham essa função em sua unidade. Sobre atividades desenvolvidas através de treinamentos e educação continuada em sua unidade, 90% afirmaram que são desenvolvidas essas atividades e 10% dizem não ter conhecimento desses treinamentos em sua unidade. |

**REFERÊNCIAS**

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association. 2020. [s. l.]. \*

MENEZES, R. R. ROCHA, A. K. L. DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. Faculdade Independente do Nordeste/FAINOR. João Pessoa – PB. 2013. Disponível em: < https://periodicos.unipe.edu.br/index.php/interscientia/article/view/43/40 >.

ARAÚJO, L. P. SILVA, A. L. MARINELLI, N. P. POSSO, M. B. S. ALMEIDA, L. M. N. CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO. Revista Univap. São José dos Campos – SP. 2012.

GUEDES, A. R. AMARO, A. Y. G. SOUZA, N. P. SILVA, M. S. L. NASCIMENTO, A. C. B. NEVES, F. L. A. A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ADULTOS. JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL. TOCANTINS. 2021.

BRAGA, R. M. N. FONSECA, A. L. E. A. RAMOSC, D. C. L. GONÇALVES, R. P. F. DIASE, O. V. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul. MG. 2018.

OLIVEIRA, K. C. J. CONHECIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DIANTE DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: REVISÃO INTEGRATIVA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Florianópolis - SC. 2014.

LIMA, V. B. CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O ATENDIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DE FORTALEZA-CE. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Florianópolis - SC. 2014. \*

OLIVEIRA, G. F. S. M. SANTOS, L. G. E. SANTOS, M. A. S. GUSMÃO, C. M. P. ROCHA, D. M. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS DIRETRIZES DE ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. ALAGOAS. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/7428/4545>>.

SANTOS, L. P. RODRIGUES, N. A. M. BEZERRA, A. L. D. SOUZA, M. N. A. FREITOSA, A. N. A. ASSIS, E. V. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: PRINCIPAIS DESAFIOS VIVENCIADOS PELA ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Revista Interdisciplinar em Saúde. Cajazeiras. 2016. Disponível em: <https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume\_9/Trabalho\_03.pdf>.

ALVES, C. A. BARBOSA, C. N. S. FARIA, H. T. G. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ENFERMAGEM: O CONHECIMENTO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA. Libertas Faculdades Integradas de São Sebastião do Paraíso. MINAS GERAIS/BRASIL. 2013. Disponível em:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32579/20693>.

GIMENES, A. R. S. COUTINHO, C. S. RIBEIRO, T. P. B. ESTATÍSTICAS DE SOBREVIDA EM PACIENTES PÓS-PARADACARDIORRESPIRATÓRIA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação-REASE. SÃO PAULO. 2021. Disponível em:< <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/3045/1192>>.

CAMPOS, A. A. L. GARCIA, L. A. JUNIOR, E. J. V. A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO PRECOCE DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Saberes Interdisciplinares. [s. l.]. 2020. Disponível em: < http://periodicos.uniptan.edu.br:8090/revistas/index.php/SaberesInterdisciplinares/article/view/267/328 >.

SILVA A.B; MACHADO R.C. ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS. 2013. Rio Grande do Norte: Rev Rene. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11514/1/2013\_art\_absilva.pdf>.

SILVA, W. M. SILVA, M. E. SILVA, C. A. O. SILVA, S. B. ALVES, S. M. L. BEZERRA, J. J. MARTINS, V. E. HAVENSTRIN, V. C. L. SILVA, A. V. SILVA, T. K. C. SANTOS, R. C. A. COSTA, A. M. S. Conhecimento da equipe de enfermagem acerca da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. [s. l.]. 2020. Disponível em: < https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8388/7539>.

ALVES, C. A. BARBOSA, C. N. S. FARIA, H. T. G. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ENFERMAGEM: O CONHECIMENTO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA. Cogitare Enferm. MG. 2013. Disponível em :< https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32579/20693>.

LOPES, A. P. O. NOGUEIRA, G. B. O conhecimento do enfermeiro e sua atuação no atendimento intra-hospitalar à vítima de parada cardiorrespiratória. Revista Eletrônica, Acervo Saúde. ES. 2021. Disponível em: < https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7520>

Sem pdf salvo entrar pelo link

ARAGÃO, Q. M. ENFERMAGEM FRENTE A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR. FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE. ARIQUEMES-RO. 2019. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2514/1/TCC%20QUELE%20ASSINATURA\_assinado\_assinado\_assinado.pdf>.

GONZALES, M. M. et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [s.l]. 2013. Disponivel em: < http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz\_Emergencia.pdf>

ANDRADE, L. S. ANDRADE, A. F. M. S. TORRES, R. C. TELES, W. S. SILVA, M. C. SILVA, M. H. S. BARROS, A. M. M. S. SILVA, R. N. JUNIOR, P. C. C. S. Perfil do enfermeiro frente a uma parada cardiorespiratória no ambiente intra-hospitalar. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba/PR. 2021.

SANTANA, G. H. ALBUQUERQUE, R. R. O. MIRANDA, B. Z. SILVA, R. P. L. CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEMQUANTOÀSMANOBRAS DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAREMHOSPITAIS NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA. Revista eletrônica, Estácio Recife. RECIFE. 2020.

GUILHERME, M. I. S. OLIVEIRA, C. E. F. V. SILVA, A. R. M. COSTA, M. F. R. VASCONCELOS, R. B. O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM CASOS DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR). Accelerating the world's research. [s. l.]. 2013. Disponivel em: < https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39416960/Assistencia\_de\_Enfermagem\_ao\_Paciente\_em\_Parada\_Cardiorrespiratoria.-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1649788210&Signature=Yuns5rbAVcTNQABZVvndRY0Feu4eUdJR-CrDtoRcL0CKaMujc1aB2tdKqq3oPxY6UTDE6KfYiOMLPLmAku5vcvvAQGRsaqDZ5kL05aFKbu2pxOG4ED9LTv53JjPuhMCGs2TXmdhj~vtJb6Li6OvVs-5g20TzYbsdHZA~QapuFSv8Pl4QzDTsI7MWdcQB~bcbL657VGXDaxx~HOQwxhGop0gWFepsOokoPCpFqTB7MPQvBfPYMb8oKU2e4C8uBxEkIBu9NMWw~TVNvGiucRZK6xfZjcWrH82UnhVTt2KHiNgk57issN1pCP19wUeSte-7ojc8ahcIRnFlFsVfvnq~Eg\_\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>

REIS, C. M. B. ATUAÇÃO E DIFICULDADES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: UMA REVISÃO NARRATIVA. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE. DF. 2020. Disponível em: < https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14987/1/TCC%20Final%20Camila%20Mendon%c3%a7a.pdf>

VALE, M. M. Conhecimentos dos profissionais de enfermagem da clinica medica e pronto socorro frente a parada cardiorrespiratória. FACENE. MOSSORÓ/RN. 2016.

GORRIS, P. P. Educação permanente para profissionais da equipe de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar. Universidade Federal de Santa Catarina, centro de ciências da saúde, programa de pós graduação em enfermagem, área de concentração: educação e trabalho em saúde e enfermagem. Florianópolis-SC. 2020. Disponível em:< https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215933/PNFR1153-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rocha, F.A.S. Oliveira, M.C.L. Cavalcante, R.B. Silva, P.C. Rates, H.F. Atuação da equipe de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. R. Enferm. Cent. O. Min. [s. l.]. 2012.

LUCENA, V.; SILVA, F. Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória: Um desafio permanente para o enfermeiro. Revista científica FacMais, Goiânia. 2017. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/5- ASSIST%C3%8ANCIA-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-%C3%80-PARADACARDIORRESPIRAT%C3%93RIA-UM-DESAFIO-PERMANENTE-PARA-OENFERMEIRO.pdf>

BARROS, F. R. B. NETO, M. L. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimento do enfermeiro baseado nas diretrizes da American Heart Association 2015. Enferm. Foco. AM. 2018.

AGUIAR, J. B. N. ANDRADE, E. G. S. CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA NO SETOR DE EMERGÊNCIA. Rev Inic Cient e Ext. [s. l.]. 2018.

CARNEIRO, L.L.N.B. BALDOINO, L.S. BALDOINO, L.S. VIRGINEO, M.S. Nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as técnicas de reanimação cardiopulmonar. R. Interd. [s. l.]. 2018.

GUSKUMA, E.M. LOPES, M.C.B.T. PIACEZZI, L.H.V. OKUNO. M.F.P. BATISTA, R.E.A. CAMPANHARO, C.R.V. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar. Rev. Eletr. Enferm. SP. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21. 52253>

PEREIRA, D.S; VIEIRA, A.K.I; FERREIRA, A.M; BEZERRA, A.M.F; BEZERRA, W.K. Atuação do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória (PCR). 2015. Disponível em: <http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/viewFile/3583/3210>.

MASCARENHAS, M.L.S; COSTA, R.L.L. A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. 2014. Disponível em: <https://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EU/EU24/MASCARENHAS-maria-COSTA-renata.pdf>.

ZAGO, M.G.C; LIMA, M.F; FERREIRA, J.C; COIMBRA, J.A.H; LIMA, L.V; FERNANDES, C.A.M. CONHECIMENTO TEÓRICO DE GRADUANDOS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO SUPORTE BÁSICO DE VIDA. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43704/25382>.

MARQUES, S.C; DIAS, D.F; ARAGÃO, I.P.B. Prevalência do conhecimento e aplicação das Técnicas de Ressuscitação Cardiopulmonar. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RFEU/article/view/1804>.

TALLO, F.S; JUNIOR, R.M; GUIMARAES, H.P; LOPES, R.D; LOPES, A.C. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891>.

PESSINI, L. BERTACHINI, L. BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética, cuidado e humanização. Edições Loyola, Centro Universitário São Caminlo. SP. 2014.