

Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo

Recognition of cardiorespiratory arrest in adults: level nurse's knowledge in a municipal emergency medical service in São Paulo city

Karina Aparecida de Araújo *
Priscila Jacquet *
Sandra Souza Santos*
Vanessa Almeida *
Soraia Felix Nogueira**

Resumo

Introdução – Este estudo analisa o reconhecimento da parada cardiorrespiratória (PCR) em adultos, com base em pesquisa realizada em um hospital municipal de São Paulo. Teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros entrevistados quanto ao diagnóstico da parada cardiorrespiratória em adultos e suas causas mais comuns. **Material e Métodos** – Trata-se de uma pesquisa não experimental, exploratória, descritivo, com abordagem quantitativa, sendo que os dados primários foram coletados por meio da aplicação de um questionário. A pesquisa teve a participação de enfermeiros, envolvendo 11 profissionais. Os dados foram organizados em duas categorias básicas: o conhecimento de uma parada cardiorrespiratória e a seqüência ideal no atendimento de uma parada cardiorrespiratória. **Resultados** – Os resultados evidenciaram que as ações realizadas pelos enfermeiros numa parada cardiorrespiratória ainda são insatisfatórias, apesar de reconhecerem a importância do tema. **Conclusão** – Foi possível constatar que é necessário incentivar a reavaliação e capacitação contínua do enfermeiro, principalmente em se tratando do atendimento de PCR, pois muitos dentre os entrevistados neste estudo não tinham conhecimento das novas diretrizes para ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Palavras-chave: Parada cardíaca/enfermagem; Tratamento de emergência/enfermagem; Serviços médicos de emergência

Abstract

Introduction – This study examines the recognition of cardiorespiratory arrest (CRA) in adults, based on research conducted in a municipal hospital in São Paulo. It had intended to assess the level of knowledge of the nurses interviewed on the diagnosis of cardiorespiratory arrest in adults and causes more common. **Materials and Methods** – It is a search not experimental, exploratory, descriptive, with quantitative approach, and the primary data were collected through the application of a questionnaire. The search was attended by nurses, involving 11 professionals. The data were organized into two basic categories: knowledge of a cardiorespiratory arrest and the ideal sequence in attending a cardiorespiratory arrest. **Results** – The results showed that the actions carried out by nurses in a cardiorespiratory arrest are still unsatisfactory, although recognizing the importance of the subject. **Conclusion** – It may be noted that it is necessary to encourage the revaluation and continuous training of nurses, and it comes mainly of care for CRA, as many among those interviewed in this study were not aware of new guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Key words: Heart arrest/nursing; Emergency treatment/nursing; Emergency medical services

Introdução

Diversas pessoas apresentam parada cardiorrespiratória em vários locais, todos os dias. Uma série de situações clínicas e cirúrgicas pode culminar com parada cardiopulmonar em indivíduos previamente cardiopatas ou mesmo naqueles que não apresentem qualquer doença cardíaca prévia. É importante saber que muitas dessas situações que levam à interrupção súbita do funciona-

mento do sistema cardiorrespiratório são perfeitamente reversíveis e, uma vez removidas as causas, estas pessoas podem continuar o seu curso normal de vida.

Com a introdução da ressuscitação cardiopulmonar (RCP), nos últimos 50 anos, ocorreram crescentes avanços no atendimento das emergências cardiovasculares e no suporte básico e avançado de vida em cardiologia; assim, estas intervenções têm contribuído para restaurar a circulação sanguínea e melhorar a sobrevivência das vítimas⁹.

* Graduandas de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP) – Tatuapé. E-mail: karaujo01@gmail.com

** Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Graduação de Enfermagem da UNIP. E-mail: soraianf@hotmail.com

Para se entender a parada cardiorrespiratória (PCR), é necessário distinguir alguns conceitos: PCR é a interrupção súbita da atividade mecânica ventricular, útil e suficiente, e da respiração; morte clínica é a falta de movimentos respiratórios e batimentos cardíacos eficientes na ausência de consciência, com viabilidade cerebral e biológica; morte biológica irreversível significa deterioração irreversível dos órgãos, que se segue à morte clínica, quando não se institui as manobras de ressuscitação; morte encefálica (freqüentemente referida como morte cerebral) ocorre quando há lesão irreversível do tronco e do córtex cerebral, por injúria direta ou falta de oxigenação, por um tempo, em geral, superior a cinco minutos em adulto com normotermia¹⁶.

A PCR é uma ocorrência inesperada, constituindo grave ameaça à vida, sendo de vital importância rapidez no atendimento, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade por parte da equipe que realiza esse atendimento. Além disso, requer infra-estrutura adequada, trabalho harmônico e sincronizado entre todos os profissionais envolvidos¹³.

Em adultos, a doença coronária é a principal causa de PCR. No Brasil, a doença de Chagas, por levar a importantes distúrbios elétricos no coração, também tem um papel importante. Os fatores predisponentes mais importantes para a PCR são episódios prévios e história anterior de: taquicardia ventricular (TV); infarto agudo do miocárdio (IAM); miocardiopatia dilatada; hipertensão arterial sistêmica; cardiomiopatia hipertrófica; síndrome do QT longo; portadores de síndrome de Wolf Parkinson White com episódios de fibrilação atrial¹⁶. O trauma é a segunda causa mais freqüente de PCR, atingindo, principalmente, os adultos jovens⁷.

Em crianças, ao contrário dos adultos, o mais comum é a ocorrência de parada cardíaca em conseqüência à parada respiratória; em nosso país, também são freqüentes paradas cardiorrespiratórias em crianças por distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos; no caso de menores de um ano de idade, traumatismos também são freqüentes¹⁶.

Em unidades de pronto-socorro é importante salientar o papel da enfermagem dentro da equipe de saúde e em especial, do profissional enfermeiro, ao qual compete privativamente prestar cuidados diretos a pacientes graves, com risco de vida, desempenhando, freqüentemente, papel decisivo na sobrevivência de pacientes atendidos em prontos-socorros inconscientes ou em parada cardiorrespiratória¹³.

Em 1992 foi formada a International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) [Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação] para promover um fórum entre as principais organizações de ressuscitação de todo o mundo. Até o momento, ela compreende representantes da American Heart Association (AHA), European Resuscitation Council (ERC), Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCR), Resuscitation Councils of Southern Africa (RCSA) e InterAmerican Heart Foundation (IAHF)¹⁵.

O ILCOR se reúne duas vezes por ano, alternando, geralmente, entre um local nos Estados Unidos e um lo-

cal em alguma outra parte do mundo. Em colaboração com a AHA, o ILCOR produziu as primeiras Diretrizes Internacionais de RCP em 2000. De novo, em colaboração com a AHA, o ILCOR promoveu uma ampla revisão com base em evidências científicas, que culminou com o Consenso Internacional de Ciência em RCP e Atendimento em Emergências Cardiovasculares com Recomendações de Tratamento na Conferência de janeiro de 2005. Os procedimentos dessa reunião forneceram o material para as organizações de consensos regionais escreverem suas diretrizes de ressuscitação. Em geral, a cada dois anos são publicadas novas recomendações (ou atualizações das recomendações anteriores) com base em estudos científicos¹⁵.

Existem cursos padronizados em todo o mundo e inclusive no Brasil, certificados pela AHA, sobre essas normas treinamentos; entre eles, o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Cardiac Life Support); há também cursos voltados para pediatria e para o trauma.

O diagnóstico da PCR deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso¹². A equipe de enfermagem deve estar atenta ao diagnóstico da PCR e estabelecer imediatamente medidas terapêuticas destinadas a manter os órgãos vitais em funcionamento¹³.

A responsividade deve ser investigada com estímulo verbal e tátil. O estímulo verbal deve ser efetuado com voz firme e em tom alto, que garanta que a vítima seja capaz de escutar o socorrista. O estímulo tátil deve ser firme, sempre em lado contrário à posição do socorrista, para evitar que o mesmo seja agredido, involuntariamente. Se não houver resposta, deve ser considerado que a vítima esteja em situação potencialmente letal, devendo ser assegurado atendimento médico de emergência. Esse conceito dá suporte ao chamado por ajuda¹².

A seqüência de ações recomendadas no suporte básico de vida pela AHA com uma vítima inconsciente em um ambiente hospitalar, numa PCR assistida, é: perceber a necessidade de resposta; avaliar a responsividade da vítima; solicitar ajuda ou ligue para o SME (serviço médico de emergência local); posicionar o paciente; posicione-se como socorrista e: A – abrir as vias aéreas; B – promover uma boa respiração, realizar ventilação por pressão positiva; C – circulação: fazer compressões torácicas (trinta compressões para duas ventilações, em adultos); D – desfibrilação: choque se há FV (fibrilação ventricular)/TV (taquicardia ventricular) sem pulso (choque único de 360 Joules), se não for efetivo, realizar dois minutos de RCP, priorizando as compressões torácicas eficazes. São descritas nessas diretrizes todos os passos do suporte básico de vida e do suporte avançado de vida, que inclui intubação orotraqueal, monitorização adequada e uso de medicamentos para tentar reverter a PCR².

A PCR pode apresentar ritmos chocáveis (taquicardia ventricular sem pulso e fibrilação ventricular) e ritmos não chocáveis por desfibrilador (assistolia, atividade elétrica sem pulso), descritos a seguir^{1-2,9,12}.

A fibrilação ventricular é a contração incoordenada do miocárdio em conseqüência da atividade caótica de diferentes grupos de fibras miocárdicas, resultando na

ineficiência total do coração em manter um rendimento de volume sanguíneo adequado. É a arritmia mais comumente responsável pela morte súbita (75 – 80%). Na maioria das vezes está associada à doença coronariana, onde as alterações celulares secundárias a isquemia como o acúmulo de cálcio intracelular, a ação de radicais livres, alterações metabólicas e da modulação neuro-humoral estão relacionadas com a sua gênese. Também pode ocorrer relacionada com o uso de drogas anti-arrítmicas, hipoxia, fibrilação atrial com resposta ventricular muito rápida associada às síndromes de pré-excitação e após cardioversão elétrica eletiva. Uma minoria dos casos de morte súbita se relaciona a doenças primárias que levam à FV (ex: displasia arritmogênica do ventrículo direito, síndrome de Brugada).

A taquicardia ventricular sem pulso é a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar à elevada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo a ausência de pulso arterial palpável, quando, então, é considerada uma modalidade de parada cardíaca, devendo ser tratada com o mesmo vigor da FV.

A assistolia é a cessação de qualquer atividade elétrica ou mecânica dos ventrículos. No ECA se caracteriza pela ausência de qualquer atividade elétrica ventricular observada em pelo menos duas derivações. Cerca de 80% das PCRs são advindas de arritmias ventriculares e a presença de assistolia se reveste de um prognóstico sombrio para o paciente. Afirmar corretamente que o ritmo em tratamento é de fato assistolia passa a ser um diagnóstico que necessita uma absoluta certeza. Deve-se verificar o cabeamento do ritmo cardíaco, tentar aumentar o ganho da derivação e mudar as derivações do monitor para se ter certeza do diagnóstico.

A atividade elétrica sem pulso – é caracterizada pela ausência de pulso detectável na presença de algum tipo de atividade elétrica, com exclusão de taquicardia ou FV. A atividade elétrica sem pulso incorpora a dissociação eletromecânica (DEM) e um grupo heterogêneo de ritmos que inclui: pseudo DEM, ritmo idioventricular, ritmo de escape ventricular, ritmo idioventricular pós desfibrilação e ritmos bradiassistólicos.

O único tratamento eficaz para a FV ou a TV é a imediata desfibrilação através de choque por corrente direta conforme o protocolo estabelecido internacionalmente pela ILCOR (atualmente, choque único de 360 J imediato de parada cardíaca testemunhada há menos de 4 ou 5 minutos ou após dois minutos de RCP se o evento não foi testemunhado). O uso de antiarrítmicos na presença de FV e após a recuperação da parada cardíaca por FV ou TV sem pulso é descrito na literatura, conforme consenso internacional.

Diversas são as causas possíveis que podem levar a falha na recuperação da parada cardíaca. Identificar e tratar a tempo essas causas potencialmente reversíveis é o ponto fundamental dessa etapa, onde os principais eventos a serem lembrados no diagnóstico diferencial são os fatores chamados “Hs e Ts”: hipovolemia, hipoxia, hidrogênio (acidose), hipo/hiperpotassemia, hipoglicemia, hipotermia, toxicidade, tamponamento cardíaco, tensão no tórax, trombose coronária, trombose pulmo-

nar, trauma (hipovolemia)¹.

Os profissionais de enfermagem são, após a recepção, em geral, os primeiros a terem contato com o paciente no pronto-socorro. Os enfermeiros, como líderes e responsáveis técnicos da equipe de enfermagem, são quem direcionam este atendimento. Assim, torna-se imprescindível que estes tenham um conhecimento acerca do diagnóstico imediato da parada cardiorrespiratória (ou situações de emergência com ameaça à vida) e suas possíveis causas, para que possam reconhecer imediatamente tal evento e, assim, contribuir para que o atendimento seja feito da forma mais rápida e eficiente possível, dentro da realidade de cada instituição^{3-4,8}.

Com base nestas considerações, esta pesquisa teve como objetivo: avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros entrevistados quanto ao diagnóstico da parada cardiorrespiratória em adultos e suas causas mais comuns.

Material e Métodos

O presente estudo é uma pesquisa não experimental, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados obtidos foram baseados nas respostas concedidas pelos enfermeiros da manhã, em um hospital municipal no Município de São Paulo, Distrito de Ermelino Matarazzo.

Os dados foram coletados através de um questionário formulado pelos próprios pesquisadores, aplicados aos enfermeiros, tendo participado enfermeiros dos setores: pronto-socorro – quatro; centro cirúrgico – dois; clínica médica – dois; clínica neurológica/ortopedia, clínica cirúrgica e comissão de controle e infecção hospitalar – um enfermeiro. O instrumento contém duas questões abertas e doze questões fechadas.

A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2007, pelas próprias pesquisadoras, as quais acompanharam o preenchimento dos questionários, solucionando as dúvidas dos sujeitos. A amostra foi composta por onze enfermeiros que responderam o questionário. A princípio foi realizada uma solicitação ao responsável da Instituição de Saúde. Quanto aos aspectos éticos, o presente estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIP, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, como também apresentado ao Comitê de Ética da Instituição (Protocolo CAAE nº 1379.0.000.251-07). Cabe salientar que, antes da aplicação do questionário, os entrevistados foram informados e esclarecidos quanto à finalidade do estudo, sua participação voluntária. Foi entregue um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, oficializando a disposição dos sujeitos na participação do estudo, garantindo seu anonimato.

Resultados e Discussão

A análise dos dados realizou-se mediante tabulação manual das respostas obtidas, realizada de acordo com sua distribuição numérica e percentual. Para isso utili-

Tabela 1. Idade x sexo e formação. São Paulo – 2007

Sexo	Idade (anos)			Formação			
	25-30	31-50	> 50	Em branco	Pós graduado	Apenas graduado	Em branco
Feminino	1	3	–	1	3	3	–
Masculino	–	3	2	1	2	2	1
Total	1 (10%)	6 (54%)	2 (18%)	2 (18%)	5 (45%)	5 (45%)	1 (10%)

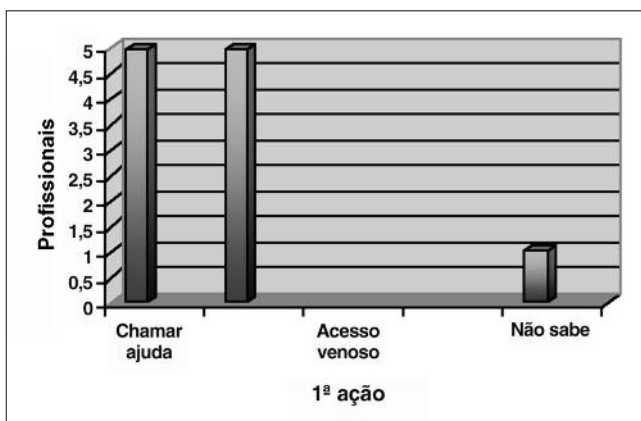
zou-se o agrupamento de respostas por regularidades e repetição das mesmas, ou seja, foi utilizada a medida estatística denominada moda. A moda expressa o valor mais freqüente na distribuição dos dados coletados e é a medida de mais fácil compreensão¹⁰. A análise e interpretação dos dados obtidos permitiram a caracterização dos sujeitos, nota-se que entre os entrevistados prevaleceu o sexo masculino, com idade entre 31 e 50 anos sem curso de pós-graduação (Tabela 1).

Pode-se verificar que no Quadro 1 a média do tempo de enfermagem entre cinco entrevistados (45%) permaneceu entre 3 e 9 anos, quatro pessoas entre 10 e 16 anos (36%) e o restante (19%) mais de 17 anos de profissão, ou seja, a grande maioria trabalha há mais de quatro anos na instituição, podendo ser considerados “experientes”.

Ao serem indagados em relação qual a primeira atitude a tomar ao deparar-se com um paciente inconsciente, contatou-se que apenas 45% (5) dos entrevistados respondeu corretamente. Deve-se checar a responsabilidade e chamar ajuda^{2,12}, conforme mostra o Gráfico 1.

Quadro 1. Tempo de atuação profissional na enfermagem x tempo de atuação no hospital sede da pesquisa. São Paulo – 2007

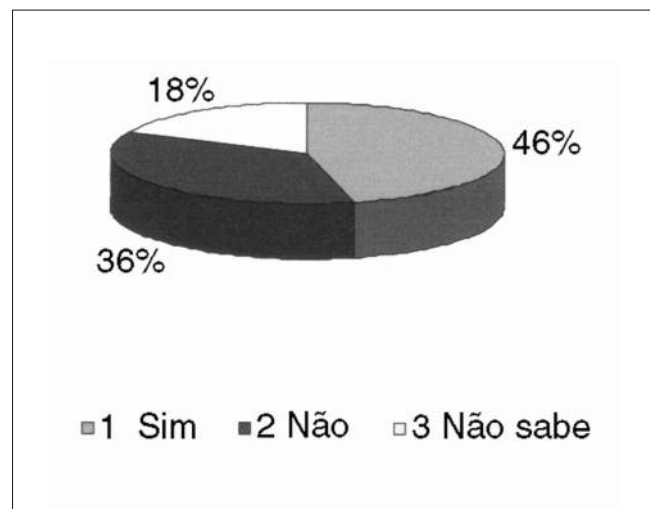
Tempo de atuação profissional na enfermagem (anos)	Como enfermeiro	No hospital
0–9	5	5
10–16	4	4
17–26	2	2
Em branco	–	–
Total	11	11

**Gráfico 1. Primeira ação x inconsciência. São Paulo – 2007**

Aqui nota-se a importância do papel da enfermagem dentro da equipe de saúde e em especial, do profissional enfermeiro, ao qual compete privativamente prestar cuidados diretos a pacientes graves, com risco de vida, desempenhando, freqüentemente, papel decisivo na sobrevivência de pacientes atendidos em prontos-socorros inconscientes ou em parada cardiorrespiratória¹³. Cabendo ainda ressaltar que a responsabilidade deve ser investigada com estímulo verbal e tátil. O estímulo verbal deve ser efetuado com voz firme e em tom alto, que garanta que a vítima seja capaz de escutar o socorrista. O estímulo tátil deve ser firme, sempre em lado contrário à posição do socorrista, para evitar que o mesmo seja agredido, involuntariamente. Se não houver resposta, deve ser considerado que a vítima esteja em situação potencialmente letal, devendo ser assegurado atendimento médico de emergência. Esse conceito dá suporte ao chamado por ajuda¹².

Ao solicitar a diferenciação entre os termos emergência e urgência, nota-se que cinco (46%) dentre os entrevistados acertaram, dois (18%) alegaram não saber ou pensar terem o mesmo significado, e quatro (36%) erraram a questão, conforme o Gráfico 2.

Em relação à seqüência correta do atendimento na RCP, apenas 18% (2) citaram corretamente: A abordagem da vítima com provável PCR deve ser iniciada com detecção de inconsciência. Constatado este fato, o socorrista deve solicitar auxílio e imediatamente iniciar os procedimentos adequados. O paciente deve ser rapidamente avaliado quanto ao nível de consciência com o tradicional “cha-

**Gráfico 2. Significado dos termos emergência x urgência. São Paulo – 2007**

coalhar”, ou com um discreto estímulo doloroso ou auditivo, fazendo perguntas em tom alto e claro, identificando, com essas manobras, pessoas sonolentas ou comatosas com leve depressão do sistema nervoso central. A seguir deve chamar ajuda e avaliar a permeabilidade das vias aéreas, avaliar a respiração através da técnica “ver, ouvir e sentir”, o movimento respiratório. Então verificar a presença de pulso arterial, como mostra o Gráfico 3.

Com relação as possíveis causas de parada cardiorrespiratória, a maioria dos profissionais 30% referiu todas as patologias/situações propostas no questionário como possíveis causas de parada cardiorrespiratória, tais como infarto agudo do miocárdio, choque e insuficiência respiratória como demonstrado no Gráfico 4.

Uma série de situações clínicas e cirúrgicas pode culminar com PCR em pessoas previamente cardiopatas ou mesmo em pessoas que não apresentam doença cardíaca prévia. Em crianças a doença coronária é a principal causa. Em nosso país, a doença de Chagas pode levar a acarretar importantes distúrbios elétricos no coração. Os fatores pregressos que mais acrescentam riscos para história de PCR são:

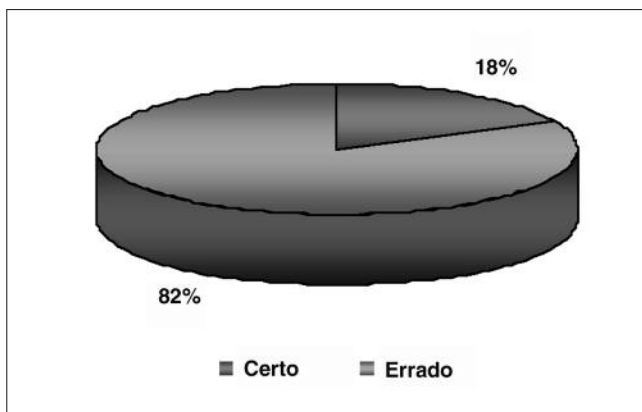


Gráfico 3. Seqüência correta na ressuscitação cardiopulmonar. São Paulo – 2007

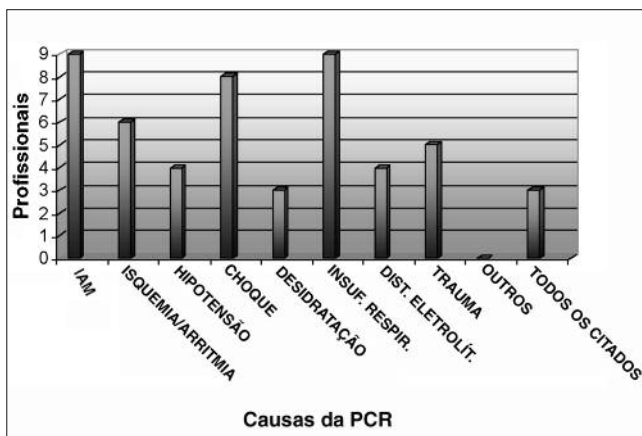


Gráfico 4. Possíveis causas da parada cardiorrespiratória referidas pelos enfermeiros. São Paulo – 2007

– Taquicardia ventricular (TV) – é a sucessão rápida de batimentos ectópicos ventriculares que podem levar a acentuada deterioração hemodinâmica, chegando mesmo a ausência de pulso arterial palpável^{1-2,9,12}.

Infarto agudo do miocárdio (IAM) – o tecido miocárdico é distribuído em regiões do coração, privadas de suprimento sanguíneo após o fechamento de artérias coronárias ou de seus ramos, por um trombo ou obstrução da luz do vaso por aterosclerose^{1-2,9,12}.

– Isquemia – diminuição ou interrupção da circulação sanguínea a um tecido ou órgão^{1-2,9,12}.

– Arritmia – irregularidade de um ritmo ou mais, particularmente do ritmo cardíaco percebido pelo pulso ou pela ausculta cardíaca, sendo diagnosticada também pelo ECG^{1-2,9,12}.

– Insuficiência respiratória – a função básica dos pulmões (oxigenar o sangue c/ remoção de dióxido de carbono) fica comprometida, levando o organismo a outras alterações fisiológicas: diminuição da frequência respiratória e cardíaca, sudorese, cianose, etc^{1-2,9,12}.

– Distúrbios eletrolíticos – causas comuns de PCR, assim como traumas^{1-2,9,12}.

Apenas 54% (6) dos entrevistados alegaram saber que dez minutos é um tempo muito longo para reverter uma parada e que após esse tempo as chances de sobrevivência são mínimas, conforme Quadro 2.

Quanto ao grau de conhecimento sobre os treinamentos aprovados pelo American Heart Association o curso de ACLS é conhecido por três dos entrevistados e o BLS apenas por um, sendo que as siglas são desconhecidas por todos, conforme Gráfico 5.

Quadro 2. Sobrevida após a PCR

Sobrevida	Profissionais
1–4 min	2
5–9 min	3
Acima de 10 min	6
Total	11

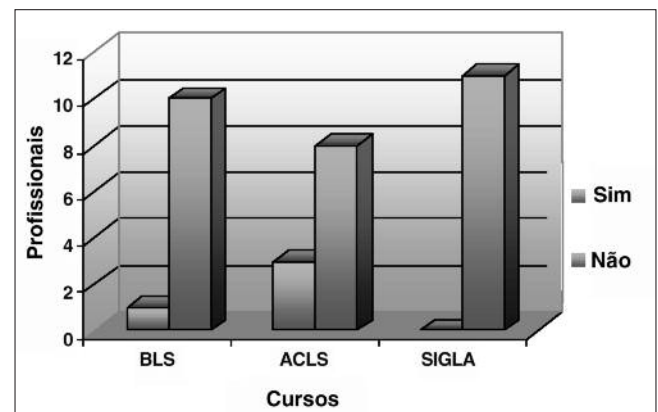


Gráfico 5. Conhecimento sobre os treinamentos aprovados pela American Heart Association ACLS x BLS. São Paulo – 2007

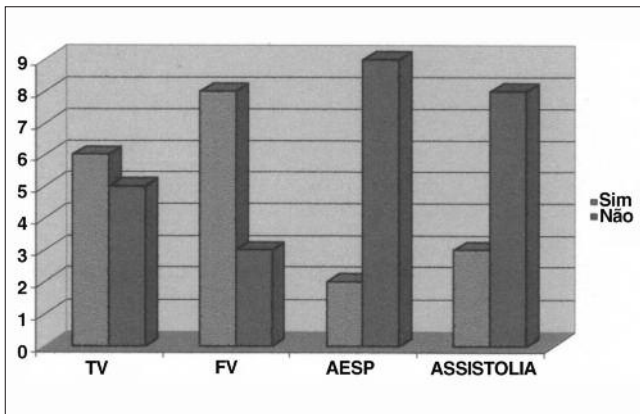


Gráfico 6. Conhecimento dos enfermeiros sobre os "ritmos chocáveis". São Paulo – 2007

Quadro 3. Avaliação primária

	Sim	Não	Total
Inconsciência	2	9	11
Respiração ofegante	0	0	0
Agitação	0	0	0
Sem respiração	3	8	11
Sem pulso, respiração, tosse, movimentação	6	5	11

ACLS – Advance Cardiologic Life Support ou SAVC – Suporte Avançado em Cardiologia. Estabelecer conteúdo técnico prático e teórico em estações algorítmicas com finalidade de proporcionar aos profissionais, bases para atendimento de situações de urgência e emergência clínica, sobretudo no apoio a PCR com manuseio e importância do desfibrilador externo automático (DEA)¹⁵.

BLS – Basic Life Support ou SBV – Suporte Básico de Vida – atendimento inicial da parada cardíaca conforme protocolo da "American Heart Association", permeabilização das vias aéreas, respiração boca-a-boca, compressão torácica externa, desfibrilação cardíaca, cadeia de sobrevivência¹⁵.

Em relação aos ritmos chocáveis, apenas 36% (4) dos entrevistados acertaram quais são. Numerosos estudos clínicos e epidemiológicos têm confirmado que pacientes que sobreviveram a PCR foram mais de 90% casos de fibrilação ventricular (FV). O emprego do desfibrilador permite aplicar choques controlados ao paciente, com o objetivo de terminar uma FV ou TV^{7,13}, conforme mostra o Gráfico 6.

O Quadro 3 mostra a avaliação primária para determinar se a vítima está em PCR, destaca-se observar o nível de consciência. Constatando-se inconsciência deve-se solicitar auxílio e iniciar os demais procedimentos^{6,11}.

O Gráfico 7 mostra que apenas dois dos entrevistados estavam atualizados em relação às novas Diretrizes Internacionais de Ressuscitação Cardiopulmonar. Em novembro de 2005, foram publicadas as diretrizes de ressuscitação do Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC) e da Associação Americana do Coração (AHA), simultaneamente. Estas diretrizes foram embasadas no

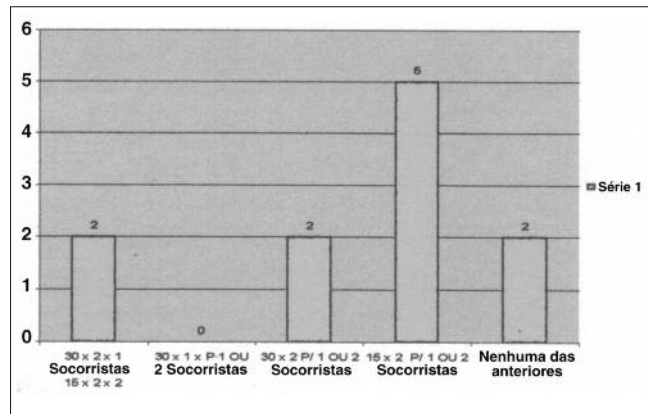


Gráfico 7. Ciclo compressões x ventilação. São Paulo – 2007

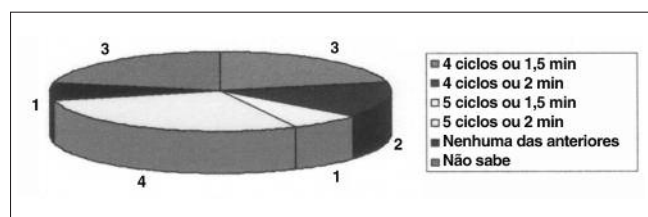


Gráfico 8. Pulso x respiração. São Paulo – 2007

Consenso Internacional de Ressuscitação, com a presença de representantes de todos os continentes^{6,11}.

Na RCP o pulso e a respiração devem ser avaliados a cada dois minutos. Em PCR realizar dois minutos de RCP básica ou 5 ciclos: 30:2 e reavaliar o pulso. Dentre os entrevistados houve apenas um acerto e três entrevistados que não souberam responder, os demais (sete), erraram a questão, conforme mostra o Gráfico 8.

Em um desfibrilador monofásico a carga recomendada para o choque único no adulto e na criança é de 360J e 2J/kg. Entre os onze entrevistados, apenas três deles souberam responder corretamente a essa questão, conforme Gráfico 9.

Com relação ao constatar um ritmo de FV/TV, PCR testemunhada, a seqüência correta de atendimento, somente um enfermeiro respondeu corretamente. A seqüência correta é iniciar com um choque de 360J monofásico ou 200J bifásico. Seguir com RCP básica imediatamente após o choque, sem verificar ou avaliar ritmo. Após 2 minutos de RCP de 5 ciclos (30:2) reavaliar o pulso e o ritmo, então aplicar choque se indicado ou retornar a RCP, conforme Gráfico 10.

Já no Gráfico 11, ao constatar um ritmo chocável (PCR testemunhada), onde a chegada ao local levou mais de 4 a 5 minutos, nenhum dos entrevistados acertaram a seqüência correta de atendimento, que é iniciar prontamente a RCP com 5 ciclos (30:2), realizar um choque único e checar o ritmo, preferencialmente carotídeo. A desfibrilação deve ser realizada o mais rápido possível. Além disto, é importante se ter em mente que, em caso de FV, muitos adultos podem sobreviver neurologicamente bem, mesmo se desfibrilados tardiamente, após 6 a 10 min.

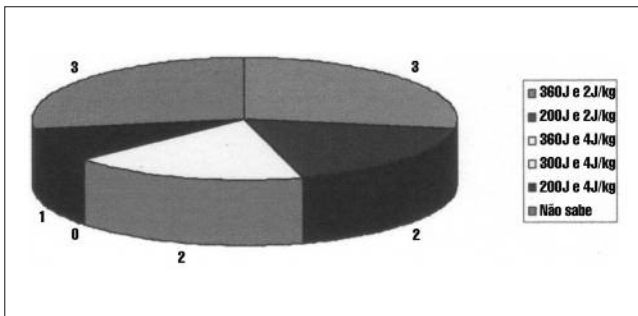


Gráfico 9. Desfibrilador monofásico x choque único. São Paulo – 2007

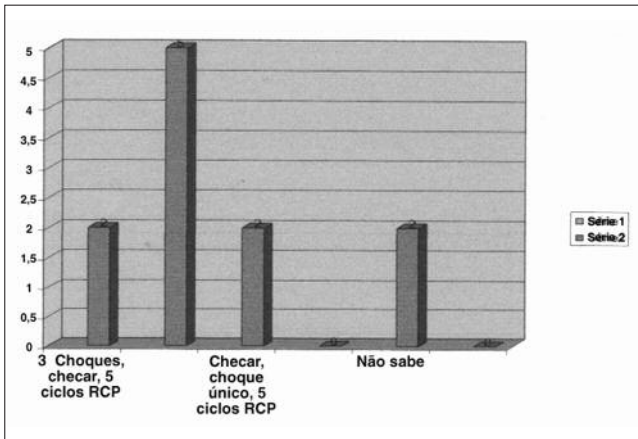


Gráfico 11. Ritmo chocável x PCR x Atendimento. São Paulo – 2007

A RCP, realizada enquanto se espera pela desfibrilação, prolonga a FV e conserva o miocárdio e o cérebro. Isoladamente, no entanto, dificilmente converte uma FV em ritmo regular. Nos casos de parada cardíaca súbita, o ritmo mais freqüentemente observado é a FV; o único tratamento realmente eficaz da FV é a desfibrilação elétrica; a probabilidade de sucesso na desfibrilação decai rapidamente com o passar do tempo; a FV tende a se transformar em assistolia em poucos minutos⁵.

Entre os entrevistados observou-se que nenhum realizou curso de atualização nos últimos 12 meses, o que auxilia a entender o grande número de respostas erradas durante esta pesquisa, conforme Gráfico 12.

Conclusão

O sucesso no processo de reanimação cardiopulmonar – RCP depende de uma série de ações encadeadas, chamadas de “corrente da sobrevivência” pela American Heart Association (AHA). Dentre essas medidas, a desfibrilação precoce “tornou-se essencial para a ressuscitação cardiopulmonar”, de acordo com a associação. Existem relatos de recuperação de até 40% dos ressuscitados nos casos em que as manobras de “socorro básico” tiveram início até quatro minutos após a parada cardiopulmonar, e em que a desfibrilação elétrica ocorreu em até 8 minutos. Já uma demora superior a dez minutos diminui a praticamente zero a possi-

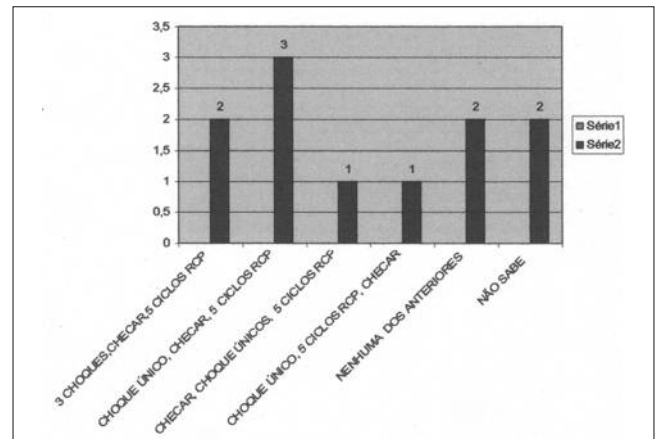


Gráfico 10. Seqüência de atendimento X FV/TV. São Paulo – 2007

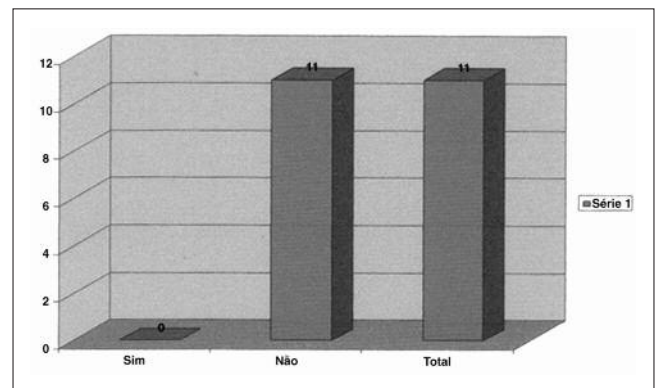


Gráfico 12. Curso de atualização na área de emergência realizado pelos enfermeiros, nos últimos doze meses. São Paulo – 2007

bilidade de a vítima se recuperar sem dano cerebral significativo^{5-6,11,14}. De acordo com as últimas diretrizes da AHA, compressões torácicas eficazes aumentam significativamente a sobrevivência dos pacientes, assim, nas últimas publicações sobre o assunto, este assunto têm sido abordado com ênfase.

Assim, é de primordial importância que a equipe de enfermagem, em especial os enfermeiros, como líderes e orientadores/educadores da equipe de enfermagem, estejam atualizados sobre estes dados, para que a assistência prestada seja de maior qualidade possível, visto que, para que estas orientações sejam seguidas, não é preciso adquirir novos equipamentos (o hospital possui desfibriladores, apesar do equipamento ser antigo, segundo a equipe, funciona de maneira adequada), mas sim reciclagem sobre o assunto.

Para que a equipe tenha motivação para tal ação, julga-se que seria extremamente importante um treinamento teórico e prático aos enfermeiros com atualizações sobre o assunto, para que estes pudessem ser multiplicadores destas informações junto à equipe. Cabe ressaltar que o engajamento da equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, etc.) também é essencial.

Apesar disso, mesmo que fosse enfatizado, neste su-

posto treinamento, somente a realização de compressões torácicas eficazes e precoces, de maneira adequada, e a seqüência correta no suporte básico de vida, poderia já haver impacto na sobrevida dos pacientes, como demonstrado por estudos internacionais⁵.

Pode-se concluir que é necessário incentivar a reavaliação e capacitação contínua do enfermeiro, principal-

mente em se tratando do atendimento de parada cardiorrespiratória, pois, como evidenciado pelas respostas fornecidas, a maioria dos entrevistados neste estudo, apesar de reconhecer a importância do tema, não tinham conhecimento das diretrizes mais atualizadas sobre ressuscitação cardiopulmonar e seqüência ideal de atendimento.

Referências

1. American Heart Association. Currents in emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2005-2006;16(4):1-26.
2. American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2005;112(24 Suppl).
3. Carvalho MG. Atendimento pré-hospitalar para enfermagem: suporte básico e avançado de vida. São Paulo: Iátria; 2004.
4. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1451 de 10 de março de 1995. Estabelece estruturas para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos pronto-socorros públicos e privados. *Diário Oficial da União, Brasília*, 17 mar 1995. Seção I, p.3666 [acesso set 2003]. Disponível em: <http://www.cfm.org.br>
6. Ferreira AVS, Garcia E. Suporte básico de vida. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2001;11(2):214-25.
7. Hudak CM, Gall BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
8. Ilcor Members Organizations. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2000; 102(Suppl-1):86-171.
9. Kron T, Gray A. Administração dos cuidados de enfermagem: colocando em ação as habilidades de liderança. Trad. Ely Bom Consendy e Fernando Diniz Mundim. Rio de Janeiro: Interlivros; 1994. p.41-5.
10. Morley PT, Zaritsky A. The evidence evaluation process for the 2005 International Consensus Conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*. 2005;67(2/3):167-70.
11. Pazin Filho A, Santos JC, Castro RBP, Bueno CDF, Schmidt A. Parada cardiorrespiratória (PCR). *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2003;36(2/4):163-78.
12. SAVC Manual para provedores. Trad. Antônio Palma Brasil. Rio de Janeiro: American Heart Association; Fundação InterAmericana do Coração; 2004.
13. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro {Dissertação de Mestrado}. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
14. Timerman S, Gonzalez MMC, Quilici AP. Guia prático para o ACLS. São Paulo: Manole; 2006.
15. Timerman S, Gonzales MMC, Mesquita ET, Marques FRB, Ramires JAF, Quilice AP *et al*. Aliança Internacional dos Comitês de Ressuscitação (Ilcor): papel nas novas diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência 2005-2010. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(5):e201-8.
16. Vieira SRR, Timerman A, editores. Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. *Arq Bras Cardiol*. 1996;66(6):375-402.

Recebido em 27/11/2007

Aceito em 16/01/2008