

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES ADULTO COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Talita Silva¹
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva²

RESUMO

A parada cardiorrespiratória vem sendo um problema para os profissionais da saúde por ter uma alta taxa de mortalidade. No Brasil, ocorre mais de 630 mil óbito por morte súbita, provocada por problemas do coração; e a PCR ela é definida como a interrupção da atividade do coração e da respiração, podendo ser reversível se for tomada as providencias a tempo, pois cada segundo de atraso diminui a chance de sobreviver. Diante o estudo a seguir foi observado tamanho papel que a equipe de enfermagem tem sobre o tema abordado, e o quão importante o aperfeiçoamento e treinamento para estes profissionais. Destacando também os cuidados pós PCR, observamos que pode ocorre óbito nas primeiras 48 horas após o retorno da atividade elétrica do coração. O presente estudo limitou-se ao ponto de vista descritivo e bibliográfico e tem como objetivo realizar revisão de literatura sobre o procedimento de RCP e PCR. O enfermeiro deve realizar todo procedimento da ressuscitação e fazer o uso do desfibrilador caso a parada for chocável, fazendo assim com que o coração volte a trabalhar. É crucial todo apoio e acolhimento a toda família do paciente pois é um momento muito difícil, sabendo que são poucos os que recuperam totalmente de uma parada.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória; Enfermagem; Ressuscitação Cardiopulmonar, Desfibrilador

ABSTRACT

Cardiorespiratory arrest has been a problem for health professionals because it has a high mortality rate. In Brazil, more than 630 thousand deaths occur due to sudden death caused by heart problems; and CRP is defined as the disruption of heart and breathing activity, and may be reversible if steps are taken in time, as each second of delay decreases the chance of survival. Considering the following study, it was observed the role that the nursing team has on the topic addressed, and how important the improvement and training for these professionals. Highlighting also the

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem

² Docente do curso de Enfermagem

post-PCR care, we observed that death may occur within the first 48 hours after the return of the electrical activity of the heart. The present study was limited to a descriptive and bibliographical point of view and aims to carry out a review of the literature on the procedure of PCR and PCR. The nurse should perform the entire resuscitation procedure and use the defibrillator if the stop is shocking, thus causing the heart to return to work. It is crucial all support and welcome to the entire family of the patient because it is a very difficult time, knowing that few recover totally from a stop.

Keywords: *Cardiorespiratory arrest; Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation, Defibrillator*

INTRODUÇÃO

Esse estudo emergiu através da grande morbimortalidade em pacientes com parada cardiorrespiratória (PCR). No Brasil, estima-se que, anualmente, ocorre mais de 630 mil óbitos devido problemas do coração e 50% deste total acontece no ambiente intra-hospitalar. Diante alguns autores a massagem cardíaca com 100 a 120 compressões ajuda na sobrevivência do paciente, e boa parte das PCR ocorre diante pessoas leigas, por isso é importante orientar e treinar toda população para saber identificar uma PCR e realizar as manobras (SILVA *et al.*, 2017).

A PCR é considerada como intercorrência de alto grau de complexidade, principalmente quando presente em pacientes que se encontram em estado crítico, como os internados na unidade de terapia intensiva (UTI). Assim, o atendimento nesta circunstância exige da equipe multiprofissional rapidez, eficiência, conhecimento científico e habilidade técnica no desempenho da ação. Requer, também, para o sucesso do atendimento uma infraestrutura adequada, que proporcione atendimento com o máximo de eficiência e um mínimo de riscos para o paciente e equipe (GONZALES *et al.*, 2013).

A doença coronariana é causa mais comum de PCR no adulto. No Brasil, a doença de Chagas por acometer os distúrbios elétricos do coração também tem um papel muito relevante nos índices. Em crianças, diferentemente dos adultos, a mais comum é parada cardíaca devido à parada respiratória, sendo associado com

doenças cardíacas congênitas. Torreão *et al.*, (2000), diz que é maior a taxa de sucesso na PCR com causa primária no adulto.

METODOLOGIA DO ESTUDO

Este estudo se classifica como exploratório, por ter como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2007).

Foram diversas pesquisas bibliográficas em artigos científicos e também consulta na base de dados da SCiELO, realizado pesquisas utilizando o Google Acadêmico, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas e também livros de graduação relacionados a temática no acervo da biblioteca do Centro Universitário Atenas. As palavras chave utilizadas nas buscas foram: assistência de enfermagem, cuidados críticos e enfermagem, com os critérios de inclusão: textos completos, no idioma português.

CARACTERIZAÇÃO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Parada cardiorrespiratória é definida como a interrupção imediata da atividade do coração, respiração e da circulação, onde deve iniciar imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) até ter o retorno da circulação espontânea e evitar sequelas pós PCR, aumentando assim as chances de sobrevivência do paciente. A PCR é encontrada pelos enfermeiros em todas as áreas de atuação, é uma das intercorrências de mais alto risco (PEREIRA, *et al.*, 2015).

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada da circulação e da respiração, caracterizada pela ausência de batimentos cardíacos e da respiração em um paciente inconsciente, cujo diagnóstico deve ser feito com agilidade através da avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso. Existem três modalidades de PCR: assistolia, fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso (VITURI, 2009).

De acordo com Gonzales e colaboradores (2015), para uma RCP de sucesso são avaliados os conhecimentos, as manobras corretas e a agilidade do atendimento. É todo um conjunto de procedimentos e nada poderá reverter a PCR se todas as técnicas não forem trabalhadas de forma coletiva. Publicações recentes demonstram mudanças alterando toda sequência da RCP, ainda que tenha novidades na nova diretriz, continua tendo algumas questões diversas na literatura, sendo os principais pontos citados:

- a) Reduzir as interrupções das compressões torácicas, colocar compressões de boa qualidade e na profundidade correta e ter a desfibrilação dependendo das compressões.
- b) Desfechos, registros hospitalares e epidemiologia sobre RCP contribuem para a ressuscitação.
- c) Atenção especial para os pacientes ressuscitados, controlando a pressão arterial (PA), oxigenação e ventilação, pois muitos morrem nas primeiras 36 horas após a ressuscitação e outras ficam com sequelas cerebrais.
- d) Os conhecimentos adquiridos no treinamento de RCP (educação, implementação, retreinamento) são esquecidos rapidamente se não forem colocados em prática, no qual é necessário simplificar o treinamento para pessoas leigas, sendo que quanto mais casos de PCR o profissional atender, mais ele necessitará de conhecimento para que domine todas as técnicas.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia ocorre ao ano em média 200 mil parada cardiorrespiratória (PCR) e 50% delas vem sendo em ambiente hospitalar, e devido ao grande número de mortes ou sequelas por esse procedimento, ela é considerada um dos principais problemas na área da saúde nos últimos tempos (BRAGA *et al.*, 2018).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é a emergência mais prevalente e a chance de sobrevivência dela depende diretamente do atendimento do enfermeiro (ALVES, BARBOSA, FARIA, 2013). Os profissionais que atuam nas áreas com mais intercorrências no hospital sempre vêem pacientes em estado crítico, os quais podem evoluir para uma PCR, por isso os profissionais devem estar sempre atentos e

atualizados nos assunto para entender e saber como agir diante disso, pois a falência pode vim devido a um simples atendimento incorreto (ROSA, 2014).

A luta pela vida nos setores de emergência ocorre diariamente, e a PCR é uma das mais temidas onde a sobrevivida depende do atendimento, do reconhecimento precoce da parada, rapidez, conhecimentos dos profissionais, e uma manobra correta, sendo que qualquer um desses fatores descartados ou feito da maneira incorreta será prejudicial para vida (ALVES, BARBOSA, FARIA, 2015).

Conseguir fazer com que o número de mortes ou danos devido a Parada Cardiorrespiratória (PCR) abaixe drasticamente é algo complexo, mas prestar uma ótima assistência, fazendo todo procedimento necessário é papel de toda equipe que esteja na emergência (PEREIRA *et al.*, 2015).

A PCR pode ser causada por algumas modalidades quando a frequência cardíaca for muito rápida ou muito lenta, sendo elas: taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia, bloqueio átrio ventricular ou por assistolia. E pode suceder a uma atividade elétrica sem pulso que é caracterizado pela ausência do pulso detectável de algum tipo de atividade elétrica e contração cardíaca (VIEIRA, 2011).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, devido ao estilo de vida que a população vem levando e isso vem aumentando as ocorrências de PCR, sendo de suma importância a capacitação dos profissionais da urgência e emergência para atender a essa demanda (GONZALES, 2013).

Parada cardiorrespiratória pode ser causada por hipóxia (ausência de oxigênio nos tecidos), hipovolemia (diminuição do volume do plasma sanguíneo), acidose (muito ácido no líquido corporal), tromboembolismo coronariano (oclusão de uma artéria coronária por coágulo de sangue), tamponamento cardíaco (acumulo de líquido, pus ou ar no pericárdio), agentes tóxicos, pneumotorax hipertensivo (ar na cavidade pleural), hipotermia (baixa temperatura corporal), tromboembolismo pulmonar (artéria bloqueada no pulmão), hipercalemia (aumento da concentração de potássio sérico) e Hipocalemia (diminuição da concentração de potássio sérico) (MARTINS, 2016).

Deve ser observado que grande parte das PCR ocorre em adultos, mas nem por isso devemos descartar a possibilidade de ocorrer em crianças,

principalmente em ambiente hospitalar, havendo diferença entre o tratamento instituído por causa da faixa etária (GONZALES *et al.*, 2013).

CUIDADOS COM PACIENTE PÓS PCR

Os cuidados pós PCR servem para evitar que a lesão piore e para que a pressão de perfusão se mantenha adequada. Os primeiros cuidados devem incluir: gasometria com dosagem de eletrólitos e ácido, radiografia do tórax par excluir a possibilidade de pneumotórax e fratura na costela, eletrocardiograma (ECG) para ver a causa da PCR e das disritmias (PEREIRA, 2001).

A síndrome pós PCR é uma síndrome clínica grave que ocorre nas primeiras 24 a 48 horas após o retorno da circulação, sendo esta responsável por um elevado número de óbito. Essa síndrome é devido as lesões de hipóxia e perfusão ocorrido durante a PCR e após a RCP (MAURICIO *et al.*, 2018).

Segundo Mauricio (2008), as medidas a serem tomadas são:

- a) Tratamento de perfusão caso for trombose coronariana;
- b) Regulação e manutenção dos parâmetros hemodinâmicos;
- c) Correção da gasometria;
- d) Glicose adequada;
- e) Controle de hidratação corporal;
- f) Administrar analgésicos e sedativos;
- g) Controlar a temperatura;
- h) Prevenir e tratar convulsões.

Os cuidados ajudam a evitar a morte precoce por falta de monitoramento pós ressuscitação, que resulta em danos nos órgãos e lesão cerebral. Os principais cuidados são monitoramento das condições cardiopulmonares e perfusão do órgãos, transporte do paciente até a UTI, analisar a causa, tratar e prevenir que volte (MAURICIO *et al.*, 2018).

Nos cuidados pós PCR pode ocorrer várias apresentações clínicas, podendo ocorrer melhora do paciente e volta a atividade cardíaca normal ou ocorrer uma piora que necessite até de choques difíceis de manusear. Nos três primeiros dias pós ressuscitação órgãos como fígado, pâncreas e rins pode ficar

comprometidos, podendo ter uma síndrome de disfunção dos múltiplos órgãos (PAZIN-FILHO *et al.*, 2003).

Após um episódio de PCR, a pressão intracraniana (PIC) aumenta favorecendo a lesão cerebral; a cabeceira da cama deve ser elevada a 30°, devido ao aumento da obstrução e a drenagem das veias jugulares por causa do PIC. A hiperglicemia agrava-se nas primeiras horas após a PCR; o monitoramento da glicemia colabora com diminuição de óbitos e a neuropatia (SOUZA, SILVA, 2013).

Outras medidas pós PCR é a hipotermia induzida que deve ser entre 32°C e 34°C entre um período de 24 horas. Deve evitar a hiperemia e a hiperventilação, se caso o paciente tiver convulsão administrar o uso de anticonvulsivante (SOUZA, SILVA, 2013).

Em seguida, inicia a administração de fármacos para sedação, o que ajuda que se caso tiver algum aparelho conectado ao paciente não se soltem e auxilia também na baixa temperatura corpórea (SOUZA, SILVA, 2013).

Caso o pulso estiver presente, significa que o paciente teve uma PCR isolada e se for ausente (sem pulso e sem respiração) é confirmado a PCR, iniciando as manobras de ressuscitação. Quando realizado a RCP, o pulso deve ser verificado no carotídeo por ser o primeiro a pulsar na situação de ressuscitação; para checar a ausência de pulso necessita só de 10 segundos, excluindo os pacientes hipotérmicos que podem necessitar de um tempo maior (PAZIN-FILHO, *et al.*, 2003).

Pacientes pós PCR sendo transferidos para UTI podem possuir uma taxa de sobrevida maior por ter mais comodidade, acesso mais fácil aos equipamentos caso seja necessário e possuem um suporte adequado sem contar com a equipe de profissionais treinados para esse setor (MAURICIO, *et al.*, 2018).

Caso a frequência ventricular (FV) seja diagnosticada, o uso do desfibrilador deve ser imediato, ocorrendo monitoramento do ritmo cardíaco do paciente; a desfibrilação consiste numa corrente elétrica que promove uma despolarização das células cardíacas, sendo que o choque deve percorrer todo miocárdio (PAZIN-FILHO *et al.*, 2003).

Segundo as Diretrizes da AHA 2015, sobre os medicamentos após uma parada, pode administrar Lidocaina após a RCP. Alguns estudos afirmam diminuição da Fibrilação ventricular e Taquicardia ventricular sem pulso (FV\TVSP) quando

utilizado este medicamento. Beta bloqueadores após a PCR colabora com a taxa de sobrevivência, mas os profissionais de saúde deve avaliar o paciente para saber se ele está apto a receber tal medicação, porque tem casos em que o quadro de saúde da pessoa piora.

Nos três primeiros dias após a ressuscitação a perfusão pode ajudar a progredir para uma isquemia e edema cerebral que migram para cascatas bioquímicas, podendo assim levar até mesmo a apoptose, sendo que a identificação desses fenômenos tem contribuído para o desenvolvimento de tratamentos (PEREIRA, 2008).

Diante disso, observa-se que o enfermeiro deve tomar os cuidados durante e após a PCR, por meio da vigilância, realização de procedimentos necessários que complementem a assistência médica baseado nas diretrizes de enfermagem, ficando atento a qualquer intercorrência pós PCR, pois é um período onde o paciente estará muito frágil e propício a modificações no funcionamento dos órgãos e também o papel do enfermeiro dar apoio e acolher os familiares da vítima (DALRI *et al.*, 2008).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

O enfermeiro tem um papel importante como integrante da equipe de socorro, sendo ele que reconhece a PCR, entende das etapas de reanimação, administra todo processo e repassa as funções para os técnicos de enfermagem. É necessário que todos os membros da equipe sejam unidos para que se preste um atendimento ágil. Quanto mais próximo for a ligação entre paciente e profissional, mais fácil será identificar quando o paciente está tendo uma parada (PEREIRA *et al.*, 2015).

Normalmente é o enfermeiro que avalia a vítima com PCR, e inicia a RCP, sendo que prestar uma assistência imediata é fundamental para um bom resultado. Cabe ao enfermeiro capacitar a sua equipe com treinamento para procedimentos emergenciais, pois sua equipe é responsável por iniciar os primeiros cuidados. O enfermeiro deve estar atualizado com as diretrizes internacionais da PCR, para ter segurança e entendimento (SILVA *et al.*, 2017).

Estudos apontam que aproximadamente 30% das tentativas de RCP são bem sucedidas, mas somente 10% dos pacientes se recuperam após a RCP sem sequelas neurológicas ou com graus leves e moderados de incapacidade funcional. Cerca de 90% dos pacientes morrem no primeiro ano após o evento, dos quais 30% direta ou indiretamente de causas neurológicas (DONABEDIAN, 2000).

O papel do enfermeiro, segundo Claro *et al.*, (2011), que atua no âmbito da urgência e emergência, é executar atendimento rápido com conhecimento e segurança, a fim de socorrer a vítima em qualquer situação de risco de vida, aliando fundamentação teórica, habilidade, iniciativa e a estabilidade emocional.

Diante de uma vítima em situação de PCR, o enfermeiro deve prestar atendimento intensivo durante a reanimação cardiopulmonar (RCP). Após essa intervenção, através de uma avaliação rápida do paciente, o enfermeiro também é responsável pela realização de procedimentos e técnicas que podem complementar a assistência médica.

O enfermeiro faz a RCP contínua, monitorando o retorno cardíaco e os sinais vitais (SSVV), administrando os fármacos conforme prescrição médica, faz os registros do que ocorreu, notifica o médico de plantão, relata o acontecimento para família, após a reanimação bem sucedida o enfermeiro juntamente com o médico monitora os SSVVe o bem estar do paciente pois qualquer complicação deve iniciar os cuidados imediatos, no qual irá refletir no quadro de melhora (ZANINI, NASCIMENTO, BARRA, 2006).

O enfermeiro é o primeiro que identifica se o paciente está evoluindo para uma PCR, e aciona os integrantes da equipe para a RCP, sendo dever do enfermeiro buscar aperfeiçoamento e fortalecimento para sua equipe. É necessário pensar sobre o processo de ``cuidar`` de um paciente com PCR e descrever as condutas a ser tomadas, possibilitando um cuidado de qualidade (ROCHA *et al.*, 2012).

Quando iniciado o atendimento, compressões torácicas são essenciais para levar oxigênio para os órgãos críticos e devem ser realizados na profundidade e frequência ideais, aumentando a chance de vida do paciente (ALVES, BARBOSA, FARIA, 2013).

A assistência prestada não depende só do serviço, mas também do protocolo de atendimento que é por uma sequência, onde na falta desse protocolo

pode levar a discordância do tipo de atendimento, levando a erro ou falhas, e diminuindo os resultados esperados (PEREIRA *et al.*, 2015).

As compressões torácicas devem ser aplicadas de 100 a 120 por minuto, com uma profundidade de pelo menos 5 centímetros, evitando excesso de profundidade; é realizado 2 respirações a cada 30 compressões; as compressões comprimem o coração, fazendo com que gere fluxo sanguíneo, fornecendo oxigênio para o coração e o cérebro. Deve-se evitar apoiar sobre o tórax entre as compressões para não atrapalhar o retorno da parede do tórax (GUIDELINES, 2015).

A obstrução das vias aéreas é um ponto importante porque quando a vítima esta inconsciente a musculatura da língua relaxa fazendo com que ocorra a obstrução das vias. Outros fatores como edemas, corpos estranhos ou secreções podem contribuir também para esse processo. Para evitar esse transtorno, deve ser realizado a manobra com hiperextensão da cabeça ou elevação da mandíbula (FILHO *et al.*, 2003).

Gonzales e Colaboradores, 2013 afirma que desfibrilador é um equipamento que interpreta o ritmo cardíaco e identifica o choque, cabendo ao profissional decidir se vai desfibrilar o paciente ou não. Ele e indicado para tratamento de FV e TVSP. Em seguida, temos descritos alguns passos para utilização do Desfibrilador externo automático (DEA):

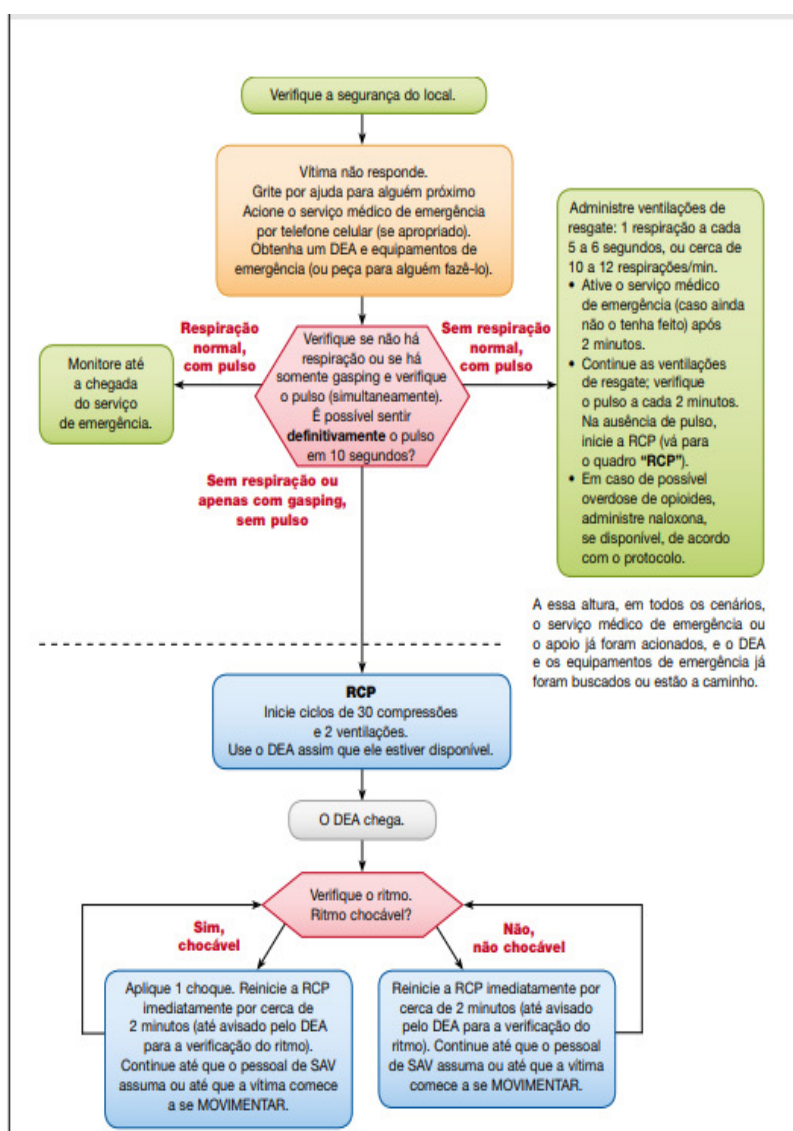
- a) Ligar o aparelho;
- b) Conectar as pás no tórax da vítima, ele irá analisar e dirá se o choque e recomendado;
- c) Se for indicado, pedir para que todos se afastem, e pressionar o botão para acionar o choque;
- d) Deve iniciar a RCP imediatamente após o choque e o DEA analisara o ritmo novamente;
- e) Caso o choque não for indicado, deverá reiniciar a RCP novamente.

Podem ocorrer também intervenções farmacológicas na RCP. Vasopressores, drogas que aumentam a pressão da perfusão coronariana, como adrenalina, vasopressina, noradrenalina. Antiarrítmicos também são usados para

prevenir recorrência, como amiodarona, lidocaína e sulfato de magnésio (GONZALES *et al.*, 2013).

Quanto à via a ser aplicada, deve se escolher entre o acesso venoso periférico, aceso central, via intraóssea e a via endotraqueal, com atenção voltada para forma de administração. Verificar se não existe nenhuma contra indicação para via escolhida para se administrada. Além disso, apesar da adrenalina ser utilizada como a primeira droga de escolha, deve-se ficar atentose a mesma á capaz de interagir com demais medicações administradas ao paciente (ESPINDULA *et al.*, 2017).

Figura 1- Atendimento a PCR no adulto.



CONCLUSÃO

A parada cardiorrespiratória é de fato uma intercorrência praticamente voltada a equipe de enfermagem, onde são os enfermeiros que realizam maior parte dos procedimentos. Existem várias causas que pode levar a ela, e mesmo após a reanimação bem sucedida, permanece as intercorrências que acometem na maioria dos pacientes que foram ressuscitados nos três primeiros dias. A parada pode ser intra ou extra-hospitalar, sendo assim é importante até mesmo que os socorristas leigos entendam o que fazer diante essa situação até a equipe de saúde chegar, porque cada minuto que se passa sem fazer nada diante um paciente aumenta mais a dificuldade de fazer a ressuscitação, podendo levar o paciente a óbito.

O enfermeiro realiza as manobras de RCP, faz o uso do desfibrilador e presta a assistência pós-PCR. A assistência de enfermagem é o que aumenta a taxa de sobrevida, desde que a mesma seja realizada com conhecimentos, existindo muitos profissionais da saúde que nem sabe o que fazer caso os mesmos se deparem com um paciente parado. Por isso, esse assunto não pode ser tratado de forma superficial, já que a falta de conhecimentos e treinamentos para equipe de enfermagem pode ser crucial para a sobrevida do paciente, ainda mais sabendo que tem muitos casos de morte por ano no Brasil devido a parada.

Portanto, é necessário palestras para sociedade ensinando como agir diante dessa intercorrência, fazendo diminuir a taxa de mortes por PCR extra-hospitalar e também mais treinamentos e aperfeiçoamento para equipe de enfermagem, já que são eles que prestam os primeiros atendimentos e reconhecem a parada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Cristiele Aparecida; BARBOSA, Cinthia Natalia Silva; FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Parada cardiorrespiratória e enfermagem**: o conhecimento acerca do suporte básico de vida. *Cogitare Enfermagem*, v. 18, n. 2, 2013.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques da American Heart Association 2015: Atualizações das diretrizes de RCP e ACE [Internet]. Dallas: AHA; 2015 [cited 2015 Apr 09]. Available from: <https://eccguidelines.heart.org/wpcontent/uploads/2015/10/2015-AHAGuidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Internet] 2010 [acesso em 17 nov 2011]. Disponível: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015. Atualização das Diretrizes RCP e ACE. [internet] 2015 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

AMERICAN HEART ASSOCIATION et al. Destaques da American Heart Association 2015. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. **Dallas: American Heart Association, 2015.**

BERNARD SA, Buist M - Induced hypothermia in critical care medicine: a review. Crit Care Med, 2003;31:2041-2051.

BRAGA, Renata Maria de Nassau et al. ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO AMBIENTE INTRA-HOSPITALAR. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 16, n. 56, p. 101-107, 2018.

CALLAWAY CW, Donnino MW, Fink EL, Geocadin RG, Golan E, Kern KB, et al. Part 8: post-cardiac arrest care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015; 132(suppl2):465-82. doi: 10.1161/CIR.0000000000000262

CLARO, C. M.; KROCKOZ, D. V. C; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. **Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment.** Rev Esc Enferm USP. 2011 Mar; 45(1):167-72.

DA SILVA, Karla Rona et al. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E O SUPORTE BÁSICO DE VIDA NO AMBIENTE PRÉ-HOSPITALAR: O SABER ACADÊMICO. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 53-59, 2017.

Datasus. Departamento de Informática do SUS/MS. Morbidade Hospitalar do SUS por causas externas - por local de residência – Brasil [online]. [acesso em 10 dez 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fruf.def>
DONABEDIAN, A. **The quality of medical care.** Science. 1978 May; 200(4344):856-64.

ESPÍNDOLA, Marisa Catarina Mesquita et al. Parada cardiorrespiratória: conhecimento dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2773-2778, 2017.

FISCHER M, Fischer NJ, Schuttler J - One-year survival after out-of-hospital cardiac arrest in Bonn city: outcome report according to the 'Utstein style'. Resuscitation, 1997;33:233-243

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONZALEZ, Maria Margarita et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 101, n. 2, p. 1-221, 2013.

GONZALEZ MM, Timerman S, Oliveira RG, Polastri TF, Dallan LAP, Araujo S, et al. I **diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**: resumo executivo. ArqBrasCardiol. 2013;100(2):105-13. doi: 10.5935/abc.20130022

GONZALES, M. M.; TIMERMAN, S.; OLIVEIRA, S.; OLIVEIRA, R. G.; POLASTRI, T. F.; DALLAN, L. A. P.; ARAÚJO, S. I **Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**: resumo executivo. ArqBrasCardiol. 2013;100(2):105-13.

HUDAK MC, Gallo MB, Benz JJ - **Cuidados Intensivos de Enfermagem**: Uma Abordagem Holística. 2ª Ed, Rio de Janeiro, Artmed, 1994.

MARTINS, Herlon Saraiva et al. **Medicina de emergências**: abordagem prática. 2016.

MARTINS HS, Damasceno MCT, Awada SB, editores. **Pronto-socorro**: condutas do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. Manole, Barueri; 2007.

NEUMAR RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010; 122 (18 Suppl 3): S729-67.

PART 6: ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT .Section 8: Postresuscitation Care. [Guidelines 2000 for Car-diopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascu-lar Care: International Consensus on Science]. Circulation102: I-166 - I-171, 2000. Suppl. I.

PAZIN-FILHO, Antônio et al. Parada cardiorrespiratória (PCR). **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 36, n. 2/4, p. 163-178, 2003.

PEREIRA JCRG. **Abordagem do Paciente Reanimado Pós-Parada cardiorrespiratória**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. abr./jun. 2008;20(2):190-6.

PEREIRA, João Carlos Ramos Gonçalves. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 2, p. 190-196, 2010.

PEREIRA, Renata Suelle Maia et al. Parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar: conhecimento de enfermeiros de um hospital público no Alto Sertão Paraibano. **Informativo Técnico do Semiárido**, v. 9, n. 2, p. 01-10, 2015.

PIRES MTB, Starling SV. **Manual de Urgência em Pronto-Socorro**, 9. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2010

ROCHA, Flávia Aline Santos et al. Atuação da equipe de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória intra-hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2012.

ROSA, Marcelo Ricardo. **Atuação e desenvolvimento do enfermeiro frente ao cliente/paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR)**: revisão de literatura. Rev Saúde Foco, p. 136-148, 2014.

SIESJO BK - Mechanisms of ischemic brain damage. Crit Care Med, 1988;16:954-963.

SILVA, S. C. da; PADILHA, K. G. **Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas**. Rev. Esc. Enferm. USP 2001; 35(4): 360-5.

Sociedade Brasileira De Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiovasculares de Emergência da sociedade brasileira de cardiologia. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Apr 09]; 101(Suppl 2):1-240. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/ Diretriz_Emergencia.pdf 7. Darli MCB, Araújo IEM,

TACSI YRC, Vendruscolo DMS. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica**. Rev. Latino-Am.Enfermagem 2004 Jun; 12(3):477-84.

TORREÃO, L. A.; REIS, A. G. A. C.; TROSTER, E. J.; OSELKA, G. **Ressuscitação cardiopulmonar: discrepância entre o procedimento de ressuscitação e o registro o prontuário**. J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(6): 429-433: ética, ressuscitação cardiopulmonar, paciente terminal.

VIEIRA, P. B.; PIMENTEL, S. B.; LIMA, D. A. O papel do enfermeiro diante de uma parada cardiorrespiratória em ambiente de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, v. 2, n. 2, 2011.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. **Content validation of quality indicators for nursing care valuation**. RevEscEnferm USP. 2009 Jun; 43(2):429-37.

ZANINI, Juliana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BARRA, Daniela Couto Carvalho. **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, 2010.