

**UNIVERSIDADE BRASIL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CAMPUS DESCALVADO**

**MÁRCIO ANTÔNIO DE FALCO**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE URGÊNCIA NA  
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)**

**DESCALVADO — SP**

**2021**

**MÁRCIO ANTÔNIO DE FALCO**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SALA DE URGÊNCIA NA PARADA  
CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR)**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
apresentado à Universidade Brasil, como parte  
dos requisitos necessários para obtenção do título  
de Bacharel em Enfermagem

**Orientador(a):** Prof.<sup>a</sup> Me. Maria Tereza  
Bonitatibus de Assis

**DESCALVADO – SP**

**2021**

F17a Falco, Márcio Antônio de  
A atuação do enfermeiro na sala de urgência na parada cardiorrespiratória (PCR) / Márcio Antônio de Falco. – Descalvado: Universidade Brasil, 2021.  
43f. : il. ; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Maria Tereza Bonitatibus de Assis

1. Enfermeiro. 2. Urgência. 3. Parada cardiorrespiratória (PCR).  
4. Emergência. 5. RCP. I. Título.

CDD 610.73692

UNIVERSIDADE BRASIL  
CURSO DE ENFERMAGEM

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO


**Acadêmico (a):** Márcio Antônio de Falco

**Título do Trabalho:** A Atuação do Enfermeiro na sala de urgência com pacientes em PCR

**Data da avaliação pela Banca Examinadora:** 24 de junho de 2021.

**Orientador (a):**   
Prof.ª Me. Maria Tereza Bonitatibus de Assis

**Examinador 1:**   
Prof.ª. Dra Cilene Barbalho Giroto

**Examinador 2:**   
Prof.ª Me. Ana Paula Pancieri

APROVADO(A) em 24/junho /2021 com **Nota: 10,0 (dez)**

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Antônio e Maria Jandyra, por toda dedicação, orientação e apoio, sem nunca terem medido esforços para a minha formação enquanto pessoa, “eu posso até estar ferido, mas nunca destruído, eu posso ser provado para ser aprovado, mas o amanhã virá...”

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, que a todo momento esteve presente, iluminando minha mente, e meus dias de luta, fortalecendo os meus passos nessa caminhada.

Agradeço aos meus pais Antônio e Maria Jandyra, por toda dedicação, orientação e apoio, sem nunca terem medido esforços para a minha formação enquanto pessoa.

Um singelo “lambeijo” para a minha cachorra Sofia, que sempre está ao meu lado e acompanhando os meus passos me enchendo de carinho.

Gratidão à minha irmã Regiane e sobrinha Luana, por me apoiarem e incentivarem o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço também à minha tia/mãe Maria José por toda palavra de apoio e amor ao longo de minha vida.

Agradeço à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Me. Maria Tereza Bonitatibus de Assis, pela dedicação, orientação e confiança nesta caminhada.

Agradeço também aos meus professores do curso, cada qual com a sua visão, sempre mostrando o ato da profissão de enfermagem de forma diferente. Aos mestres Maria Amélia, Maria Elisa, Cilene, Rosângela, Ana Paula, Andreia, Ingrid, Angela, Katia e todos que se fizeram presente nessa jornada acadêmica.

2020/2021 não foi um ano fácil, o medo assolou diariamente os meus pensamentos, foram dias difíceis, porém, foram nesses dias de caos que novas alegrias me foram apresentadas pelo universo com alguém que iluminou meus dias, ao Rafael, obrigado por tudo.

Ainda registro aqui, meu obrigado para Valéria e Jaqueline pelas risadas em momentos difíceis, e pelas belas palavras e sorrisos acolhedores.

Aos meus colegas de sala pela incrível troca de experiências.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.*

*Carl Jung*

## RESUMO

A presente pesquisa ambientada na rotina dos profissionais de saúde, tem como objetivo, elencar a tomada de decisões por parte do enfermeiro para com o paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), mostrando a sua importância em dominar as técnicas e procedimentos corretos, tendo este, noções de cuidado e humanização, integrando suas práticas socorristas com agilidade e eficiência, garantindo que o paciente tenha seu organismo, à priori, suas funções respiratórias e a circulação sanguínea recompostas aos padrões considerados normais, evitando assim situações de morte e ou sequelas. Para tanto, a pesquisa descrita será de âmbito qualitativa a qual permite a compreensão do contexto analisado. O ambiente de estudo conforme já citado será a sala de urgência, sua estrutura seja física com materiais adequados, bem como o profissional da enfermagem e demais membros que compõem a rotina, sempre conduzidas de forma holística, abrangendo o todo. Por fim, serão discutidos os aspectos negativos e positivos que podem interferir na situação final do paciente. Através de uma pesquisa do tipo bibliográfica serão utilizados periódicos, sites acadêmicos dentre outros materiais para facilitar a compreensão do assunto.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Urgência, Parada Cardiorrespiratória (PCR), Emergência, RCP.

## **ABSTRACT**

This research, set in the routine of health professionals, aims to list the decision-making by nurses towards the patient in cardiac arrest (CPA), showing its importance in mastering the correct techniques and procedures. notions of care and humanization, integrating their first aid practices with agility and efficiency, ensuring that the patient has his body, a priori, his respiratory functions and blood circulation restored to the standards considered normal, thus avoiding situations of death and/or sequelae. Therefore, the research described will be qualitative in scope, which allows for an understanding of the analyzed context. The study environment as mentioned above will be the emergency room, its structure is physical with adequate materials, as well as the nursing professional and other members who make up the routine, always conducted in a holistic way, covering the whole. Finally, the negative and positive aspects that can interfere in the patient's final situation will be discussed. Through a bibliographic research, periodicals, academic sites and other materials will be used to facilitate the understanding of the subject.

**Keywords:** Nurse, Emergency, Cardiopulmonary Arrest (CPA), Emergency, CPR.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Métodos de Fumigação e flagelação. ....	19
Figura 2 - O lugar do homem e de Deus. O Homem Vitruviano (Leonardo da Vinci, 1490). ....	19
Figura 3 - Estrutura do Coração. ....	27
Figura 4 - Estrutura dos vasos sanguíneos. ....	28
Figura 5 - Artérias e veias no corpo. ....	28
Figura 6 - Células sanguíneas. ....	29
Figura 7 - Estrutura do sistema respiratório- Vias aéreas superior e inferior. ....	30
Figura 8 - Esquema do Protocolo de Manchester. ....	34
Figura 9 - Corrente da Sobrevivência. ....	38
Figura 10 - SBV: Procedimentos básicos. ....	40
Figura 11 - Posicionamento do DEA. ....	41
Figura 12 - Esquema de RCP. ....	41

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Categorização da Parada Cardíaca. ....	26
---	----

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
APH	Atendimento Pré- Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
DEA	Desfibrilador Externo Automático
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
ILCOR	<i>International Liaison Committee On Resuscitation</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PCREH	Parada Cardiorrespiratória Extra-Hospitalar
PCR IH	Parada Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar
PNAN	Política de Atenção Nacional às Urgências
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 METODOLOGIA.....	16
3 OBJETIVOS .....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	17
4 Revisão de Literatura .....	18
4.1 O RENASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: ALGUMAS CONCEPÇÕES.....	20
4.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: NOVOS OLHARES .....	22
4.3 FISIOLOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO .....	26
4.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS TÉCNICAS DE PCR/RCP .....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A presente monografia, realizada no eixo da Parada Cardiorrespiratória (PCR) e sua vital importância na recuperação e manutenção da vida em pacientes, quando contextualizada nos centros de urgência e emergência, procura mostrar uma reflexão necessária e ampla para que o desenvolvimento das ações e reações por parte do profissional da enfermagem, sejam efetuadas com sucesso, garantindo assim, os direitos básicos nos mais diferentes níveis de vida do ser humano no pronto atendimento, em sumo: os aspectos cognitivos, físicos, afetivos e sociais consolidados com a atenção humanista e acolhedora que a enfermagem deve proporcionar. O protagonismo do enfermeiro, juntamente com o embasamento teórico acaba por propiciar uma reflexão obtendo melhoria da prática de ressuscitação (NOLAN, 2005). Portanto, busca-se atingir os objetivos propostos tendo como objetivo geral conhecer a atuação do Enfermeiro na sala de emergência durante a Parada Cardiorrespiratória (PCR) e os objetivos específicos que serão apresentados nas etapas seguintes.

Para tanto, o estudo se organizará em três partes, sendo em um primeiro momento apresentado à fisiopatologia da PCR ao longo da história, localizando fatos que discorram sobre a importância do assunto nas relações sociais. No segundo objetivo específico serão discutidas as questões da Anatomia e Fisiologia do Sistema Cardiovascular e do Sistema Respiratório, identificando as estruturas anatômicas envolvidas na Parada Cardiorrespiratória;

Para finalizar, no terceiro ponto se ressalta, a importância e organização dos espaços físicos, e o papel do enfermeiro, na utilização de técnicas utilizadas na reversão de uma PCR, como por exemplo: RCP, Corrente da Sobrevivência, Suporte básico de vida (SBV), Suporte avançado de vida (SAV), Desfibrilador Externo Automático (DEA), entre outros protocolos de atendimento, para que um novo olhar possa ser formado perante os cuidados e estímulos ali ofertados, identificando as necessidades básicas do paciente.

O estudo a ser apresentado, além de servir para ampliar os conhecimentos prévios com uma nova visão sobre o assunto, relata a importância em lidar com a questão de salvar vidas em ambientes de urgência e emergência, explorando os aspectos de prevenção e promoção integral para que tudo possa ser significativo e positivo, para tanto, esta pesquisa será importante aos alunos do curso de

Enfermagem, assim como para a literatura em geral. O desenvolvimento desta pesquisa é de fato importante, motivado pela coleta de informações em sites e meios de comunicação, nota-se a crescente e o considerável aumento de mortes por PCR, ainda mais quando relacionado ao cenário da sociedade atual: a pandemia do coronavírus; de pronto as informações explicitadas vão fundamentar a organização dos protocolos de salvamento no que compete aos espaços atuais de urgência e emergência e que certamente irão se modificar com o passar do tempo.

## **2 METODOLOGIA**

Assim sendo, o texto será conduzido no âmbito de uma abordagem qualitativa, a qual permite a compreensão do contexto analisado, explorando os diversos pontos de vista do tema, bem como os integrantes, equipe de enfermagem, centros de urgência/emergência, paciente e família. Ao fazer uso dessa abordagem, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda em relação as ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação, enfocada sem se preocupar com uma representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (ALVES, 1991; GOLDENBERG, 1999; NEVES, 1996; PATTON, 2002).

Partindo de uma revisão do tipo bibliográfica que, segundo GIL (1994), possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, da melhor definição que envolve o objeto de estudo proposto, a atuação do enfermeiro na sala de urgência/emergência durante o procedimento de PCR em seu paciente.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer a atuação do Enfermeiro na sala de emergência durante a Parada Cardiorrespiratória (PCR)

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

Compreender a fisiopatologia da PCR.

Descrever a anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular e respiratório.

Refletir sobre as técnicas utilizadas na reversão de uma PCR.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

A parada cardiorrespiratória (PCR) se conceitua como uma das maiores emergências dentro da profissão enfermagem, não se limita a espaços intra-hospitalares, podendo ocorrer na maioria dos casos de forma súbita, antes mesmo do paciente adentrar em salas de emergência/urgência. A fim de esclarecer esses pontos, necessário se faz entender o processo de ressuscitação pulmonar ao longo dos anos da história humana.

Destarte a isso, percebe-se que por anos a humanidade tem interpretado a morte como algo irreversível e por muitos anos as técnicas de ressuscitação eram vistas de formas diferentes. O primeiro relato sobre ressuscitação refere-se ao momento da criação de Adão tendo Deus “soprado em sua boca dando-lhe vida” (Guimarães et.al, 2009).

Ainda segundo as escrituras sagradas, outra reversão de morte súbita é descrita no livro de II Reis, Capítulo IV, Versículos 31-36, quando Eliseu é chamado para ver o filho de uma mulher; assim é descrito:

Geazi... pôs o bordão sobre o rosto do menino; porém não houve nele voz nem sinal de vida; então, disse a Eliseu: O menino não despertou tendo o profeta chegado à casa, o menino estava morto sobre a cama. Então, entrou, fechou a porta e orou ao Senhor. Subiu à cama e deitou-se sobre o menino e, pondo a sua boca sobre a dele, os seus olhos sobre os olhos dele e as suas mãos sobre as mãos dele, se estendeu sobre ele; e a carne do menino aqueceu. Então, se levantou, e andou no quarto uma vez de lá pra cá, e tornou a subir, e se estendeu sobre o menino; este espirrou sete vezes e abriu os olhos. Então tendo chamado a sunamita, o profeta lhe disse: Toma o teu filho.

Adiante na linha histórica da humanidade, técnicas de RCP também são observadas nos moldes da sociedade romana, as técnicas datadas em 476 a.C variavam desde a aplicação de calor ao corpo do indivíduo com a imersão de objetos quentes sobre o abdômen, termo denominado por fumigação, bem como a flagelação chicoteando-se com urtiga, supondo que a dor causada iria estimular o corpo a reagir, (Guimarães et. al, 2015), (Figura 1).

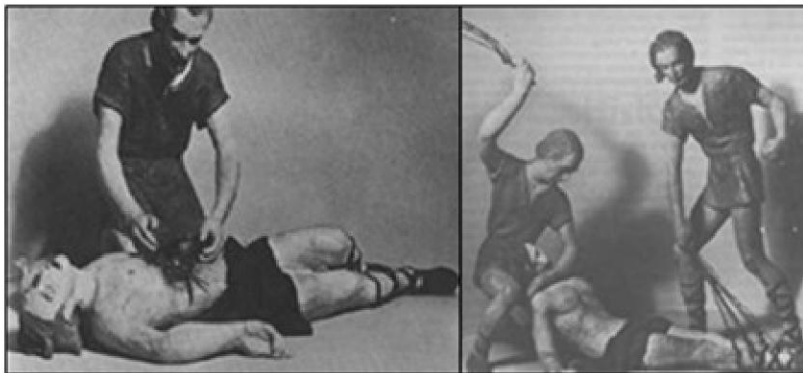


Figura 1 - Métodos de Fumigação e flagelação.

**Fonte:** Gordon A. História da Reanimação. In: Lane JC. Reanimação. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan 1981;226-246

Contudo, preconiza-se que a evolução das técnicas em pacientes com PCR e manuais orientativos surgem em meados do final do séc. XVIII e metade do século XX, tendo o processo o qual se denominava Iluminismo alavancado esses estudos.

O século das luzes como o iluminismo (Figura 2) também é conhecido, defendia antes de tudo, a concepção do homem como dono de sua razão e condutor de seu próprio destino, rompendo então com os dogmas religiosos, outrora, tão marcantes nos modelos de sociedade anterior. Em sumo, o período renascentista em nada mais se pautava do que “iluminar” a sociedade para o caminho do desenvolvimento e progresso.

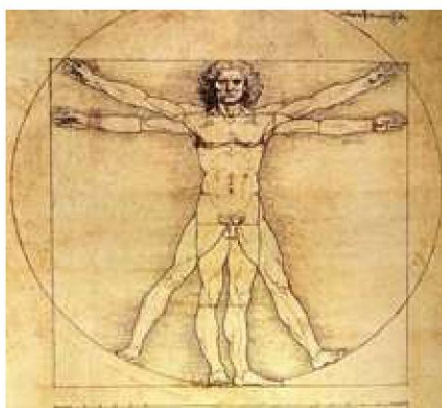


Figura 2 - O lugar do homem e de Deus. O Homem Vitruviano (Leonardo da Vinci, 1490).

**Fonte:** Domínio Público (2021)

Frente a esses novos pensamentos e a priorização da ciência, o modelo de vida nos centros urbanos também começa a sofrer alterações e conseqüentemente os preceitos às questões médicas e enfermagem também.

#### 4.1 O RENASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: ALGUMAS CONCEPÇÕES

A questão de saúde conforme vista no decorrer dos tempos, não está limitada à padrões, pelo contrário, está intrinsecamente ligada com os pilares econômicos, políticos, culturais e sociais de determinado cidadão, ou seja, segundo Scliar (2007), o termo saúde não pode ser tratado de forma homogeneia, cada pessoa, época, e modelo social irá vivenciá-la dependendo das concepções morais e éticas estipuladas no padrão social ao qual está inserido.

Tendo a Revolução Industrial impulsionado os novos modelos de sociedade, são expostos nesse período um primeiro pensamento quanto ao auxílio e assistência medica para os funcionários fabris; nesse contexto, com o intuito de proteger a mão-de-obra, a classe trabalhadora passa a ter algumas políticas quanto às condições de higiene e sanitarismo/insalubridade, dentre outros termos, conforme Mendes e Dias (1991) exemplificam com o relato a seguir:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado". (Dr. Robert Baker, 1830 *apud* MENDES; DIAS, 1991).

Entretanto, somente no século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, em 1948, a OMS (Organização Mundial da Saúde), estabelece o primeiro conceito universal de saúde, segundo Scliar (2007):

Divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que 'saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade'.

Amparado nessa nova definição de saúde por parte da OMS, entende-se que o indivíduo deveria através da saúde, contemplar o seu direito a uma vida plena e sem qualquer privação, para exemplificar essa qualidade de vida ideal, foi proposto por Marc Lalonde, em 1974, um campo de saúde (*Health field*) que de acordo com o

mesmo, propunha-se que o campo de saúde abrangesse quatro elementos, conceituando-os:

- **a biologia humana**, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- **o meio ambiente**, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
- **o estilo de vida**, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
- **a organização da assistência à saúde**. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos.

O mundo passava por muitos avanços e transformações pós Revolução Industrial, as questões epidemiológicas foram de doenças infectocontagiosas para a vertente das doenças cardiovasculares advindas do esforço braçal, por exemplo. A passos lentos e demorados as políticas de assistência aos trabalhadores visavam diminuir tais impactos sob a saúde do empregado.

Destarte a isso, a expansão social do em estar a manutenção da vida, acaba por acontecer em 1977, a Conferência de Alma-Ata, na ex URSS (União Soviética) patrocinada pela OMS, colocando em pauta as divergências e desigualdades do tema “saúde” entre países subdesenvolvidos e desenvolvidos alocando o papel dos governos como agente no provimento da saúde tanto individual quanto coletiva; A conferência por si, debateu o início do que chamamos de “Atenção Primária à Saúde” (APS), explicitando que a saúde é um direito universal e parte vital para o desenvolvimento de qualquer modelo de sociedade.

A APS, em sumo, deveria elencar como os sistemas de saúde deveriam se organizar a fim de sanar problemas de saúde, tornando-a equalitária aos cidadãos, definindo os papéis do governo perante a isto. Reafirma-se essa política de saúde integral, em uma outra conferência realizada pela OMS em 1986, ampliando-se o conceito de promoção de saúde, na Carta de Ottawa sendo:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre como melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades

e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

É notável que todo esse processo de atenção ao bem estar geral do indivíduo desdobrava-se em políticas públicas necessárias a nível mundial, conforme veremos adiante, o Brasil também passa por tais transformações e adquire competências que englobem o que foi proposto pela OMS, o indivíduo como parte funcional de uma sociedade saudável e pleno de suas funções básicas de vida.

#### **4.2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: NOVOS OLHARES**

De fato, o mundo agora, contemplado com os novos conhecimentos científicos e tecnológicos, o pensamento em relação à saúde das coletividades humanas se fortalecia; as reformas higienistas eram pontos fortes a serem discutidas. Neste cenário, entende-se por higiene, o processo que segundo (Latour, 1984) era caracterizado pelo estudo do homem e dos animais em sua relação com meio, ou seja, o aperfeiçoamento de condições vitais para o indivíduo e a espécie.

Mesmo com todos os olhares para a nova concepção de saúde e bem estar humano, era ainda comum a transmissão de doenças infectocontagiosas, perante isso, nota-se que a história da saúde pública no Brasil, não se desvencilha dessas epidemias, por muitos períodos foi acometida por doenças que de certa forma causaram danos aos habitantes, febre amarela, doença de chagas por exemplo.

No território brasileiro, desde o início da década de 80, tendo o país promulgado uma nova Constituição Federal, a de 1988, acaba por moldar também as políticas públicas no campo da saúde, derivando no processo de criação do popularmente chamado Sistema Único de Saúde (SUS), seguindo os preceitos amparados na nova legislação que em seu artigo Art. 196, nos diz que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Por conseguinte, a pluralidade de ideias e dimensões perante a saúde do trabalhador, passam a ser de responsabilidade deste sistema, o SUS, em sua mais variada complexidade, doenças e ou acidentes provenientes do trabalho. O SUS, reafirma a cidadania do brasileiro como peça no desenvolvimento econômico de seus país, ou seja, sendo um agente contribuinte e plural de ideias, tendo o Estado a função de ofertar equidade e universalidade aos fatores que contribuam para tal: um país não funciona quando seus habitantes não estão bem de forma integral: *mente e corpus*.

Pautado nesses princípios de saúde integral, conceituam-se três termos importantes nessa perspectiva de política pública que o sistema único de saúde defende, assim sendo:

- Integralidade: representado pela necessidade de cada indivíduo, grupo e suas demandas, a regionalidade e diferentes centros urbanos e ou rurais;
- Universalidade: A saúde conforme preconizada pelo art.196 da Constituição Federal, é dever do Poder Público, não se limita ao acesso desta, mas, também acolhe o indivíduo com ações à longo prazo, mantendo a qualidade e estabilidade do atendimento;
- Equidade: Com o conceito de dissipar as desigualdades sociais e regionais no país.

Entretanto, toda essa mobilização em ofertar algo ao trabalhador, o campo “bem estar” era muito superficial, não haviam investigações mais sérias sobre os agravantes em determinadas doenças, limitando também o próprio profissional da saúde em executar a assistência e promoção do bem cuidar ao paciente.

A complexidade da questão de saúde pública na cronologia histórica pode ser um sinônimo da palavra “desafio” tanto por parte do sistema quanto do profissional em dominar técnicas e promover a tão esperada equidade ao paciente, não obstante a isso, o tema de estudo desse artigo, a parada cardiorrespiratória (PCR) é encontrada no ápice das rotinas emergenciais nesses espaços, levando o mesmo sinônimo “desafio”, fazendo-se necessário uma educação permanente para a equipe de enfermagem, nas próximas linhas, serão apresentados os protocolos,

causas e padrões a serem seguidos nestes momentos, cujo objetivo é sintetizar o fenômeno em si, tendo sempre à priori, a manutenção da vida.

Conforme já detalhado, ao longo dos anos, desde que criado o SUS no território brasileiro, vem a passos lentos efetivar as políticas públicas de saúde, outrora outorgada pela Constituição Federal, entretanto, ainda enfrenta muitos empecilhos para tal. No contexto apresentado, os serviços de urgência e emergência acabam por sofrer com tal desestruturação seja burocrática ou funcional comprometendo a eficácia do sistema de saúde, abrindo espaço para críticas nem sempre positivas pelo consumidor final: o paciente.

Visando sanar tais defasagens, reorganizar e regular essa área, é proposta com um documento normativo para a fluência do atendimento, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAN), detalhada em portaria MS/1863 em 29 de setembro de 2003, preconiza-se que essa atenção deve abranger: estratégias promocionais de qualidade que vão garantir os aspectos da universalidade, equidade e integralidade no atendimento à urgência sejam clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas tanto quanto as urgências externas como traumatismos não intencionais, violência e suicídio.

A Organização de redes assistenciais por sua vez, se estabelece pelo respeito às questões hierárquicas entre gestores, sejam elas ambientadas nas esferas, federal, estadual ou municipal e se consolidam com a elaboração de diretrizes de regionalização ao atendimento de urgência/emergência com a correta divisão de recursos em suas respectivas redes de saúde; Já, a Qualificação e educação permanente, outro fator importante exposta na PNAN, elenca a capacitação e educação dos profissionais de saúde seja na gestão pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar, cuja função é capacitar e aprimorar habilidades tudo de acordo com as diretrizes do SUS.

A Central de regulação médica de urgências também citada na portaria atua como uma ferramenta de defesa do direito de acesso aos pacientes acometidos por agravos de urgência, ou seja, o gerenciamento de questões ligadas a leitos, exames e consultas com especialistas por exemplo, por fim, e não menos importante temos também o eixo da humanização, visando o bem estar integral do indivíduo, por exemplo, reduzir as filas, tempo de espera e realizar um bom atendimento, itens estes pautados em uma gestão participativa e educação democrática.

Desse modo, é indispensável a formação do enfermeiro, considerando o coletivo e estando ciente de que situações de urgência e emergência podem e vão ocorrer na vida dos indivíduos de forma inesperada sendo exigido protagonismo, objetividade e eficácia do time que está em um plantão médico por exemplo. A PCR é uma dessas situações, caracterizada pela dualidade vida e morte, o atendimento deve contemplar rapidez, seguridade e qualidade, fatores estes que podem ser encontrados quando o enfermeiro se atualiza quanto ao procedimento correto da técnica.

Segundo a Divisão Nacional da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (apud DONATO, 2009, p. 12):

[...] a educação em saúde é compreendida como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde e estimula a busca de soluções coletivas para resolvê-los. A prática educativa, assim entendida, é parte integrante da própria ação de saúde e, como tal, deve ser dinamizada em consonância com este conjunto, de modo integrado, em todos os níveis do sistema, em todas as fases do processo de organização e desenvolvimento dos serviços de saúde.

De Antemão é necessário saber a definição de alguns termos e diferenciar conceitos que envolvem a PCR, assim sendo, elenca-se os mais importantes: Segundo, Bellan, 2006, a parada cardiorrespiratória, é por definição o cessar de batimentos cardíacos efetivos com conseqüente hipoxia tecidual e morte celular progressiva; consiste na cessação súbita da circulação sistêmica em indivíduos.

Ou ainda segundo a American Heart Association, 2010, a parada cardiorrespiratória (PCR) é reconhecida pela ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada pela perda súbita de consciência, ausência de movimentos respiratórios ou respiração anormal (*“gasping”*) e ausência de pulso detectável; podendo ser categorizada em diferentes modalidades:

Em sumo a PCR é uma anormalidade grave, na qual de modo direto os sinais elétricos para o coração são parados de serem enviados, podendo ocasionar lesões cerebrais graves e muitas vezes irreversíveis. A termo de conhecimento segundo informações do DATASUS no Brasil, em 2004, as principais causas de parada cardiorrespiratória são provenientes de doenças do aparelho circulatório, ocasionando óbito em 32% de vítimas acometidas. Entretanto, uma declaração de

consenso da Ilcor recomendou categorizar a as cinco causas primarias da PC (Quadro 1), (Perkins et al, 2015).

Quadro 1 - Categorização da Parada Cardíaca.

<b>CATEGORIZAÇÃO DA PARADA CARDÍACA</b>	
<b>Causa primária</b>	<b>Descrição</b>
Clínica	Inclui casos em que a causa da PC é presumivelmente de origem cardíaca ou de outra causa clínica (por exemplo, anafilaxia, asma, sangramento gastrointestinal) e em que não há nenhuma causa óbvia da PC.
Traumática	Ocorre quando a PC é causada diretamente por trauma contuso, penetrante ou queimadura.
<i>Overdose por drogas</i>	É quando há evidência de que a PC foi causada por <i>overdose</i> ou ocorreu de forma acidental por medicamentos prescritos, drogas alucinógenas ou álcool.
Afogamento	Refere-se a quando a vítima é encontrada submersa em água, sem uma outra causa aparente.
Asfixia	Inclui causas externas de asfixia, tais como obstrução das vias aéreas por corpo estranho ou estrangulamento.

Fonte: Perkins e colaboradores (2015)

Partindo do pressuposto de que a PCR está ligada pela inesperada deficiência absoluta de oxigenação é necessário conceituar então, os dois sistemas envolvidos: o sistema cardiovascular e o sistema respiratório.

#### **4.3 FISILOGIA DO SISTEMA CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO**

Entre muitos recursos didáticos e inúmeros referenciais teóricos, o enfermeiro fazendo valer sua atuação de sucesso em uma situação de PCR,

considera-se necessário obter conhecimento da estrutura dos elementos já supracitados nesse texto, os sistemas cardíaco e respiratório.

O sistema cardiovascular, em um conceito que segundo (DANGELO, FATINI, 2006), se constitui pelos tubos (vasos sanguíneos) que em seu interior circulam sangue e linfa, e uma bomba contrátil-propulsora (coração), cuja única função é levar nutrientes e oxigênio às células, além de remover gás carbônico e metabolitos.

O coração (Figura 3) é o órgão central do aparelho circulatório, em sua composição encontram-se duas câmaras sendo receptoras e bombeadoras, além de átrios e ventrículos (LINO, 2009).

Considerando a fundamentação clínico-anatômica, segundo Batista (2009), a anatomia do coração em sumo é formada por 2 átrios (bomba de escorva para o ventrículo), e 2 ventrículos (impulsiona o sangue para circulação pulmonar e periférica), sístole (contração miocárdica), diástole (relaxamento miocárdico).

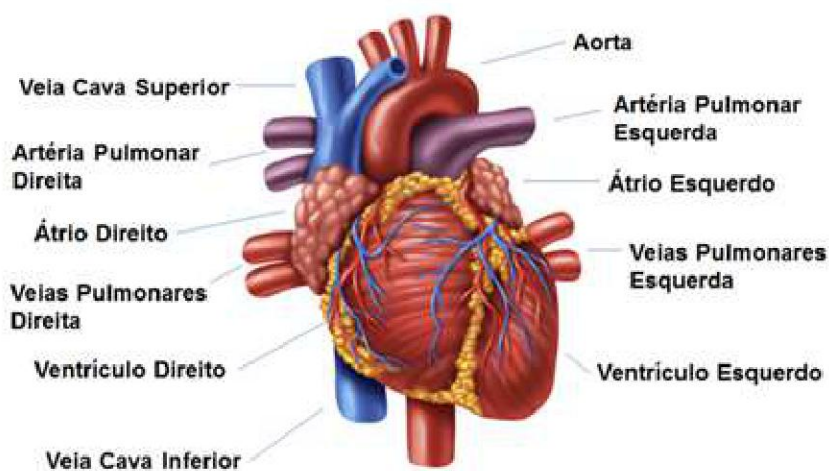


Figura 3 - Estrutura do Coração.  
Fonte: fotosearch, 2021

Dando seguimento, temos os vasos sanguíneos (Figura 4), que segundo (DANGELO; FATTINI, 2006), se denominam por: artérias cuja função é levar o sangue do coração para todo o corpo e, portanto, possui paredes mais espessas e dilatáveis; já as veias são responsáveis por levar todo o sangue vindo do corpo para o coração, suas paredes são mais finas que das artérias. Por fim, temos os capilares sanguíneos sendo necessários pois levam sangue aos tecidos para fornecer oxigênio à celular, ligando artérias e veias (Figura 5).



Figura 4 - Estrutura dos vasos sanguíneos.  
Fonte: fotosearch, 2021

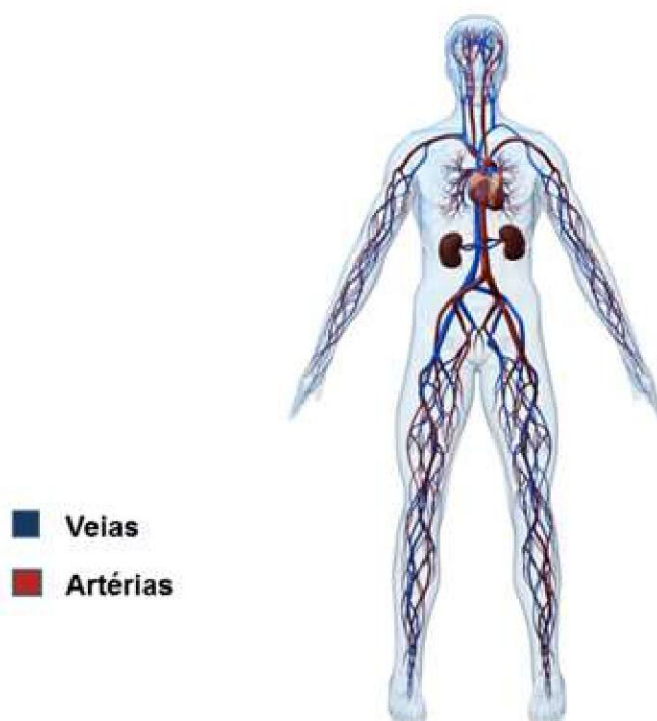


Figura 5 - Artérias e veias no corpo.  
Fonte: fotosearch, 2021

O sistema linfático por sua vez, consolida a estrutura, sendo basicamente formado por órgãos linfoides, cuja linfa<sup>1</sup>, um fluido tissular penetra os vasos e auxilia na drenagem do sistema nervoso.

Finalizando a estrutura do sistema cardiovascular, temos o sangue (Figura 6), sendo essencial em todo o processo, é um líquido rico em proteínas, além de plasma e células, os leucócitos, eritrócitos e plaquetas. Considera-se que o volume

<sup>1</sup> Contém fatores de coagulação, proteínas e gorduras absorvidas a partir do intestino, que atravessam as paredes capilares e retornam para o sangue. (DANGELO; FATTINI,2006; BARRETT et.al, 2012).

de sangue em um adulto é de 7% do peso corporal, aproximadamente 5 litros, sendo, 60% plasma e 40% hemácias<sup>2</sup>. Porém, vale ressaltar que tudo irá depender de questões hereditárias e fisiológicas (sexo, peso etc.). (GUYTON; HALL, 2006; BARRETT et.al, 2012).

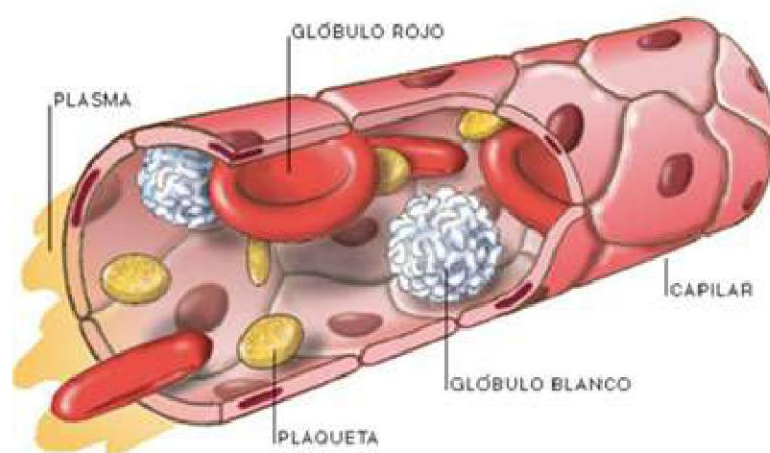


Figura 6 - Células sanguíneas.  
Fonte: Só biologia, 2021

É importante destacar também, que existem três tipos de circulação sanguínea em nosso corpo, segundo Batista (2009): temos, grande circulação (circulação sistêmica), pequena circulação (Circulação entre coração, pulmão, coração) e circulação coronária (Circulação do sangue para perfundir o miocárdio).

Elenca-se agora, a estrutura do sistema respiratório, cujo conhecimento é essencial no repertório de PCR e RCP, defronte isso, destaca-se que de acordo com Lino (2009), o sistema respiratório (Figura 7) é formado pelos tratos respiratórios superior<sup>3</sup> e inferior<sup>4</sup>, ambos responsáveis pela sequência dos movimentos de respiração.

<sup>2</sup> São responsáveis pelo transporte da hemoglobina, que por sua vez, leva oxigênio dos pulmões para os tecidos.

<sup>3</sup> Compreende as estruturas localizadas fora da cavidade torácica, incluindo nariz, cavidades nasais, faringe, e laringe, cuja função básica dos elementos supracitados é filtrar, aquecer e umidificar o ar.

<sup>4</sup> Se localizam os órgãos alojados na cavidade torácica, sendo a traqueia, brônquios, bronquíolos, alvéolos e pulmões e se destacam por fazer a troca de oxigênio e dióxido de carbono. (GUYTON; HALL, 2006).

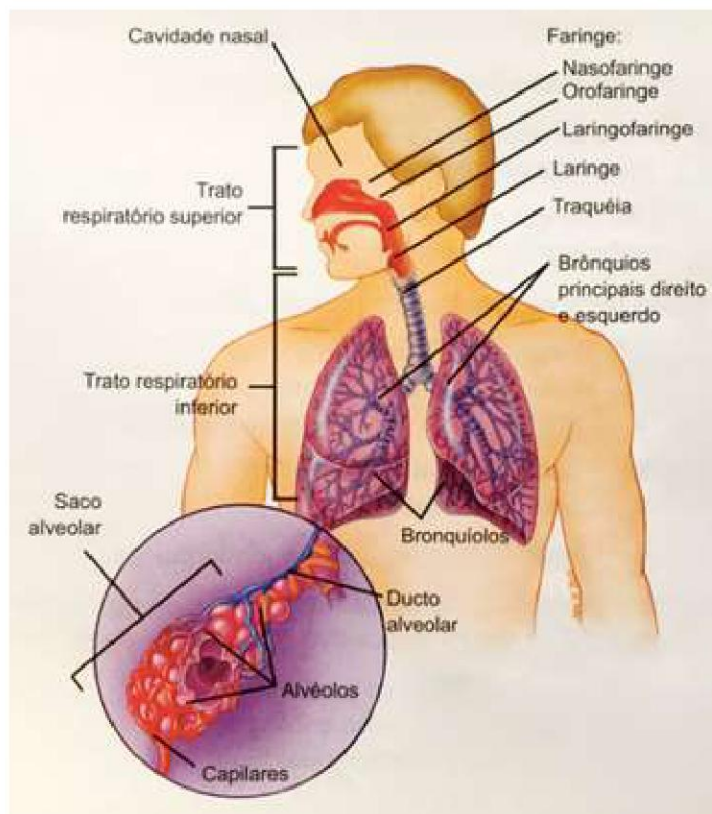


Figura 7 - Estrutura do sistema respiratório- Vias aéreas superior e inferior.

Fonte: ACLS, 2013

Dentro desse complexo sistema cada componente tem sua função definida, o nariz exerce o papel de comunicador com o meio externo feito pelas cavidades nasais, agregam-se a estrutura do membro os seios paranasais. A principal função é responder pelo olfato, ser a via aérea para o ato de respirar, filtrar, aquecer e umedecer o ar.

A faringe se conceitua como um tubo muscular associado a dois sistemas, segundo Dangelo; Fattini (2006), respiratório e digestivo, divide-se entre a passagem de ar e alimentos via cavidades nasal, bucal e laringe.

A laringe por sua vez é o órgão que faz a conexão da faringe com a traqueia, além de ser uma via de ar, previne a entrada de alimentos e substâncias estranhas na traqueia e abriga as cordas vocais. As traqueias e brônquios são responsáveis pela filtragem do ar até os pulmões.

Os alvéolos se constituem como sacos de ar pequenos eocos, o oxigênio passa através das paredes finas dos alvéolos aos capilares e o dióxido de carbono passa dos capilares aos alvéolos fazendo o processo de trocas gasosas. Por fim temos os pulmões, sendo os órgãos principais da respiração e ficam na cavidade

torácica, exercem grande papel nas trocas gasosas, a sua base descansa sobre o músculo diafragma.

De forma cônica, apresentando um ápice, uma base e duas faces: costal (costelas) e medial (mediastino). Os pulmões se subdividem em lobos, sendo três para o pulmão direito (PD) e 2 para o pulmão esquerdo (PE).

Frente à toda essa estrutura, o processo de respiração não se desvincula de uma atividade automática, sendo necessário a participação do sistema nervoso central, a mecânica da respiração pulmonar segundo Guyton e Hall (2006), “os pulmões podem ser expandidos e contraídos pelo movimento do diafragma”.

Dada a importância da literatura e fundamentações práticas, o enfermeiro será o responsável por priorizar, planejar e executar de forma eficaz o salvamento em uma PCR, mobilizando equipamentos e recursos. A correta utilização dos protocolos além de padronizar ações, corrobora para diminuir possíveis falhas, visto que eles favorecem uma integração entre equipe e paciente.

Diante de tais colocações, analisa-se o papel do enfermeiro nas próximas linhas, dialogando com os recursos de RCP frente à PCR.

#### **4.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS TÉCNICAS DE PCR/RCP**

Designada como uma profissão estimulante e desafiadora, a enfermagem se adequa aos processos gerenciais por parte do enfermeiro, sendo este, um aprendiz em constante evolução, reflexão e humanismo, os atendimentos nas salas de urgência convergem para um único ponto: a efetiva recuperação do paciente ali apresentado.

Segundo Backes (2008, p. 319), a definição do papel do enfermeiro em relação ao ato de cuidar, se sustenta:

[...] o sistema de cuidados em saúde afirma-se como disposição relacional e caracteriza-se como unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos e componentes. Pensar no hospital enquanto unidade de um sistema de cuidados é apontar para a auto-organização desse sistema, considerando aspectos como a autonomia, a individualidade, as relações e as atitudes, considerados fundamentais para a atuação do enfermeiro nos diferentes espaços da saúde.

Sabendo que a profissão da enfermagem deve abranger a essência do cuidar, em uma rede de saúde sejam os integrantes auxiliares, técnicos ou enfermeiros é coerente que cada qual tem o seu papel definido nas relações interpessoais que ali acontecem. Uma série de ações devem ocorrer para que a prestação do serviço de saúde seja ofertada com qualidade e sempre interligado com as habilidades e equipamentos ali disponíveis. Leva-se em consideração o fator humanista para diminuir os efeitos estressantes que o ambiente hospitalar pode ocasionar.

Segundo Oliveira, Alessi (2003)

A enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe, ao longo da história da humanidade, porém constituída de diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução.

Ao longo da história, como já discutido nesse trabalho, observa-se que a enfermagem, sejam as práticas e vivências sofreram mudanças significativas, portanto, espera-se que o profissional também compreenda e evolua no seu campo de atuação, bem como, ter o apoio da entidade à qual presta serviços, com boa infraestrutura, recursos, e equipamentos sempre de acordo com as regulamentações e compatibilidade que os espaços de urgência idealizam.

Tendo em mente que os setores de urgência/emergência se caracterizam pelo grande fluxo de pessoas em razão da rotatividade dos atendimentos e comorbidades, necessário se faz a presença de uma equipe multidisciplinar, sendo a premissa para um bom atendimento. Os recursos humanos utilizados no atendimento, em resumo, se constituem pela presença de um coordenador médico, o chamado RT (responsável técnico), os plantonistas e caso a rotina seja mais complexa existe a presença dos especialistas no recinto.

A formação do enfermeiro, quando abrange as vertentes da gerencia, educação e pesquisa, consegue emplacar mais do que o salvamento e o cuidar por si só, ele passa a elencar os elos físicos e emocional para com seus pacientes, reafirmado por Silva (2006, p.281)

O enfermeiro necessita ser uma pessoa tranquila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente; deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando, para isso, conhecimento científico e muita experiência.

Consolida-se então o atendimento humanizado no qual o “cliente-paciente”, passa a ser considerado em sua totalidade, para tanto, é necessário citar que o profissional da saúde tem ao seu dispor, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), proposta em 2003 pelo Ministério da Saúde, complementando a aquisição de conhecimento e estratégias para o atendimento.

Em síntese, a PNH, nada mais é do que o conjunto de conceitos partidos da valorização dos integrantes do processo de saúde, usuários, profissionais e gestores, cada qual com seu protagonismo; elencam-se alguns conceitos importantes conforme o Ministério da Saúde (2003) para que a eficácia do processo ocorra em conjunto com as atribuições do enfermeiro, temos:

- **Transversalidade**, enfatizada pela união das diferentes práticas e especialidades da área da saúde, devendo estas “conversar” com os diferentes pontos de vistas nas diferentes esferas da saúde.
- **Acolhimento**, reconhece-se que a singularidade de cada paciente é um fator determinante para o atendimento, ou seja, o acolhimento deve sustentar a boa relação entre as equipes de enfermagem e serviços ofertados para com a sociedade que busca ajuda, construindo um vínculo de confiança e afetividade.
- **A gestão participativa e cogestão**, por sua vez se concentra em um processo com a atuação de várias pessoas, para tanto todas as informações devem ser discutidas e orientadas, atendendo as necessidades e interesses de todos, família, profissionais e gestores.
- **Ambiência**, é definida como a criação de um espaço saudável, acolhedor e confortável que respeite a privacidade e dignidade humana no ambiente intra-hospitalar.
- **Valorização do profissional**, se conceitua como o elo mais forte dessa corrente de conceitos, pois, quando dado o devido reconhecimento e inclusão dos mesmos na tomada de decisões, possivelmente irá alavancar novas potencialidades e definir novos processos de atendimento.

O profissional da enfermagem ainda pautado na questão de princípios éticos e morais do atendimento, tem mais um aliado na demanda, a classificação de riscos como um dos protocolos para garantir que o fluxo do atendimento ocorra sem maiores intercorrências. No Brasil, utiliza-se a escala MTS – Sistema de triagem de Manchester, em tradução livre (Figura 8).

Nesse sentido, o enfermeiro avalia o paciente através de uma visão crítica e holística e atribuem um escore diante dos sintomas e gravidade, e conseqüentemente envolve o espaço de tempo do tratamento nos espaços de urgência, tendo claro, seus critérios embasados em conhecimentos técnico-científicos adquiridos nas práticas sociais.



Figura 8 - Esquema do Protocolo de Manchester.  
Fonte: RDC, 2019

Frente a isso a sistematização da Assistência de enfermagem (SAE) equilibra as projeções para que o enfermeiro coloque em prática seus conhecimentos teóricos em práticas de saúde, subentende-se que o cuidado em enfermagem não é apenas um fenômeno natural como também instrumental tecnológico, ou seja, que a todo momento é passível de alterações. Permeada pela necessidade contínua de aperfeiçoamento, segundo Taylor, Lillis, LeMone (2007) “é necessário um conjunto de habilidades: cognitivas, interpessoais, técnicas e éticas e legais” para o sucesso no atendimento.

As habilidades cognitivas são a ponte entre o “aprender a fazer” e o colocar em prática, evidenciando a aquisição de conhecimento frente aos protocolos de salvamento, ou seja, espera-se que o enfermeiro explore ao máximo a essência da enfermagem e medicina. As habilidades técnicas por sua vez, elucidam o concreto manuseio e utilização de recursos e equipamentos afim de atingir o resultado desejado, indo da boa coordenação motora até a simples detecção de um aparelho com mau funcionamento por exemplo.

Já as habilidades interpessoais são responsáveis para dar clareza e objetividade nas relações entre os envolvidos, paciente, família e funcionários, tendo a palavra cooperação grande destaque nas ações, atingindo e resolvendo ruídos no processo de assistência emergencial. Por fim, nas habilidades éticas e legais, o enfermeiro vai de encontro aos preceitos que a profissão exige, sendo coerente com todas as diretrizes respeitando os dilemas éticos e morais da sociedade.

Quando atingidas as habilidades supracitadas a enfermagem consegue então encontrar o seu real propósito, promover a saúde, prevenir a comorbidade, restaurar a saúde do paciente e o mais importante, melhorar a prática diária facilitando o enfrentamento da incapacitação da doença. Nos parâmetros da PCR/RCP as questões de salvamento são permeadas pela incerteza e rapidez conceitos distintos na apresentação dos fatos, conflitos éticos e morais bem como os burocráticos muitas vezes colocam em xeque a forma correta dos protocolos a serem seguidos.

Dados os fatores essenciais na prática do salvamento, ao enfermeiro se orienta o saber múltiplo das habilidades práticas e o conhecimento amplo perante as situações que são bem diversificadas, inesperadas e frequentes em sua prática profissional, assim, conforme discutido, a máxima nos centros de urgência e emergência tem como definição “a preservação da vida, o cuidado emergencial por parte do enfermeiro é fundamental e desenvolvem-se durante o atendimento pré-hospitalar (APH), no Suporte básico de vida (SBV) e continua no Suporte avançado de vida (SVA) quando necessário”, (GENTIL et. al, 2008).

Backes (2008, p. 320):

No contexto das práticas em saúde o enfermeiro desenvolve quatro atividades essenciais: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. Tais atividades são desenvolvidas de forma integrada e concomitante, contudo, ora são mais centradas em uma, ora em outra, ora em todas. Destarte, as atividades do enfermeiro passam pelo entendimento da dinâmica do cuidar

gerenciando, educando e ensinando. Alia-se a essa dinâmica a construção de novos conhecimentos ou modos de fazer e/ou de investigar cuidando, gerenciando e educando, cuja ordem pode se mostrar ao mesmo tempo como antagônica e complementar.

Se faz necessário então, o conhecimento dos protocolos a serem utilizados em casos de PCR, e a reanimação ou ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sendo um método que irá possibilitar a recuperação do promovendo a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente ao coração e cérebro, realinhando as funções respiratórias e cardíacas e, portanto, devem ser feitas por decisões imediatas até que o tratamento médico apropriado para restaurar as ações cardiorrespiratórias ao normal.

Distingue-se a parada cardiorrespiratória em três fases, compostas por:

- Fase elétrica: corresponde aos quatro primeiros minutos do colapso cardíaco, neste período a desfibrilação pode reverter o quadro e diminuir a chance das alterações metabólicas deletérias;
- Fase circulatória ou hemodinâmica: com duração média de dez minutos, representa a privação máxima dos substratos necessários ao metabolismo normal. Caso não seja revertida, o paciente evoluirá para fase metabólica;
- Fase metabólica: representada por acidose e disfunção celular graves, com diminuta chance de reversão do ritmo de parada e com evolução subsequente para assistolia e óbito.

Todo o processo de RCP deve se iniciar no APH, visto que uma parada cardiorrespiratória pode ocorrer em ambientes intra-hospitalares como também em ambientes extra-hospitalares, para tal, o enfermeiro deverá utilizar uma abordagem imediata e sistemática, com dois cenários a serem projetados a curto e longo prazo.

No primeiro cenário temos a hipótese do paciente inconsciente no qual serão utilizados os elementos descritos no SBV, em seguida uma avaliação primária e secundária, para apreciação e busca de um tratamento mais avançado se necessário. Já o segundo cenário, temos o paciente consciente e utiliza-se apenas a avaliação primária (AP) com o início do atendimento proposto no SBV. A RCP também é indicada caso o paciente apresente as seguintes patologias:

- **Fibrilação Ventricular (FV)** – Caracterizada pela ausência de atividade elétrica organizada com a distribuição caótica de complexos de várias amplitudes, impossibilitando atividade elétrica, gerando uma contração inadequada do miocárdio, causando a ineficácia do coração em ejetar fluxo de sangue. É a mais comum das PCR's ocorridas em ambientes extra-hospitalares;
- **Taquicardia Ventricular sem pulso (TV)** – Se conceitua pela aceleração dos batimentos cardíacos nas câmaras inferiores do coração (ventrículos), resultando em sensações de batadeira, tontura e desmaios, em casos extremos pode levar à PCR e morte súbita;
- **Assistolia** – É um termo técnico para designar a ausência total ou baixíssima frequência de atividade elétrica, contração cardíaca ou ritmos cardíacos, pode ser dividida em duas vertentes: assistolia primária, quando as células cardíacas deixam de operar processos metabólicos, já a secundária acomete o paciente que tem problemas isquêmicos ou doenças cardíacas;
- **Atividade elétrica sem pulso (AESP)**- Consiste em uma situação clínica e não uma arritmia, que segundo AEHLERT, 2013, são presentes a atividade elétrica no monitor cardíaco, porém, o paciente não reage, não respira e não se consegue sentir o pulso carotídeo.

O indivíduo socorrista, deve gerenciar a situação com base nos elementos apresentados: espaço físico e estado da vítima, para o atendimento ser eficaz.

Segundo Santos (2013, p.74)

A gerência do cuidado realizada pelo enfermeiro relaciona-se diretamente à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho, por meio de ações como: realização do cuidado, gerência de recursos humanos e materiais, liderança, planejamento da assistência, capacitação da equipe de enfermagem, coordenação da produção do cuidado e avaliação das ações de enfermagem, está diretamente relacionada à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho para os profissionais

Neste contexto, entende-se que para a eficácia do processo de reanimação tenha êxito, o enfermeiro, dispõe de inúmeras diretrizes que vão auxiliar no atendimento, dentre uma das mais conhecidas, proposta pela American Heart Association (AHA), 2010, temos a “Corrente da Sobrevivência” elencando a cronologia de ações ideais quando uma situação de PCR aparece.

Um conjunto de técnicas sequenciais caracterizadas por compressões torácicas, abertura das vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação ao considerar a PCR como uma emergência clínica, na qual o objetivo do tratamento consiste em preservar a vida, restabelecer a saúde, aliviar o sofrimento e diminuir incapacidades, o atendimento deve ser realizado por equipe competente, qualificada e apta para realizar tal tarefa. Neste contexto destaca-se a figura do enfermeiro, profissional muitas vezes responsável por reconhecer a PCR, iniciar o SBV.

Assim sendo, temos a sequência de ações conforme a (Figura 8) para a PCR Intra-Hospitalar (PCRIH) e Extra-hospitalar (PCREH).



Figura 9 - Corrente da Sobrevivência.  
**Fonte:** American Heart Association, 2010

Conceituando os elos existentes na imagem, o primeiro: Reconhecimento e prevenção precoces, se caracteriza pela verificação de cena e segurança do local, é fundamental para garantir a segurança de todos os envolvidos além de observar potenciais situações de perigo agravando o atendimento, verificar cabos de energia elétrica soltos, materiais inflamáveis etc.

A responsividade da vítima também é um critério a ser observado, tocando nos ombros da vítima perguntando em tom alto e claro “Você está bem?”, A avaliação da respiração, identificar respiração ou falta da mesma (*gasping*), em caso negativo, solicitar o Serviço médico de emergência (SME), descrito no segundo elo. Logo após fazer a solicitação de ajuda, o atendente deve começar o protocolo visto no terceiro elo: RCP de alta qualidade, amparado nas orientações estipuladas no Suporte básico de Vida, que em sua essência, envolve a compressão torácica,

abertura das vias aéreas e desfibrilação; continuados com o SAV na administração de drogas e o tratamento da causa vistos nos cuidados pós PCR efetivando o último elo, a recuperação do paciente.

Entretanto, é importante frisar que as medidas descritas no SBV são atualizadas de forma periódica a cada cinco anos pelos órgãos competentes, sempre pautados em fundamentações teórico-científicas. Na última revisão feita em 2019, o documento elencou questões pertinentes da RCPR em adultos, crianças e incluiu a prestação de primeiro socorro por leigos e profissionais, dentre elas:

- Saber reconhecer uma PCR;
- Saber realizar corretamente a ressuscitação pulmonar;
- Modificação nas compressões torácicas, devendo serem feitas em uma frequência de 100 a 120/min;
  - A profundidade da compressão torácica em um adulto médio, deve ser de 5 cm evitando ultrapassar 6 cm;
  - Utilização do Desfibrilador Externo Automático (DEA);
  - Cumprir os elos da cadeia de sobrevivência.

Ainda dentro dos protocolos do SBV, são necessárias as avaliações emergenciais que permitem ao enfermeiro priorizar as necessidades, sendo assim, a avaliação primária, identificando os problemas com risco de morte nos aspectos da (A) via aérea, (B) respiração, (C) circulação, ainda na AP, agregam-se mais duas letras caso o paciente esteja gravemente lesionado ou doente D- (incapacidade) que leva em conta o nível de consciência, e pôr fim a letra E (exposição) que são as lesões visíveis.

Nota-se que sequência de manobras ABCDE, também sofreu alteração para melhor eficácia nos resultados de reversão de parada, outrora A-B-C - sendo orientado a nova sequência C-A-B, conforme (Figura 9).



Figura 10 - SBV: Procedimentos básicos.

**Fonte:** American Heart Association, 2010

Conceituando o próximo elo da corrente, denominado, desfibrilação, segundo FORNAZIER et.al (2011), se define na aplicação de uma corrente elétrica no paciente por meio de um desfibrilador, fazendo a reversão da arritmia cardíaca com grande amplitude e curto período, reestabelecendo o ritmo cardíaco normal.

O processo de utilização do DEA, requer muita atenção, pois envolve muitos pontos, sendo o primeiro deles, a segurança da vítima, a mesma não deve estar molhada e deve-se retirar corpos estranhos, tecidos e roupas e também averiguar a presença de marca-passo. Seguindo então da função de ligar o aparelho, no qual o mesmo irá solicitar as próximas ações do socorrista.

O DEA pedira a colocação dos eletrodos no tórax do paciente (Figura 10), considera-se então respeitar a distância de dois a quinze centímetros da unidade geradora, devendo aplicar o choque perpendicularmente ao eixo formado entre o gerador e a ponta do eletrodo (CAMANHO, 2013; FORNAZIER et.al, 2011).

A aplicação dos eletrodos que em sua maioria são pás adesivas; uma pá deverá ser colocada a posição infraclavicular do hemitórax direito (HD) e outra abaixo do coração, no hemitórax esquerdo (HE).



Figura 11 - Posicionamento do DEA.  
**Fonte:** American Heart Association, 2010

O aparelho então emitirá um som solicitando que a equipe se afaste do equipamento e paciente, ocasionando o chamado análise do ritmo, indicando se necessário o choque ou não, é aconselhável que após o choque as compressões torácicas sejam reiniciadas imediatamente até a checada do SVA ou até que a RCP ocorra.

Uma RCP de alta qualidade deve-se garantir uma pressão de perfusão coronariana (PPC) adequada e uma fração de compressão torácica (FCT) maior que 60% (Figura 11).

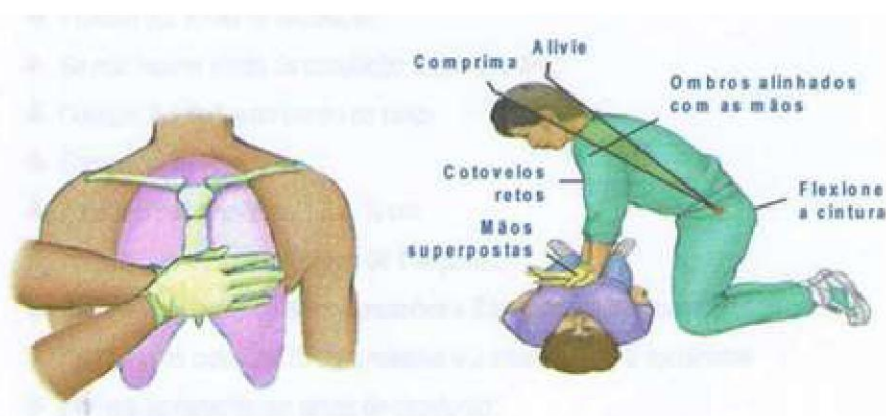


Figura 12 - Esquema de RCP.  
**Fonte:** American Heart Association, 2010

Dentro do SAV<sup>5</sup>, serão ainda necessárias técnicas mais avançadas de salvamento e por serem mais invasivas a equipe do atendimento o fará, por meio da aplicação medicamentosa através do acesso venoso com a administração de

<sup>5</sup> ) caracteriza-se pelo aprendizado adicional de técnicas especiais de circulação e de ventilação invasiva, de monitorização cardíaca (identificação de arritmias), de acesso venoso, de terapia medicamentosa, de desfibrilação ou cardioversão, de terapias específicas pós ressuscitação e de terapia do infarto agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral (AHA, 2010; BELLAN, 2006; SOAR et al., 2010).

medicamentos e monitoração cardíaca segundo a AHA (2010). Segundo os critérios estabelecidos para a terapia medicamentosa<sup>6</sup> na PCR direcionada pelo *guideline*, a adrenalina é considerada uma droga de referência tanto em PCR com ritmo chocáveis (FV e TV) quanto em ritmos não chocáveis (AESP e Assistolia).

Já a Amiodarona é indicada em PCR com ritmos chocáveis após o uso do DEA e a Atropina passou a ser indicadas apenas em casos de bradicardia refrataria (AHA, 2010; RICHMOND; WYLLIE, 2010). Ainda segundo Clark (2001) o uso de tecnologias na PCR/RCP como monitores, oxímetros e tecnologias laboratoriais acabam por favorecer uma intervenção mais segura.

Diante dos fatos apresentados, pela corrente da sobrevivência, cada segundo faz a diferença quando detectada precocemente e iniciada, a RCP eleva as chances da vítima em sobreviver e não ter sequelas graves. Contudo, a prática do enfermeiro é que vai determinar o sucesso do atendimento.

---

<sup>6</sup> Entende-se que para a terapia medicamentosa ou farmacoterapia efetiva, independentemente da formação profissional, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas necessitam de um processo racional de tomada de decisões clínicas para exercerem o cuidado em saúde e utilizarem a base de conhecimentos técnicos no atendimento às necessidades específicas de cada paciente (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência nos ambientes de urgência e emergência se consolidam com a intervenção correta por parte da equipe de enfermagem, assim sendo, frente à uma situação de parada cardiorrespiratória é mais do que necessário que sejam definidos nesse contexto, uma organização e estruturas que façam a diferença no estado final dos pacientes acometidos pela patologia.

A humanização da equipe não pode se desvincular de outros elementos fundamentais como o preparo físico, rápido raciocínio e a definição de funções, feitas através de um bom gerenciamento da equipe, visto a adrenalina de sentimentos que passam em todos os envolvidos.

Como proposto nessa revisão bibliográfica, torna-se importante que apesar de todos os possíveis entraves que a profissão pode ter, incluindo a falta de recursos, desvalorização profissional e questões burocráticas e administrativas, o enfermeiro é quem tem o primeiro contato com o paciente, e assim, exerce grande influência no pronto atendimento.

Diante disso, o questionamento final, é que mesmo com a grande quantidade de informações e métodos de salvamento propostos em documentos normativos o aprimoramento via formação contínua é a melhor ferramenta para salvar o maior número de vidas em situações como esta. O conteúdo abordado não se limita às linhas desse documento, a PCR e RCP merecem destaque e um olhar diferenciado e o profissional da enfermagem sendo o elo mais forte dessa corrente de sobrevivência cumprindo com os princípios éticos e morais da sua formação.

## REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. Advanced cardiac life support. **Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia** - Um guia para estudo. Tradução da 4ª. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 424 p. 2013.

ALVES, A. J. **O planejamento de pesquisas qualitativas em educação**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 77, p. 53-61, maio, 1991.

American Heart Association (AHA). Guidelines CPR e ECC. **Destaques da American Heart Association, 2010 Atualização das Diretrizes de RCP e ACE**. Disponível em: < Hghlghts\_2020ECCGuidelines\_LR\_PTBR (heart.org)> Acesso em 29 maio. 2021.

\_\_\_\_\_, **Suporte avançado de vida em cardiologia: manual do profissional**. São Paulo: Sesil; 2015.

BARRETT, K.E. et al. **Ganong's review of medical physiology**. 24th edition, New York: McGraw-Hill Global Education Holdings. 800 p. 2012.

BATISTA, M. R. **Anatomia e fisiologia do sistema cardiorrespiratório**. 1 ed. Bauru: Biblioteca USC. 2009.

BELLAN, M. C.; ARAÚJO, I. I. M.; ARAÚJO, S. **Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, v. 6, p. 1019–1027, 2010.

**Bíblia Sagrada**. Português. Edição *Sociedade Bíblica do Brasil*. 2ª Ed, Revista e Atualizada. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1994; II Reis 4:31-36.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria n. 1863/GM, de 29 de setembro de 2003. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2003/GM/GM-1863.htm>>. Acesso em: 22 de maio. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 12 de maio. 2021.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações sobre mortalidade e informações demográficas**. [on line]. Disponível em <: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi>>. Acesso em 12 de maio. 2021.

\_\_\_\_\_, conferência internacional sobre promoção da saúde, 1., 1986, Ottawa. Carta de Otawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 16 maio. 2021.

BACKES DS, BACKES MS, SOUSA FGM, ERDMANN AL. **O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde**. Cienc Cuid Saúde 2008 Jul/Set; 7(3):319-326.

CLARK, A. Malpractice target: **can cardiac arrests really be prevented?** Clinical Nurse Specialist CNS, Baltimore, v. 15, n. 5, p. 212-214, 2001.

CAMANHO, LE. **Interferência em marcapasso: mito ou realidade?** [internet]. Rio de Janeiro; SOCERJ; 2013 [acesso em 2018 ago. 30]. Disponível em: <https://socerj.org.br/interferencia-marcapasso-mitorealidade/>. Acesso em 04 de jun. 2021.

Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978, **Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2021.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY P. C. **Pharmaceutical Care Practice – The Clinician’s Guide**. 2a. Ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CORREIA, Sandra Regina. **O papel humanizante da enfermagem na unidade de psiquiatria para tratamento de farmacodependência em um hospital geral.** São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2002.

DANGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar.** 3ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 780 p.

DONATO, A. F. **Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde.** BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) no.48 São Paulo Nov. 2009.

EWY, GA. **Cardiac arrest—guideline changes urgently needed.** Lancet. 2007 Mar;369(9565):882–4.

FONSECA, Luciana Mara Monti; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; MISHIMA, Silvana Martins. **Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem.** [S. l: s.n.], 2015. Disponível em: <1120-468953409-1.pdf (usp.br)> Acesso em: 04 de abril de 2021.

FORNAZIER C, Melchior SC, Buss G, Trindade E, Pereira AA, Barbieri DX, et al. **Abordagem de vigilância sanitária de produtos para saúde comercializados no Brasil: desfibrilador externo.** Brasília: ANVISA; 2011.

GARDNER, E.; GRAY, D.J.; O'RAHILLY, R. **Anatomia - Estudo Regional do Corpo Humano.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 828 p.1988.

Gentil RC, Ramos LH, Whitaker IY. **Capacitação de enfermeiros em atendimento pré-hospitalar.** Rev Latinoam Enferm. 2008;16(2):192-7.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos técnicos de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1994. p.200.

GUIMARÃES, H.P. et al. **Uma breve história da ressuscitação cardiopulmonar.** Revista Brasileira de Clínica Medicav.7, p. 177-187, 2009.

GUIMARÃES M. R. et al. **Revisão de literatura: Reanimação Cardiopulmonar.** Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde. v.5, n.1, 3- 12p. Três Corações: 2015.

GUIMARÃES, Nathalia Sernizon; CARVALHO, Taciana Malheiros Lima; MACHADO-PINTO, Jackson; LAGE, Roger; BERNARDES, Renata Mascarenhas; PERES, Alex Sander Sena; RAPOSO, Mariana Amaral; CARVALHAIS, Ricardo Machado; MANCINI, Renan Avelino; SHIOMATSU, Gabriella Yuka; OLIVEIRA, Bruna

Carvalho; RODRIGUES, Valéria de Melo; MELO, Maria do Carmo Barros de; TUPINAMBÁS, Unai. **Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19.** Arq. Bras. Cardiol., v. 116, n. 2, p. 266-271, fev. 2021.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Record, 1999. p.109.

GORDON AS, Raymon F. Sadove M, et al. **Manual artificial respiration: comparison of effectiveness of various methods on apneic normal adults.** J Am Med Assoc., 1950;144:1447-1452.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E., **Tratado de Fisiologia Médica.** 11ª. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2006. 1216 p.

LALONDE, Marc. **A new perspective on health of Canadians.** Ottawa information. Ottawa: Canadian Department of National Health and Welfare; 1974.

LINO, R. I. **Assistência de enfermagem à pacientes adultos no suporte básico em parada cardiorrespiratória.** Disponível em:<<http://biblioteca.claretiano.edu.br/phl8/pdf/20003437.pdf>> Acesso em 15 abr. 2021.

MENDES, René.; DIAS, Elizabeth. Costa. **Da medicina ocupacional à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

NEVES, José Luís. **Pesquisa qualitativa características, usos e possibilidades.** Caderno de Pesquisas em administração. v.1. n. 3. 2 sem [s.l.n.d.]. 1996.

NOLAN, J. P. et al. **European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005: section 4. Adult advanced life support.** Resuscitation, London, v. 67, p. S39-S86, 2005. Suplemento 1.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio/jun. 2003

PATTON, Michael Quinn **Qualitative research and evaluation methods.** Londres: Thousand OAKS. Sage Publications. 2002. Tradução: Revista de administração contemporânea, v.7, n.2. 2003. p. 219.

PERKINS, GD, Jacobs IG, Nadkarni VM, Berg RA, Bhanji F, Biarent D, et al. **Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports**: a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, Circulation. Sep 29;132(13):1286–300, 2015.

RICHMOND, C.; WYLLIE, J. **Resuscitation of babies at birth. Resuscitation**, London, v. 81, p. 1389-1399, 2010.

RUTHES, Rosa Maria and Cunha, Isabel Cristina Kowal Olm. **Entendendo as competências para aplicação na enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. Fev 2007, vol.61, no.1, p.109-112. ISSN 0034-7167

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. **Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde**: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. Abr 2013, vol.66, no.2, p.74.ISSN 0034-7167

SILVA, Angela Rosa da. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, p. 281,2006.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

TAYLOR C; LILLIS C; LEMONE P. **Fundamentos de Enfermagem:a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 5ª ed. 2007.

URBAN, C. de A. et al. **Implicações éticas das ordens de não ressuscitar**. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 244-248, 2001.

WIEBBELLING, E. D.; SANTOS, M. F. **Enfermagem em urgência e emergência no município de foz do Iguaçu, Paraná, Brasil**. Revista de Enfermagem UFPE on line, Recife, v. 3, n. 3, p. 1-10, jul./set. 2009.