

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

THE ROLE OF NURSES IN CARE OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION IN ADULT INTENSIVE CARE UNIT.

ANA MARIA RANGEL. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ.

MARIA LUCIA M. de OLIVEIRA. Enfermeira, Docente Especialista do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade INGÁ

Endereço para correspondência: Rua Siriema 421, CEP: 87075-060, Conj. Res. Ney Braga, Maringá, Paraná. anamaria.rangel@hotmail.com

RESUMO

O atendimento e o tratamento de situações emergenciais fazem parte de um sistema de cuidados especializados, nos quais a participação da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso na restauração de vidas ou na diminuição de sequelas. Foram feito um levantamento bibliográfico sobre "O Papel do Enfermeiro Frente à Parada Cardiorrespiratória em Unidade de Terapia Intensiva Adulto" foram consultadas as bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, bem como livros, artigos e periódicos. A enfermagem tem papel extremamente importante no atendimento à paracadiorrespiratória (PCR), evento em que é imprescindível a organização, o equilíbrio emocional, o conhecimento teórico-prático da equipe, bem como a distribuição das funções dos profissionais, que representam, muitas vezes, a maior parte da equipe nos atendimentos de PCR Sendo assim, o enfermeiro tem como dever fornecer um arsenal terapêutico mínimo para atendimento emergencial e educação continuada ao pessoal da enfermagem, visando otimizar a execução dos procedimentos emergenciais.

PALAVRAS-CHAVE: PCR (Parada cardiorespiratória), Reanimação Cardiopulmonar (RCP), Papel do Enfermeiro na PCR.

ABSTRACT

The care and handling of emergency situations are part of a system of specialized care, in which participation of the nursing staff is critical to success in restoring lives or in the reduction of sequelae. We did a literature search on "The Role of the Nurse Facing Cardiopulmonary Resuscitation in Adult Intensive Care Unit" were consulted databases SciELO, LILACS and MEDLINE, as well as books, articles and periodicals. Nursing has an extremely important role in meeting the paracadiorrespiratória (PCR), an event that is essential for the organization, emotional balance, the theoretical and practical knowledge of the team, as well as the distribution functions of professionals, who often represent the Most of the team in the care of CRP Thus, the nurse has a duty to provide a minimum therapeutic

arsenal for emergency care and continuing education of nursing staff in order to optimize the execution of emergency procedures.

KEYWORDS: PCR (Paradacardiorespiratória), Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), Role of Nurses in the PCR.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Tratamento Intensivo são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica, devem atender às disposições da Portaria GM/MS/ nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O nº 237, de 15 de dezembro de 1994. Devem contar com equipe básica composta por: um responsável especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva, um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração, um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem, um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho, um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde, um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho, um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza, acesso a cirurgia geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgia e ortopedista (BRASIL, 2003).

A enfermagem tem papel extremamente importante no atendimento à PCR (Parada cardiorrespiratória), situação em que é imprescindível a organização, o equilíbrio emocional, o conhecimento teórico-prático da equipe, bem como a correta distribuição das funções por parte destes profissionais, que representam, muitas vezes, a maior parte da equipe nos atendimentos de PCR. Alguns aspectos são fundamentais na qualificação do enfermeiro que atua em situações de emergência. É necessário ter conhecimento científico e habilidade, transmitir segurança à equipe, atuar de forma objetiva e sincronizada. (MOTTA, 2003 e WEHBE & GAVÃO, 2001).

O Enfermeiro Intensivista é vital na reanimação do paciente, sendo que é ele, freqüentemente quem avalia em primeiro lugar o paciente e inicia as manobras de RCP, chamando a equipe. O fundamental nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é possibilitar a observação constante das funções vitais do paciente e quando necessário, estabelecer medidas para mantê-las artificialmente. O papel do enfermeiro incluiu a reanimação cardiorrespiratória contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, notificação ao médico plantonista, bem como relatar os acontecimentos aos membros da família junto com o intensivista, sendo que o apoio para os familiares e amigos é muito importante nesta ocasião. Após uma reanimação satisfatória, o enfermeiro juntamente com o médico precisa controlar rigorosamente os sinais vitais e os parâmetros hemodinâmicos desse paciente, bem como estar atento a qualquer sinal de complicação, pois o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irão refletir no seu prognóstico (CAPONE, 1973).

O objetivo deste trabalho é identificar e descrever, através de revisão bibliográfica o papel do enfermeiro frente a parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva adulto. Dentro de uma unidade de terapia intensiva (UTI) a paradacardiorrespiratória representa sem sombra de dúvida a mais grave emergência clínica com que a equipe multiprofissional pode se defrontar.

Anatomia e Fisiologia do Sistema Cardio Respiratório

Conforme Jacob, Francorre & Lossow (1990), o coração consiste em uma bomba muscular dividida em duas câmaras, sendo elas receptoras e bombeadoras, composta por átrios e ventrículos localizados no mediastino inferior na porção média entre os pulmões.

Segundo Aires (1991), o coração é constituído de duas bombas simples de dois tempos (admissão e recalque), seu peso é aproximadamente 300 gramas no homem e 250 gramas na mulher e tem controle intrínseco de seu ritmo e potencial.

Smeltzer & Bare (2005) relatam que o coração é um órgão muscular oco que se localiza no mediastino e repousa sobre o diafragma bombeia sangue para os tecidos suprindo a necessidade de nutrientes e oxigenação. Segundo Guyton & Hall (2002), o coração consiste em duas bombas separadas uma esquerda e outra direita, esta ultima bombeia o sangue através dos pulmões, enquanto esquerda bombeia o sangue através dos órgãos periféricos. Um átrio e um ventrículo compõem tanto o coração direito quanto o esquerdo.

Ciclo Cardíaco

Guyton & Hall (2002) relatam que ciclo cardíaco são os eventos que ocorrem desde início de um batimento até início do batimento seguinte. Este ciclo consiste em períodos de relaxamento que e denominado diástole onde o coração enche-se de sangue seguido por um período de contração ocorrendo a sístole. Cada ciclo inicia-se devido a geração espontânea do potencial de ação gerado no nodo sinoatrial (SA), este se localiza na parede lateral superior do átrio direito próximo a abertura da veia cava superior e o potencial de ação se propaga pelos átrios, feixe átrio ventricular (AV) e ventrículos. Devido a esta disposição especial ocorre um retardo de 1/10s durante a passagem do impulso dos átrios para os ventrículos, isso permite que os átrios se contraíam antes dos ventrículos permitindo que estes se encham antes da forte contração.

O sangue venoso desemboca no átrio direito através das veias cavas, percorre a valva tricúspide no ventrículo direito, é ejetado pelo tronco pulmonar, em seguida pelos seus ramos até os capilares onde é oxigenado através do contato com os alvéolos. As veias pulmonares conduzem este sangue até o átrio esquerdo indo para a valva mitral e depois para o ventrículo esquerdo que o conduz até a artéria aorta e através desta ocorre toda a circulação sistêmica (DELAMARCHE *et al.*, 2006).

Ritimicidade e Condução do Impulso pelos Nervos Cardíacos

Ferreira & Póvoa (1999) descrevem que o funcionamento cardíaco é independente do sistema nervoso, embora seja através da interação deste com o restante do corpo e o meio ambiente que acontece alterações no ritmo cardíaco conforme as necessidades do organismo.

Conforme Davies *et al.* (2002) o coração não é suprido por nervos motores voluntários, mas ocorre interferência do sistema nervoso autonômico em sua frequência e força de contração (inotrópica), nas quais pode haver variações para diminuição ou aumento.

Estimulação Parassimpática (Vagal)

Delamarche (2006) relata que este sistema funciona como “freio” do coração e tem como neurotransmissor o hormônio acetilcolina. A inervação vagal é destinada aos átrios, nó sinusal e nó artrioventricular.

Segundo Guyton & Hall (1998) a acetilcolina aumenta a permeabilidade das membranas das fibras cardíacas ao potássio, permitindo o rápido fluxo do potássio para fora das fibras condutoras provocando a hiperpolarização que faz com que este tecido excitável fique menos excitável. A estimulação vagal quando fraca ou moderada diminui a frequência de bombeamento cardíaco e quando muito forte, pode cessar a excitação rítmica do nodo SA ou bloquear a transmissão do impulso cardíaco através da junção AV. Os ventrículos geralmente interrompem seus batimentos por 5 a 20 segundos, sendo assim é desenvolvido um ritmo

próprio em algum ponto das fibras purkinje, este ritmo contrai os ventrículos com frequência de 15 a 40 batimentos por minuto. Este fenômeno denomina-se escape ventricular.

Estimulação Simpática

Guyton & Hall (1998) afirmam que a estimulação simpática causa efeitos opostos à estimulação vagal aumenta a atividade cardíaca podendo quase que triplicar a frequência de batimentos e dobrar a força de contração cardíaca, o potencial de repouso fica mais positivo devido ao aumento da permeabilidade ao sódio no nodo SA causando um desvio do potencial da membrana na direção ao limiar para auto-excitação promovendo o aumento da frequência cardíaca. No nodo AV o aumento da permeabilidade ao sódio facilita a excitação da fibra de condução pelo potencial de ação, o que reduz o tempo de condução dos átrios para os ventrículos. Os íons cálcio são fundamentais na estimulação contrátil das miofibrilas, portanto o aumento da permeabilidade a estes íons é também responsável pela força de contração do músculo cardíaco sob influência da estimulação simpática.

Sistema Respiratório

O sistema respiratório é composto pelos tratos respiratório superior (Nariz, Seios Paranasais, Faringe, Laringe, Traquéia) e inferior (Pulmões, Pleura, Mediastino, Brônquios, Bronquíolos e Alvéolos). Juntos os dois tratos são responsáveis pela ventilação pulmonar (movimento do ar para dentro e para fora das vias aéreas). O trato respiratório superior, conhecidas como vias aéreas superiores, aquece e filtra o ar inspirado para que o trato respiratório inferior (os pulmões) possa realizar a troca gasosa (SMELTZER & BARE 2005).

Cintra, Nishide e Nunes (2005) relatam que a respiração é um processo cíclico que realiza o trabalho mecânico dos músculos respiratórios, porém em condições normais, este trabalho não é consciente e sim dependente de uma atividade automática do sistema nervoso central. Este processo resulta na queima de açúcar para produção de energia necessária ao corpo na realização de funções como falar, andar, manter batimentos cardíacos entre outras menos óbvias.

Para Guyton & Hall (2002), os pulmões podem ser expandidos e contraídos pelo movimento do diafragma para baixo e para cima e pela elevação e depressão das costelas. Em repouso a respiração ocorre quase que totalmente pelo movimento do diafragma, durante a inspiração a superfície superior dos pulmões é tracionada para baixo e durante a expiração ocorre o relaxamento do diafragma, que provoca a compressão dos pulmões pela retração elástica dos mesmos, da parede torácica e das estruturas abdominais. Entretanto, durante a respiração intensa, as forças elásticas não são potentes a ponto de realizarem a expiração rápida necessária e força adicional é obtida pela contração da musculatura abdominal que empurra o conteúdo abdominal para cima contra a base do diafragma.

O espaço torácico é preenchido pelos pulmões, os quais são acessíveis ao ar e ao sangue. Em suas superfícies mediastinais são encontradas depressões denominadas hilos, por onde entram e saem o brônquio, os vasos sanguíneos, os nervos e os linfáticos formando hastes que fecham os pulmões no mediastino (DAVIES *et al.*, 2002).

Parada Cardiorespiratória em Unidade de Terapia Intensiva Adulto

A Parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento que ocorre com frequência em UTI, uma vez que essas unidades assistem pacientes gravemente enfermos, com instabilidade hemodinâmica acentuada, necessitando da equipe o aprimoramento de suas habilidades cognitivas, motoras e atualização sobre as manobras de reanimação. As questões que fundamentam a reanimação cardiorrespiratória (RCR) devem ser conhecidas pelos enfermeiros. O enfermeiro é considerado muito importante na assistência ao paciente grave e

tem que ter conhecimento prático e científico para poder desenvolver uma boa assistência de enfermagem. (ALMEIDA, 1991).

Sendo que a sobrevida tardia dos pacientes após uma parada cardíaca é inconstante, varia entre 5%,6%, 7% até 16%, e está diretamente relacionada com o tempo de chegada do socorro médico, a presença ou não de testemunha no local do evento e do tipo de ritmo cardíaco em que ocorreu a PCR. Sendo o último apresentado é de extrema importância na PCR. O mais comum é o de fibrilação ventricular (FV) ou Taquicardia Ventricular sem pulso (TV sem pulso), os quais têm os melhores prognósticos. Os pacientes que apresentam PCR têm a sobrevida imediata de aproximadamente 40%, os quais apenas 6 a 16% têm alta hospitalar. A média de sobrevida de longo prazo conforme os estudos é de 5 a 10%. (KUISMA *et al.*, 2001, BUNCH *et al.*, 2005, CUTHBERTSON, 2005).

MIGUEL (2009) define PCR como a cessação abrupta das funções cardíaca, respiratória e cerebral, comprovada pela ausência de pulso central (carotídeo e femoral), ausência de movimentos ventilatórios (apnéia) ou presença de respiração agônica, midríase (dilatação das pupilas), cianose (coloração azulada da pele, causada por diminuição da perfusão tecidual) além de estado de inconsciência 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). A PCR é comum a todas as especialidades médicas. O diagnóstico do mecanismo cardíaco da PCR depende da monitorização do ritmo cardíaco sendo de extrema importância o reconhecimento precoce para adequar o tratamento e, portanto, melhorar a sobrevida da vítima.

Reanimação Cardiorrespiratória

Pires *et al.* (2006), afirmam que todos os pacientes são candidatos à reanimação cardiopulmonar (RCP). Discute-se sua indicação apenas nos seguintes casos: quando já houver evidência inquestionável de morte, como em presença de rigor mortis, decapitação etc.; pacientes oncológicos terminais; nos casos em que o paciente se encontre em fase terminal e nos quais não exista qualquer esperança de tratamento adicional; pacientes com morte cerebral comprovada há mais de 24 horas, nos quais ocorra parada cardíaca; estados sépticos terminais, nos quais não exista possibilidade de tratamento (por exemplo: AIDS terminal); tempo de parada cardiorrespiratória sabidamente prolongado, com sinais físicos de morte (cadavéricos), com exceção de afogados; nas situações em que as manobras de ressuscitação podem colocar o socorrista em risco.

Guimarães *et al.* (2005) afirmam que o atendimento da RCP deve transcorrer em um ambiente tranquilo, sem tumulto, de modo que todos possam ouvir o comando do líder com clareza. Não há justificativas nem desculpas para um atendimento desorganizado, tumultuado e desrespeitoso entre a equipe. A postura ética e moral e o seguimento das leis do exercício profissional devem permear todas as ações de enfermagem durante o atendimento de emergência.

A equipe de enfermagem deve estar pronta para o formato de atendimento por fases que consiste em sete etapas: antecipação, entrada, ressuscitação, manutenção, notificação da família, transferência e avaliação crítica. A fase da antecipação acontece antes da ocorrência da PCR e é fundamental para o bom encaminhamento das ações durante o atendimento. Nesta etapa, analisam-se os dados iniciais, reúne-se a equipe, determina-se o líder, delineiam-se as responsabilidades, os equipamentos são preparados e checados e ocorre o posicionamento de cada membro da equipe. Na fase da entrada, o primeiro membro da equipe a checar responsabiliza-se pelo posicionamento da vítima no leito em decúbito dorsal horizontal e início do ABCD primário, acionando a equipe e o carro de emergência, priorizando a chegada do desfibrilador. Assim que o líder chegar à cena do atendimento, deve apresentar-se à equipe e imediatamente avaliar o comando do atendimento. Na fase da ressuscitação propriamente dita, os elementos da equipe devem posicionar-se e iniciarem imediatamente as ações.

American Heart Association (2005) descreve que o profissional de enfermagem deve estar apto para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolver uma, pois este episódio representa a mais grave emergência clínica que se pode deparar. A avaliação do paciente não deve levar mais de 10 segundos. Na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto em normotermia, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. O coração pode voltar a bater, mas os "cinco minutos de ouro" se perdem e o cérebro morre. Sabe-se que cabe ao enfermeiro e à sua equipe assistir os pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico, assim, estes profissionais devem adquirir habilidades que os capacitem a prestar adequadamente a assistência necessária.

Em dezembro de 2005 a American Heart Association (AHA) divulgou as mais recentes diretrizes do suporte de vida ressuscitação cardiopulmonar cerebral definindo as seguintes ações e na PCR: As compressões devem ser em uma frequência de 100 por minuto, o socorrista deve fazer compressão forte, rápida e sem parar, de maneira que o tórax retorne a posição inicial antes de ser iniciada uma nova compressão. O tempo de compressão e relaxamento deve ser praticamente o mesmo. As compressões devem ter uma profundidade de aproximadamente 4 a 5 cm. O socorrista deve, ao máximo, evitar interrupções nas compressões torácicas. As ventilações de resgate podem ser aplicadas com segurança por um segundo. Inclusive, devemos limitar o tempo empregado nas ventilações de resgate, pois elas promovem interrupção das compressões torácicas e também aumentam a pressão intratorácica diminuindo o retorno venoso para o coração e prejudicando a eficácia da RCP. Realizar ciclos de compressão torácica-ventilação 30:2, ou seja, 30 compressões alternadas com 2 ventilações. Essa orientação aplica-se desde socorristas leigos até profissionais de saúde treinada em normas de ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia) e objetiva uniformizar o atendimento para todos os socorristas, facilitar a memorização, aumentar o número de compressões torácicas e diminuir o tempo de interrupções na massagem cardíaca.

A desfibrilação elétrica é a principal determinante na sobrevivência dos pacientes com parada cardiorespiratória por fibrilação ventricular (ritmo anárquico acelerado dos ventrículos, que só pode ser diagnosticado no eletrocardiograma). A American Heart Association recomenda um choque inicial com carga de 200 J e, se não houver reversão, seguido imediatamente, de outros 2 choques 200 a 300 J e de 400 J. O paciente após a ressuscitação, pode apresentar-se desde uma condição desperta e alerta, estável hemodinamicamente, a um estado comatoso, necessitando assim de monitorização hemodinâmica. As diretrizes de 2005, (American Heart Association), ressaltam a importância do controle da temperatura e tratamento da febre pós-ressuscitação cardiopulmonar por parte dos profissionais. Enfatiza ainda que em paciente em estado comatoso após a ressuscitação de uma PCR deve-se evitar a hipertermia e preferir os possíveis benefícios da hipotermia induzida (32 a 34°C) por 12 a 24 horas.

Em relação às principais drogas utilizadas na parada cardiorespiratória de acordo com a Portaria nº 1863/GM (2003): Lidocaína sem vasoconstritor, adrenalina, atropina, dopamina, aminofilina, dobutamina, hidrocortisona, glicose 50%; sulfato de morfina; bicarbonato de sódio, gluconato de cálcio; sulfato de magnésio; nitroprussiato de sódio; Soros: glicosado 5%; fisiológico 0,9%; ringer lactato, Psicotrópicos: hidantoína, meperidina, diazepam, midazolam. Medicamentos para analgesia e anestesia: fentanil, ketalar, quelecin. Outros: água destilada, metoclopramida, dipirona, hioscina, dinitrato de isossorbitol, furosemida, amiodarona.

Mesquita (2004), afirma que uma via venosa para a administração de drogas, inicialmente, pode-se utilizar uma veia periférica; posteriormente, deve-se providenciar a colocação de um cateter em posição central. A via deve ser mantida com uma solução fisiológica. Após a administração de cada medicação, a linha venosa deve ser lavada com a infusão de pelo menos 20 ml da solução fisiológica de manutenção.

O Papel do Enfermeiro na Parada Cardiorespiratória em UTI Adulto

Estudo realizado em Chicago (EUA) relatado por Rodriguez (2002) demonstra que 80% dos profissionais de Saúde estavam desatualizados sobre o tema reanimação cardiopulmonar cerebral; 40% dos profissionais não sabiam reconhecer corretamente os sinais de uma PCR; 50% dos profissionais desconheciam a seqüência do BLS (Basic Life Support) ABC; os pacientes ficavam sem compressão torácica por quase um quarto do tempo de RCP (Reanimação Cardiopulmonar); em mais de um terço dos pacientes, as compressões não foram adequadas; os profissionais costumavam hiperventilar o paciente com ventilações em números excessivos ou com um grande volume; 50% das compressões torácicas realizadas eram muito superficiais e não foram aplicadas durante 24 a 49% do tempo durante RCP; um terço das RCP não ocorria rodízio dos compressores, ocorrendo aumento da fadiga e a ineficiência das compressões.

Conhecer a seqüência do atendimento na PCR, manter tranquilidade para poder organizar as manobras de ventilação e circulação artificiais e reunir material e equipamentos necessários para este período são condições imprescindíveis para uma boa equipe de enfermagem, principalmente porque é ela que permanece o maior tempo em contato com o paciente e, na maioria das vezes, é quem detecta a PCR. Desta forma é recomendado reciclar a equipe de enfermagem na execução das manobras de suporte básico de vida (CINTRA *et al.*, 2005).

A enfermagem tem papel extremamente importante no atendimento à PCR, evento em que é imprescindível a organização, o equilíbrio emocional, o conhecimento teórico-prático da equipe, bem como a distribuição das funções dos profissionais, que representam, muitas vezes, a maior parte da equipe nos atendimentos de PCR (MOTTA, 2003).

Smeltzer & Bare (2005) afirmam que o enfermeiro deve fornecer treinamento a sua equipe a fim de capacitá-la a realizar procedimentos altamente técnicos em situações emergenciais, uma vez que é exigido tal preparo para um atendimento eficaz. Para Silva (1999) o treinamento da equipe deve ter como prioridade a redução do tempo de atendimento com medidas que permitam atuação rápida e eficiente e sistematizada, porém cumprindo todas as etapas do atendimento. Para tanto não basta apenas fornecer orientações a equipe e sim um treinamento atualizado e contínuo que abranja toda assistência, pois o profissional que cuida de pacientes com maior complexidade deve estar capacitado para atuar com competência e segurança.

Cintra (2000) aponta que na UTI deve ter profissional de enfermagem responsável pela organização e manutenção do carrinho de emergência, o eletrocardiógrafo, do desfibrilador, bem como os materiais necessários para uma punção de acesso venoso central, intubação endotraqueal. Este profissional como toda a equipe de enfermagem, tem o dever de conhecer e saber manipular todos os equipamentos utilizados numa PCR, e procurar manter um estoque adequado de materiais e medicamentos.

Para Whebe & Galvão (2005) como líder, é também função do enfermeiro coordenar a equipe e gerenciar a assistência prestada ao paciente, pois conseqüentemente ele exerce influência não somente na equipe de enfermagem como também em outros membros que integram o serviço. O enfermeiro exerce uma liderança fundamentada no conhecimento das habilidades características individuais e necessidades dos membros da equipe de enfermagem. No ambiente hospitalar é desenvolvida pelo enfermeiro uma gerência mais orientada para as necessidades do serviço cumprindo assim normas e tarefas produzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais, incluindo a equipe médica.

Após o atendimento o enfermeiro deve reunir-se com sua equipe a fim de avaliar a atuação da mesma ressaltando os pontos positivos e negativos devendo ser estes últimos citados nos próximos treinamentos, tendo a finalidade de alertar o pessoal para que diminua estas falhas posteriormente. “A divisão da equipe de enfermagem e suas atribuições é prerrogativa de enfermeiro e deve ser realizada respeitando-se a disponibilidade de recursos humanos da unidade”. (GUIMARAES *et al.*, 2005).

O enfermeiro intensivista é vital nos esforços para reanimar um paciente, sendo que ele, frequentemente, quem avalia em primeiro lugar o paciente e inicia as manobras de RCR, chamando a equipe. O papel do enfermeiro inclui a reanimação cardiorrespiratória contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, notificação ao médico plantonista. Após uma reanimação satisfatória, o enfermeiro juntamente com o médico e equipe precisa controlar rigorosamente os sinais vitais e os parâmetros hemodinâmicos desse paciente, bem como estar atento a qualquer sinal de complicação, pois o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irão refletir no seu prognóstico (HUDAK, 1994).

Oliveira *et al.* (2002) relatam que o enfermeiro tem sua atuação juntamente com a equipe multiprofissional. No desempenho de suas atribuições com equipe de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipe médica, com objetivo da padronização da prestação da assistência de qualidade otimizando as condições de recuperação do paciente. Uma vez que a enfermagem requer habilidade de liderança, faz-se necessário que o enfermeiro atue como líder a fim de administrar a dinâmica da equipe conforme terapêutica adotada, pois a liderança tem a finalidade de proporcionar um bom trabalho em equipe. O enfermeiro além de coordenar sua equipe atua em compressões torácicas, Monitorização, desfibrilação, controle de sinais vitais, realiza anotações referentes ao atendimento da PCR, cateterização vesical e nasogástrica, preparo do transporte do paciente, comunicação e supervisão da unidade que irá receber reposição de materiais do carro de emergência e lacre do mesmo. Para tanto é necessário seu conhecimento sobre monitor, desfibrilador, cardioversor, marca-passo externo e farmacologia.

Guimarães *et al.* (2005) relacionam que o enfermeiro é responsável pela avaliação do espaço físico quanto à presença de eletricidade, rede de oxigênio, vácuo, tábua de massagem, macas, carro de emergência com desfibrilador, medicamentos de emergência entre outros equipamentos para tal atendimento. É também sua responsabilidade a elaboração de uma rotina de checagem de materiais quanto a datas de validade e de manutenção preventiva, teste do desfibrilador, controle do estoque mínimo de material e equipamento de proteção e lacre do carro de emergência. Sendo assim o enfermeiro tem como dever fornecer um arsenal terapêutico mínimo para atendimento emergencial e educação continuada ao pessoal da enfermagem, visando aperfeiçoar a execução dos procedimentos emergenciais como: compressões-torácicas, ventilação, desfibrilação. É função prioritária do enfermeiro prestar assistência ao paciente grave, porém sua função frente a uma reanimação cardiopulmonar é bem mais extensa que a simples assistência cabendo a ele dar suporte a equipe providenciando recursos materiais e treinamento continuado visando adequadas condições de atendimento pela equipe.

Oman (2003) afirma que o treinamento da equipe de enfermagem na UTI na PCR, tem como objetivo primordial, reduzir ao mínimo a duração da mesma, através de medidas que permitem atuações rápidas, eficiente e sistematizada, atingindo automatização total, mas consciente, das diversas etapas do atendimento. É importante ter em mente que o reconhecimento imediato de uma PCR e o tratamento da causa, ter o objetivo evitar sequelas irreparáveis, e monitoramento constante, é importante para o prognóstico do paciente.

REFLEXÕES

Conforme os autores pesquisados a assistência de enfermagem é fundamental no atendimento aos pacientes em situações que ameaçam a vida, no sentido de estabelecer as prioridades do atendimento. Dessa forma os enfermeiros desenvolvem ações frente a uma parada cardiorrespiratória, em busca da humanização na assistência, sendo que a capacitação dos profissionais é a diferença entre o sucesso ou fracasso em RCP.

Nos artigos analisados foi apontada a importância de uma equipe de enfermagem treinada para atuar na RCP sendo mencionados os programas de educação continuada, a

importância da enfermagem no papel da observação das alterações apresentadas pelos pacientes antes da PCR, bem como a sua atuação frente a estes sinais e sintomas, aumentando a vigilância e, assim, possibilitando um atendimento mais precoce, que poderia prevenir a PCR em várias situações. Concluem que no atendimento de RCP em UTI é necessária harmonia na atuação dos diversos membros da equipe de enfermagem. Para isso, pressupõe-se número adequado de profissionais devidamente treinados e integrados na assistência a ser prestada.

Grande parte dos transtornos ocorridos durante o atendimento nestas situações emergenciais é resultante da falta de previsão dos acontecimentos, equilíbrio emocional, principalmente do líder do grupo, organização do ambiente, conhecimento e confiança nos recursos disponíveis, falta de priorização de alguns passos, falta ou excesso de pessoal e principalmente, erros na divisão de funções entre os componentes da equipe durante o atendimento. Desta forma podemos afirmar que a porcentagem de sobrevivida em pacientes que sofrem de PCR esta substancialmente ligada ao tempo entre o incidente e o início da reanimação a taxa de sobrevivida é precedente não somente do atendimento num curto espaço de tempo como na eficácia técnica das realizações de manobras de reanimação. Pesquisas mostram também que a reanimação imediata está relacionada a maior chance de sobrevivência. Desta forma os enfermeiros das unidades de emergência aliam a fundamentação teórica, a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional promoção e bem estar do paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. AIRES, M. de M. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, n.3, p.25-27, 1991.
2. AMÉRICA HEART ASSOCIATION, **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care**. Part 3: Overview of CPR. *Circulation*. 2005; 112(24 Suppl):IV12-8.
3. ALMEIDA, V.M. **Responsabilidade Médica**. *Ars. Curandi*, v.24, n.3, p.100-4, 1991.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política para a Área de Terapia Intensiva** / Ministério da Saúde. – Brasília Ministério da Saúde, 2003.
5. BUNCH TJ, HAMMILL SC, WHITE RD: **Outcomes after ventricular fibrillation out-of-hospital cardiac arrest: expanding the chain of survival**. *Mayo Clin.Proc.* 2005; 80: 774-82
6. CAPONE, P.G.L.; CAPONE NETO, A. **O Papel da Enfermagem na Reanimação**. In: FLANAGAN, J. C. **A Técnica do Incidente Crítico**. *Arq.Bras.Psicol.ApL*, v. 25, n. 21, p.99-141, 1973.
7. CINTRA, E A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000.
8. CINTRA, E. de A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005
9. CUTHBERTSON S: **Volunteers trained in CPR and use of automated external defibrillators increased survival after out of hospital cardiac arrest**. *Evid.Based.Nurs.* 2005.
10. DELAMARCHE, P.; DUFOUR, M.; MULTON, F. **Anatomia, Fisiologia e Biomecânica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
11. DAVIES, A.; BLAKLEY, A. G H; KIDD, C. **Fisiologia Humana**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
12. FERREIRA, C.; PÓVOA, R. **Cardiologia para o Clínico Geral**. Rio de Janeiro, p31-43, Atheneu, 1999.
13. GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Fisiologia humana e mecanismo das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
14. GUYTON, A. C; HALL, J. E **Tratado de Fisiologia Medica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
15. GUIMARAES, H. P.; LOPES, R. D.; LOPES, A. C. **Parada Cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, 2005.
16. HUDAK MC. Et al. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 2ª Ed, Rio de Janeiro, Artmed, 1994.
17. JACOB, S. W.; FRANCORRE, C. A.; LOSSOW, W. J. **Anatomia e Fisiologia Humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990.
18. KUISMA M, REPO J, ALASPAA A: **The incidence of out-of-hospital Ventricular fibrillation** in Helsinki, Finland, 2001 Aug 11;358:
19. MESQUITA, A.M.F. Et al. **Procedimentos de Enfermagem - Semiotécnica para o cuidado**. Ed. Medsi, 2004.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1863/GM de 29 de setembro de 2003.

21. MIGUEL Jr A. Emergência geriátrica. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br>. Acesso em: 10 abr. 2009.
22. MOTTA, A. **Assistência de Enfermagem em Cardiologia**. São Paulo: Iátria; Cap. 06 2003.
23. OLIVEIRA et.al. **A enfermagem nas situações de emergência** (2002). Disponível em:<<http://www.espaçorealmedico.com.br/informações/artigos/clinica/artigos/tp1>>. Acesso em: 16 jun. 2010.
24. OMAN, K. **Segredos em Enfermagem de Emergência**: respostas necessárias pra o dia-a-dia. Porto Alegre: Artmed,2003
25. PIRES, M. T.et al., **Manual de Urgências em Pronto-Socorro**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 .
26. RODRÍGUEZ, JM. Guias práticos de enfermagem: emergências. São Paulo: **MC Grave Hell Interamericana do Brasil**, 2002.
27. SILVA, S. C. da. **A presença de fatores iatrogênicos relacionados ao atendimento a parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva..** 1º. Congresso Nacional (1999)<<http://www.ininet.ed/cime99/fulltext/00149sc.html>>. Acesso em: 12 set. 2010.
28. SMELTZER, S. C.; BARE B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2005.
29. WEHBE G., GALVÃO C. **O Enfermeiro de Unidade de Emergência de Hospital Privado: Algumas Considerações**. Rev Latino-Americana de enfermagem 2001.