



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ALEJANDRO MACHADO SOSA

**ATUALIZAÇÃO EM PARADA CARDIORRESPIRATORIA PARA A EQUIPE DE
ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DO SUS EM TOCANTINS**

Florianópolis-SC

2014

ALEJANDRO MACHADO SOSA

ATUALIZAÇÃO EM PARADA CARDIORRESPIRATORIA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE EMERGENCIA DO SUS EM TOCANTINS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Antônio de Miranda Wosny

Florianópolis-SC
2014
ALEJANDRO MACHADO SOSA

ATUALIZAÇÃO EM PARADA CARDIORRESPIRATORIA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE EMERGENCIA DO SUS EM TOCANTINS

Este trabalho de Monografia foi julgado adequado para obtenção do Título de Especialista, e aprovado em sua forma final, no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência.

Florianópolis-SC, ____ de _____ de _____.

Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny
Orientador

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

**Florianópolis-SC
2014**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sosa, Alejandro

Atualização em Parada Cardiorrespiratória para a equipe
de enfermagem nos serviços de emergência no SUS em
Tocantins / Alejandro Sosa; orientador, Antônio Wosny -
Florianópolis, SC, 2014.

24 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de LCE
Linhas de Cuidados em Enfermagem - Opção: Urgência e
Emergência.

Inclui referências

1.Ciências da Saúde, Enfermagem. 3. PCR. 4. RCP. 5.
CABD. I. Wosny, Antônio. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. LCE Linhas de Cuidados em Enfermagem - Opção:
Urgência e Emergência. III. Título.

Este trabalho é dedicado a todos os
Servidores da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me concedido a força, lucidez e as oportunidades necessárias para atingir este objetivo e a todos aqueles que colaboraram para a difusão deste curso e para a execução deste trabalho, considerando o mesmo como um início para posteriores pesquisas.

RESUMO

Este trabalho demonstra a necessidade de atualização em parada cardiorrespiratória (PCR) pela equipe de enfermagem. Foi desenvolvido baseado no atendimento no setor de Pronto Socorro do Hospital Regional Público de Dianópolis, da cidade de Dianópolis, Estado do Tocantins. Para tal, realizou-se um levantamento bibliográfico, impresso e virtual, sobre atualização em PCR, PCR e Desfibrilação Externa Automática (DEA). Conclui-se que é necessário continuar a realizar estudos mais aprofundados sobre o tema em questão.

Palavras chaves: Parada cardiorrespiratória, enfermagem, desfibrilador externo automático.

LISTA DE SIGLAS

AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso

AHA- American Heart Association

CABD – Compressões torácicas, vias aéreas, ventilação e desfibrilação

COREn- Conselho Regional de Enfermagem

DAC. Doença Arterial Coronariana

DAC² - Doenças do Aparelho Circulatório

DIC – Doenças Isquêmicas do Coração

DCV – Doenças Cardiovasculares

ECG - Eletrocardiograma

EPI – Equipamento de Proteção Individual

PCR – Parada cardiorrespiratória

RCP- Reanimação cardiopulmonar.

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

TV - Taquicardia Ventricular

FV – Fibrilação Ventricular

VVP – Ventilação com Pressão Positiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 Justificativa.....	10
1.2 Dados epidemiológicos.....	10
1.3 Objetivos.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 Causas da PCR.....	13
2.2 Mecanismos de PCR	15
2.3 Diagnóstico de PCR.....	16
2.4 Desfibrilação	16
2.5 Ressuscitação cardiopulmonar	16
2.6 Materiais necessários na RCP	17
2.7 Assistência de enfermagem na RCP	17
2.8 Compressões torácicas	19
2.9 Respiração.....	19
2.10 Dados epidemiológicos.....	19
3 MÉTODO.....	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

.1 Justificativa

Este trabalho tem seu foco sobre a necessidade de atualização no atendimento a pacientes vítimas de parada cardiorrespiratória (PCR) pela equipe de enfermagem no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Estado do Tocantins (TO), região sudeste, município de Dianópolis, Hospital Regional Público de Dianópolis (HRPD), visto que o mesmo possui uma área de 4.123 km² e uma população de 19.112 habitantes, porém atende outros municípios da região sudeste do Estado do Tocantins: Almas, Rio da Conceição, Novo Jardim, Ponte Alta do Bom Jesus, Taguatinga, Porto Alegre do Tocantins, Conceição do Tocantins e Taipas do Tocantins, fato que aumenta a demanda por atendimento.

Observa-se não haver atualização dos procedimentos na ocorrência de PCR, estes não são realizados de forma sistemática seguindo um protocolo, portanto as situações são resolvidas mediante a capacitação empírica dos trabalhadores em questão. Ficando dessa maneira a mercê unicamente da experiência de cada indivíduo engajado no processo, isto é, sem margem mínima de segurança documentada de que o procedimento seja realizado em forma padronizada.

Justifica-se este trabalho devido à incidência de óbitos em consequência de problemas cardiovasculares (DCV), pois são a principal causa de morte no mundo, levando ao óbito o mesmo número de vítimas de câncer, doenças respiratórias crônicas, acidentes e diabetes mellitus combinados. Também são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007. (LCE, 2012) (RN Duarte, AJ Fonseca, 2010).

1.2 Dados epidemiológicos

Nos Estados Unidos a doença arterial coronariana (DAC) é responsável por 700.000 mortes ao ano e a PCR está associada a metade de todas as mortes por DAC. (BERTOGLIO, V.M., AZZOLIN K., SOUZA, E.N. de, RABELO, E.R., 2008).

No Brasil as doenças do aparelho circulatório (DAC²), representaram um terço de todos os óbitos e quase 30% do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos de idade no ano de 2006, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Sendo que as doenças isquêmicas do coração (DIC) representaram 30% dos óbitos por DAC² no Brasil. (Soares GP, Brum JD, Oliveira GMM, Klein CH, Souza e Silva NA. Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(4):258–66).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, responsáveis por cerca de 20% das mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos em 2009, destas, as doenças isquêmicas do coração (DIC) foram responsáveis por 95.449 mortes e as causas cardiovasculares atribuíveis à aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes.

No Brasil, as doenças cardiovasculares possuem taxa de mortalidade ainda mais preocupante. Dados da Organização Mundial da Saúde apontam 341 óbitos por 100.000 brasileiros em 2004 por doenças cardiovasculares, correspondendo a mais que o dobro da taxa de mortalidade por câncer no Brasil no mesmo período, e quase o triplo da taxa de mortalidade por DCV nos Estados Unidos. (RN Duarte, AJ Fonseca, 2010).

Retrata-se a PCR e a sua imediata intervenção para ilustrar a necessidade de um atendimento sistematizado de acordo com o evento. Para reversão da maioria dos casos de PCR, aproximadamente 80%, o tratamento comprovadamente eficaz é a utilização do DEA (Desfibrilador Externo Automático). DEA: aparelho que incorpora um sistema que analisa o ritmo e também um sistema de aviso de choque para vítimas de parada cardíaca. A sua utilização dá-se através de um protocolo, verificação de sinais e sintomas: ausência de pulso carotídeo e femoral, perda da consciência, ausências de ruídos ou movimentos respiratórios, pele cianótica, respiração agônica e midríase (tardia). Procedimentos: dimensionamento da cena e posicionamento em decúbito dorsal sobre superfície plana e rígida, desobstrução das vias aéreas, inicia-se manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com ventilação artificial preferencialmente com renovador de fluxo contínuo (CFR), suporte circulatório: para adulto: 30 compressões e 2 insuflações; para crianças: 1 insuflação para 5 compressões, verificando sinais vitais no primeiro minuto e logo após a cada 3 minutos. Conecte o DEA, ligar: (pressione o botão ligar, conectar as pás adesivas ao paciente, avisar aos membros da equipe que está analisando o ritmo, afastem-se e pressione o botão choque se houver uma FV/

TV e se estiver indicando um choque). Repetir esses passos até que a FV/TV não esteja mais presente. O equipamento avisará “choque não indicado”. Os choques são aplicados em grupo de 3, sem a realização de RCP ou verificação de pulso entre eles. Após cada grupo de 3 choques realizar 1 minuto de RCP. Monitorize o paciente com eletrocardiograma (ECG).

As recomendações anteriores de se utilizar o Desfibrilador Externo Automático (DEA) o quanto antes, em caso de PCR extra-hospitalar presenciada, foi reforçada. Quando a PCR não for presenciada, a equipe do SME deve iniciar RCP (se já não estiver sendo realizada pelo leigo) enquanto o DEA verifica o ritmo. Nestes casos, pode-se considerar 1 a 3 minutos de RCP antes do primeiro choque de desfibrilação. (10 pontos para lembrar! Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010)

.3Objetivo

Atualizar as equipes de enfermagem no manejo dos procedimentos a serem realizados em pacientes vítimas de PCR.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no país e as doenças isquêmicas do coração são responsáveis por 80% dos episódios de morte súbita. A PCR é a emergência prioritária nas situações que caracterizam risco de morte iminente.

O coração é um órgão muscular oco cuja ação é bombear sangue para os tecidos através da contração e relaxamento rítmicos de sua parede muscular. Composto por três camadas (endocárdio, miocárdio e pericárdio); quatro câmaras (átrios direito e esquerdo e ventrículos direito e esquerdo); quatro válvulas (atrioventriculares e semilunares).

Segundo o mesmo autor, as células de condução possuem três características: automaticidade, excitabilidade e condutividade. Os impulsos elétricos se iniciam no nódulo sinoatrial (AS) e são conduzidos ao nódulo atrioventricular (AV), feixe de His, ramos direito e esquerdo e as fibras de Purkinje. Quando há uma interrupção súbita destes impulsos e conseqüentemente da respiração, é o que chamamos de PCR e os seus sinais clínicos são: inconsciência, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso. (BRUNNER; SUDDARTH, 2005).

2.1 Causas da PCR

Choque séptico, atividade intensa, tromboembolismo pulmonar e falência cardíaca, níveis muito baixos de potássio e magnésio no sangue (...), processos infecciosos como a endocardite infecciosa, trauma direto no coração, descargas elétricas e uso de drogas. (Endocardite Infecciosa. MANUAL MERCK, SMELTZER SL, 2005).

Cabe ao enfermeiro, garantir o atendimento, privativamente, ao paciente com risco de morte (Artigo 11, inciso I, alíneas “c” e “i”, da lei 7.498/86), regulamentada pelo decreto

94.406/87, e a sua equipe assistir os pacientes, oferecendo ventilação e circulação artificiais até a chegada do médico. É também de responsabilidade do enfermeiro junto com a equipe multiprofissional da empresa criar um protocolo de atendimento as vítimas de PCR, para que a assistência prestada até a chegada do médico seja eficaz evitando seqüelas, e também deve administrar 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.

Na ocorrência de PCR, a sua constatação imediata, e o reconhecimento da gravidade da situação, é fundamental, permitindo iniciar prontamente as manobras de reanimação, antes mesmo da chegada de outras pessoas e de equipamento adequado. Evita-se, dessa forma, uma maior deterioração do SNC e de outros órgãos nobres (MANUAL DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2005).

RCP é o conjunto de procedimentos destinados a manter a circulação de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, permitindo a manutenção transitória das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase.

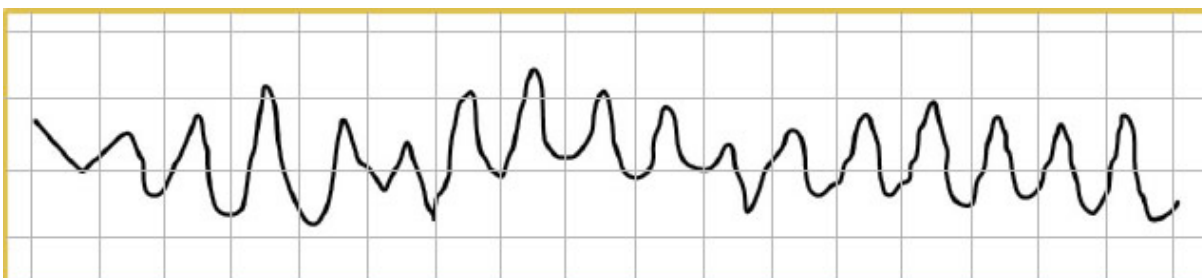
As arritmias cardíacas são distúrbios na geração, condução ou propagação do impulso elétrico no coração. Identificá-las e tratá-las de forma adequada é prioridade do atendimento de emergência, pois, arritmias como a Fibrilação Ventricular (FV), taquicardia ventricular (TV) sem pulso, atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia podem levar a morte. (SMELTZER, BRUNNER E SUDDARTH, 2002).

2.2 Mecanismos de PCR

Existem três modalidades de PCR:

Fibrilação Ventricular (FV)

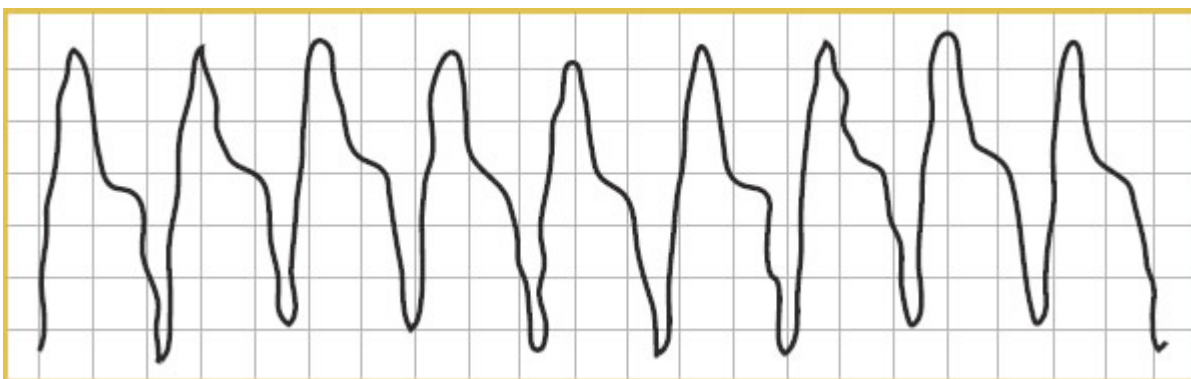
Figura 1: Imagem demonstrando a presença de Fibrilação Ventricular em ECG



Fonte: LCE, 2012.

Taquicardia Ventricular (TV)

Figura 2: Imagem demonstrando a presença de Taquicardia Ventricular em ECG



Fonte: LCE, 2012.

E Atividade Elétrica sem Pulso, estas são as principais causas de PCR no adulto e de melhor prognóstico.

O mecanismo de parada cardíaca mais comum é a fibrilação ventricular (FV), 80% dos casos. É a arritmia mais comumente responsável pela morte súbita, ocasionado por contrações desordenadas e inefetivas das células cardíacas, e se caracteriza pela total desorganização das ondas de propagação elétricas. É o ritmo de parada cardiorrespiratória (PCR) mais comuns nos primeiros dois minutos no adulto e o mais frequente em cardiopatas e apresenta grande chance de reversão, principalmente se tratada precocemente.

Evolui rapidamente para assistolia, caso não sejam estabelecidas medidas de RCP, por isso os esforços de ressuscitação devem continuar até que o ritmo deixe de ser FV/TV. O único tratamento disponível para o controle desse distúrbio do ritmo cardíaco é a desfibrilação, pois não existe base científica que comprove a eficácia de qualquer medicação antiarrítmica em reverter a FV/TV sem pulso. As medicações podem ser utilizadas como auxiliares, facilitadoras para que o estímulo elétrico possa reverter o ritmo para sinusal.

Atividade Elétrica sem Pulso (AESP): nesse ritmo existe a presença de atividade elétrica no músculo cardíaco, porém os batimentos não são eficazes e não há circulação sanguínea.

Assistolia: corresponde a ausência total de qualquer ritmo cardíaco. Sua principal causa é a hipóxia. É a situação terminal, não sendo indicado a desfibrilação.

2.3 Diagnóstico de PCR

Deve ser feito com a maior rapidez possível (...) e o desencadeamento do sistema de emergência disponível na aplicação do Suporte Básico de Vida (SBV), desfibrilação precoce e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. (Assistência de Enfermagem à Pacientes Adultos no Suporte Básico de Vida em Parada Cardiorrespiratória. CLARETIANO, 2006).

2.4 Desfibrilação

É a aplicação de corrente elétrica contínua através do coração, em seu maior eixo, para promover a despolarização simultânea do maior número possível de células cardíacas.

Espera-se que, como o nó sinusal é o primeiro a se despolarizar, ele assuma o comando, quando as células se repolarizarem após a desfibrilação, só deve ser utilizada na FV/TV sem pulso. Utiliza-se o DEA (Desfibrilador Externo Automático), aparelho que incorpora um sistema que analisa o ritmo, sistema de aviso de choque para vítimas de PCR. Sempre após o choque a RCP deve ser reiniciada. (MADEIRA, 2010)

2.5 Ressucitação Cardiopulmonar

As diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE enfatizam, mais uma vez a necessidade de uma RCP de alta qualidade, incluindo: frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de aproximadamente 100/minuto, como era antes), e profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adulto, e, de no mínimo, um terço do diâmetro antero-posterior do tórax em bebês e crianças, aproximadamente 1,5 polegadas (4 cm) em bebês e 2 polegadas (5 cm) em crianças (GUIDELINE, AHA, 2010).

Realiza-se a RCP para obter irrigação imediata dos órgãos vitais com sangue oxigenado com técnicas de compressão cardíaca e ventilação pulmonar e deve ser utilizada para melhorar o prognóstico da PCR e não para voltar à vida. Após a realização das compressões torácicas, quando não há o retorno da circulação efetiva do paciente, devem-se realizar outras medidas: desfibrilação, administração de drogas apropriadas de acordo com a prescrição médica e monitorização continuamente (ARAÚJO, L.P. et al, 2012).

E compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, circulação e respiração. Responsividade: investigar o estímulo verbal com voz firme e em tom alto que garanta a vítima seja capaz de escutar o socorrista e tátil. E tátil que deve ser firme.

Circulação: deve ser investigada no sítio carotídeo, por ser o último a desaparecer e o primeiro a ser restabelecido numa situação de instalação e reversão de PCR.

Respiração: realiza-se a manobra de desobstrução das vias aéreas. Existem duas manobras básicas para isso: hiperextensão da cabeça e elevação da mandíbula. A primeira é proibitiva na possibilidade de trauma cervical. Restabelecendo os batimentos cardíacos. (BRUNNER E SUDDARTH, 2002).

2.6 Materiais Necessários Na RCP

Tábua de massagem cardíaca, ambú, ventilador, material de intubação, tais como mandril, sondas endotraqueiais e laringoscópio, aspirador de secreções, sonda de aspiração, látex, oxigênio, desfibrilador, cânulas de guedel, eletrocardiógrafo.

2.7 Assistência De Enfermagem Na RCP

Puncionar veia calibrosa, de preferência na fossa antecubital, infundindo solução de Cloreto de Sódio a 0,9 %, para manter acesso permeável, em caso de hemorragia providenciar 2 (dois) acessos venosos. Em caso de difícil acesso venoso, providenciar material para dissecação venosa, punção subclávia ou jugular;

- Checar o material para intubação, cuja tentativa deve ser entre 15 e 30 segundos: EPI's (luvas estéreis, capote, máscara, óculos), tubos endotraqueiais, fio guia, laringoscópio (lâminas curvas e retas e cabo com pilhas de reserva), estetoscópio, seringa de 20 ml, cadarço;
- Checar material para aspiração (frasco de aspiração, 2 látex, sonda de aspiração, luva estéril, máscara, óculos de proteção);
- O respirador deve estar conectado a saída de oxigênio e ar comprimido e ser devidamente testado;
- Checar o desfibrilador: conectar cabos do desfibrilador no paciente para proceder a monitorização cardíaca enquanto realizadas as manobras de RCP.

Após o diagnóstico:

- Posicionar a vítima adequadamente, na suspeita de trauma manter cabeça, pescoço e tronco alinhados, relatar tempo decorrido do início da parada e o que foi feito até o momento, calçar luvas de procedimento, colocar tábua rígida sob o tórax do paciente, iniciar as compressões torácicas intercaladas com VPP, lembrar que a sequência é C-A-B-D (compressões torácicas, vias aéreas, ventilação e desfibrilação), oferecer EPIs e material para intubação montado e testado (tubo com cuff testado e fio guia para ser inserido, cabo e lâmina de laringoscópio conectados), lembrar que caso haja intubação a relação compressão ventilação muda, serão 100 compressões por minuto e a cada 6 a 8 segundos o paciente deverá ser ventilado, no suporte avançado de vida. (J. APARECIDA, 2008)
- Estar preparado para oxigenar, ventilar com bolsa-valva-máscara entre uma tentativa e outra;
- Permanecer segurando o tubo após a retirada do fio guia e até ser fixado com cadarço e insuflar cuff do tubo injetando ar suficiente para ocluir a via aérea (geralmente 10 a 20 ml)

com a seringa, e verificar mediante ausculta com estetoscópio a posição correta do tubo, imediatamente conectar ambú ao tubo e ventilar, verificar pressão do cuff, evitando hipo ou hiperinsuflação (20 a 30 mmHg);

- Confirmada a posição, fixar com cadarço, registrando a numeração em que está sendo realizada a fixação, soltar o tubo e inserir uma cânula orofaríngea se necessário;
- Conectar o ventilador mecânico;
- Preparar e administrar medicações conforme prescrição médica e checar;
- Deixar a unidade do paciente em ordem;
- Desprezar o material perfuro-cortante em “descarpack” ou similar de paredes rígidas, contaminado com sangue visível conforme procedimento;
 - Realizar o descarte do material conforme Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde;
- Checar, repor e lacrar o “Carro de Emergência”, registrando a data, o número do lacre, assinatura, COREn do responsável no impresso para conferência do carro;
- Registrar o material gasto nos impressos: uso de gases e equipamentos e todo o procedimento no prontuário do paciente.

2.8 Compressões torácicas

De acordo com as novas diretrizes no atendimento aos pacientes acometidos por PCR, durante a compressão torácica deve ser aplicada uma pressão suficiente para deprimir o esterno em cerca de 5 (cinco) cm e retirar subitamente a compressão permitindo o retorno da parede torácica. Manter uma frequência mínima de 100 compressões por minuto. Iniciar a RCP com 30 compressões e 2 ventilações. Após 5 (cinco) ciclos de compressão ventilação, verificar a presença de pulso. (AHA, 2010)

Alternar as pessoas que estão fazendo as compressões a cada 2 minutos. (GUIMARÃES HP 2005).

2.9 Respiração

Nas novas diretrizes de RCP 2010, a respiração será verificada quando o socorrista examinar a responsividade do paciente. (AHA, 2010).

São necessários 5 (cinco) profissionais para um atendimento ideal em PCR, um fisioterapeuta, um médico e 3 (três) enfermeiros. Um profissional para a ventilação, um para a compressão torácica, um na manipulação de medicação, um para anotar o tempo da medicação e um enfermeiro no comando. (GUIMARÃES, 2005).

2.10 Dados epidemiológicos

No Brasil, as mortes correspondentes ao ano de 2008: 95777 indivíduos, enquanto no mesmo período no Tocantins morreram por doença isquêmica do coração 472 indivíduos, já no ano de 2009 morreram no Brasil 96386 indivíduos, enquanto no Tocantins morreram 522 indivíduos. No ano de 2010 morreram no Brasil 99955 indivíduos, enquanto no Tocantins morreram 535 indivíduos, e por último, no ano de 2011 morreram no Brasil 103.486 indivíduos, enquanto no Tocantins morreram 533 indivíduos. (RELAÇÃO DE NÚMERO DE ÓBITOS POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO CONFORME PERÍODO, DATASUS, 2012).

3 MÉTODO

A metodologia do presente trabalho baseou-se numa revisão bibliográfica impressa e virtual relativas ao assunto abordado. Tomou-se como exemplo o Hospital de Referência Público de Dianópolis, da cidade de Dianópolis, Estado do Tocantins, Brasil. E observaram-se os cuidados realizados em pacientes acometidos por PCR no período que abrange do mês de junho do ano de 2013 ao mês de fevereiro do ano de 2014. Completando assim nove meses.

A pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica. (Marconi e Lakatos, 1992).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PCR tem uma grande incidência na população, principalmente entre 20 e 59 anos de idade, ou seja, em plena idade produtiva, causando morbidade e mortalidade, o que leva a desestabilização familiar e, em ocasiões, até a sua desestruturação também. O estado também é lesado, pois provoca graves danos ao sistema produtivo e as arcas da Previdência Social.

Desenvolveram-se no local, episódios da mesma, momentos que serviram para confirmar o excelente trabalho realizado pela equipe de enfermagem do Pronto Socorro do HRPD, não obstante, confirmou-se a necessidade de atualização nos procedimentos de emergência pela equipe supra citada para atendimento em pacientes vítimas de PCR.

Também, teve-se a confirmação da inexistência, no referido local, de um Protocolo de Atendimento às Vítimas de PCR.

O fato de poder contribuir com o SUS, a instituição HRPD, os seus servidores e consequentemente a população que faz uso desses serviços, é de grande estímulo, já que os benefícios são para todos, sem exceção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, responsáveis por cerca de 20% das mortes em indivíduos acima de 30 anos. Dados da OMS (2004) revelaram: 341 mortes para cada 100.000 brasileiros por doenças cardiovasculares. A PCR é uma emergência e como tal não há tempo a perder. Sabe-se que 80% dos casos são reversíveis através do DEA. Motivo pelo qual quanto mais atualizado estiver o corpo de enfermagem para lidar com tais situações, melhor, porém não foi encontrado programa de educação/atualização continuada para atendimento em PCR, no HRPD.

Considera-se o engajamento da equipe de enfermagem em programas de educação/atualização continuada em PCR de fundamental importância. Também é necessária a compreensão da Diretoria e da Coordenação de Enfermagem para fornecer e/ou facilitar a presença da equipe de enfermagem aos referidos cursos de educação/atualização em forma continuada.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION – AHA. 2010. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/viegasclaudio/guideline-aha-2010>>. Acesso em 17/04/2014.

Almas Tocantins – Biblioteca do IBGE. Disponível em: <<http://www.biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/Tocantins/almas.pdr>>. Acesso em 17/02/2014.

ARAÚJO, L.P. et al. **CONHECIMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PROTOCOLO RESSUCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO, 2012.**

BERTOGLIO, V. M. et al. **Tempo Decorrido do Treinamento de Enfermeiros em Parada Cardiorrespiratória e o Impacto no Conhecimento Teórico de Enfermeiros.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 29, n. 3 p. 454-460, set. 2008.

DEA. Disponível em: <<http://www.acsm.org>>. Acesso em 10, fevereiro 2014.

Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP E ACE.

Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/.../ucm_317343.pdf>. Acesso em 15/04/2014.

10 pontos para lembrar! Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em : <http://www.cientifico.cardiol./cardiosource2/cardiologia/int_artigo29.asp?cod>... Acesso em 17/04/2014.

Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral. RN Duarte, AJ Fonseca – Rev Bras Ter Intensiva, 2010 - SciELO Brasil. Disponível em: <<http://www.RNDuarteAJFonseca>> – Rev Bras Ter Intensiva, 2010 – SciELO Brasil.

IBGE/Cidades/Infográficos/Tocantins/Rio da Conceição/Dados..., disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?...%7Crio-da-conceição>>. Acesso em 17/02/2014

IBGE/Cidades/Infográficos/Tocantins/Novo Jardim/Dados..., disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=171525>>. Acesso em 17/02/2014.

Ponte Alta do Bom Jesus/Dados Gerais – Cidades – IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=171780&lang>. Acesso em 17/02/2014.

IBGE/Cidades/Infográficos/Tocantins/Taguatinga/Dados Gerais..., disponível em : <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang...%7Ctaguatinga>>. Acesso em 17/02/2014.

IBGE/Cidades/Tocantins/Porto Alegre do Tocantins. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=171800>>. Acesso em 17/02/2014.

LCE- LINHAS DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM, 2012. Módulo 7: Linha de Cuidado nas Urgências/Emergências Cárdio e Neurovasculares. Unidade 1: Cuidado de Enfermagem nas Emergências Cardiovasculares. Disponível em: <<http://www.unasus.ufsc.br/lcenfermagem/>>.

LINO, R. L. O. **Assistência de Enfermagem à Pacientes Adultos no Suporte Básico de Vida em Parada Cardiorrespiratória**. Monografia. Batatais: Centro Universitário Claretiano, 2006.

MANUAL DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Diretrizes assistenciais do Hospital Sírio Libanês. São Paulo: Hospital, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 4ª ed. p.43 e 44.

MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1985. p.70.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO, HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, versão atualizada, 2013. Disponível em <<http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/sociedade.../protocolo-pcr.pdf> . Acesso em 07/04/2014>.

RELAÇÃO DE NÚMERO DE ÓBITOS POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO CONFORME PERÍODO. Disponível em Indicadores e dados básicos. Brasil – 2012 – Datasus. <<http://www.datasus.gov.br/idb>. Acesso em 04/04/2014>.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. BRUNNER e SUDDARTH: **Tratado de ENFERMAGEM MÉDICO – CIRÚRGICA**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1034 p. (-). **Tradução de Brunner e Suddarth's**, 2002.

SOARES GP, BRUM JD, OLIVEIRA GMM, KLEIN CH, SOUZA E SILVA NA. **Mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil, 1980 a 2006**. Rev Panam Salud Pública. 2010;28(4):258-66.

MANUAL MERCK. **Endocardite infecciosa. Endocardite. Seção 3: Doenças cardiorrespiratórias**. Extraído de <<http://www.manualmerck.net/?id=197&cn=844>>. Acesso em 07/04/2014.