

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA IVONE RAMOS VILAS BOAS

**ATUAÇÃO E DIFICULDADES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A UMA
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) PEDIÁTRICA – UMA REVISÃO
LITERÁRIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA IVONE RAMOS VILAS BOAS

**ATUAÇÃO E DIFICULDADE DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A UMA
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) PEDIÁTRICA – UMA REVISÃO
LITERÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atuação e dificuldade do profissional enfermeiro frente a uma PCR em pediatria – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem – Área Urgência Emergência

Profa. Ms. Orientadora: Maria do Socorro Andrade Modesto

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ATUAÇÃO E DIFICULDADES DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO FRENTE A UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) PEDIÁTRICA – UMA REVISÃO DE LITERATURA** de autoria da aluna **MARIA IVONE RAMOS VILAS BOAS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Prof. Ms. Maria do Socorro Andrade Modesto
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo pelo incentivo que sempre me deu para prosseguir no caminho dos estudos e assim poder concluir mais essa nova etapa. Em especial aos meus filhos Luiz Guilherme e Natália, pelo amor, carinho, compreensão nos momentos de ausência para conseguir fazer essa especialização. E a todos que fazem o Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência onde compartilhei experiências e adquiri novos conhecimentos, enriquecendo e aprimorando a minha prática profissional.

AGRADECIMENTOS

Este estudo é a soma do aprendizado compartilhado com inúmeras pessoas, desde as primeiras linhas até a concretização final.

Quero agradecer primeiramente a Deus que me concedeu a vida e o livre-arbítrio para continuar a evoluir, e a serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar; a coragem para mudar as coisas que posso e a sabedoria para saber as diferenças.

A Prof^ª Ms. Maria do Socorro Andrade Modesto pelo apoio e orientação.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo, quando muitas vezes pensei em desistir, não tenho palavras para agradecer o carinho de vocês.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3 METODOLOGIA.....	15
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE SÍGLAS

AAP – American Academy of Pediatrics

ACLS – Advanced Cardiac Life Support

AHA – American Heart Association

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

BLS – Suporte Básico de Vida

CC – Centro Cirúrgico

CE – Carro de Emergência

ILCOR – International Liaison Committee on Resuscitation

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

PALS – Pediatric Advanced Life Support

PCR – Parada Cardiorrespiratória

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

PS – Pronto socorro

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

UI – Unidade de Internação

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

O Objetivo deste estudo foi analisar a atuação do profissional enfermeiro frente a uma PCR pediátrica e reconhecer as dificuldades enfrentadas durante a reanimação, problema este vivenciado no contexto mundial por todas as equipes de enfermagem, visando ampliar a discussão sobre o tema sendo de extrema relevância uma vez que interfere diretamente na vida do paciente. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica objetivando conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre as dificuldades encontradas pelo profissional enfermeiro a uma Parada Cardiorrespiratória em pediatria. Através da utilização de artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* – MEDLINE, *Biblioteca Regional de Medicina* – BIREME, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS e *Scientific Electronic Library Online* – SCIELO.

Palavras Chaves: Parada Cardiorrespiratória, Enfermeiro, Dificuldades.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the role of the professional nurse in front of a pediatric arrest and recognize the difficulties faced during resuscitation, experienced this problem in the global context for all nursing staff, aiming to broaden the discussion on the topic is extremely relevant one since it directly affects the patient's life. This is a bibliographic research aiming to understand and analyze the main theoretical contributions to the literature on the difficulties encountered by nurses Cardiorespiratory arrest in a pediatric professional. Through the use of scientific articles published in journals indexed in databases Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - Medline, Regional Medical Library - Bireme, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences - LILACS and Scientific Electronic Library Online - SCIELO

Key Words: Cardiopulmonary Resuscitation, Nurse, Difficulties.

1. INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória – PCR é a emergência cardiológica mais grave e, necessita da máxima atenção e experiência do enfermeiro e de sua equipe de enfermagem (OLIVEIRA et al., 2013). Sendo uma das situações enfrentadas pelos enfermeiros, independente da sua área de atuação, pois necessita de ação imediata da equipe de enfermagem, não havendo demanda administrativa ou assistencial de qualquer natureza que a ela se oponha em ordem de prioridade (SILVA et al., 2013 apud VALADARES 2006).

A doença cardiovascular é a causa número um de morte nos Estados Unidos. Mais de 225.000 pessoas morrem todos os anos por problemas cardíacos súbitos (ASSUNÇÃO, 2005).

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte, representando cerca, de 31,88% do total de óbitos (SILVA, 2008).

A PCR pode ocorrer no ambiente extra-hospitalar ou intra-hospitalar. Vários fatores predis põem para seu aparecimento, principalmente as doenças cardiocirculatórias (ASSUNÇÃO, 2005).

A PCR pode ser definida como uma condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória, ou ainda, como a interrupção brusca, inesperada e potencialmente reversível da eficácia do batimento cardíaco ou da respiração espontânea do paciente, ou ambas (SILVA; HOLANDA, 2011). Na faixa etária pediátrica raramente é um evento súbito. Em geral, ela é decorrente de uma falência respiratória ou circulatória (NEVES et al., 2013).

Os profissionais de enfermagem, geralmente, são os primeiros que respondem a PCR e iniciam as manobras de suporte básico de vida enquanto aguardam a equipe de suporte avançado chegar (BERTOGLIO et al., 2008).

Essa é uma das situações de emergência mais temidas pelos profissionais de saúde, por que exige a tomada rápida e segura de decisões a fim de evitar morte e sequelas que interfiram na sobre vida dessas crianças. Diante da complexidade da intervenção em PCR, organizar, padronizar e treinar o atendimento a estas vítimas, torna-se essencial para agilizar a prestação do serviço resultando num serviço de qualidade aumentando as chances de sobre vida (GIURIATTI et al., 2014).

O treinamento no atendimento pré-hospitalar pode melhorar a evolução das crianças gravemente enfermas. O contato com os serviços de emergências médicas e o preparo das unidades hospitalares para receber esses pacientes são também peças fundamentais. Devem-se tentar acordos de transferência facilitada entre centros, contatos com serviços de transporte especializados, na tentativa de oferecer ao paciente pediátrico gravemente enfermo as melhores condições de atendimento (MORAIS, 2007).

É de fundamental importância o papel do enfermeiro no sucesso da reanimação cardíaca, visto que, habitualmente os sinais iniciais de parada cardíaca são detectados pela equipe de enfermagem, sendo assim, cabe a ela, iniciar uma assistência rápida, eficiente, segura e com espírito de equipe para obter sucesso no atendimento e minimizar stress desnecessários e riscos de acidentes (OLIVEIRA et. al 2013 apud VENISHI, 2003).

Este trabalho foi motivado devido à ocorrência comum às diversas situações de atendimento emergencial e que requer uma prática de atuação profissional organizada, sincronizada e imediata como é o evento de parada cardiorrespiratória. Fazendo com que a cada dia eu me preocupasse mais em buscar conhecimentos atualizados para atuar durante essa situação, onde exige uma assistência pronta e eficaz de toda a equipe multiprofissional, ou seja, médicos e enfermeiros.

O Objetivo deste estudo foi analisar a atuação do profissional enfermeiro frente a uma PCR pediátrica e reconhecer suas dificuldades enfrentadas durante a reanimação, problema este vivenciado no contexto mundial por todas as equipes de enfermagem, visando ampliar a discussão sobre o tema sendo de extrema relevância uma vez que interfere diretamente na vida do paciente.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Histórico da Ressuscitação Cardiorrespiratória

Todas as áreas da saúde, em especial a medicina, vêm tentando, ao longo de várias décadas, prolongar a vida. A Reanimação Cardiopulmonar – RCP é o exemplo maior desta conquista. O retorno da respiração e dos batimentos cardíacos, após sua interrupção, traz para a equipe de saúde, responsável pelo atendimento, uma satisfação inestimável (CRISTINA, 2006).

O primeiro caso de um ser humano sobrevivente de parada cardíaca foi reanimado com manobra cardiopulmonar a tórax aberto, tendo sido descrito por Kristian Ingelsrød em 1901, a preocupação com a reanimação do recém-nascido é tão antiga quanto à própria história da humanidade. A aplicação clínica, descrita em 1960 por Kouwenhoven sobre a RCP com tórax fechado tem sido larga e mundialmente utilizada no manuseio de pacientes em Parada Cardiorrespiratória – PCR. Tal ato despertou grande interesse em todo o mundo, uma vez que até então, a reanimação cardiopulmonar só era realizada com tórax aberto e, portanto, impraticável fora do ambiente hospitalar (ASSUNÇÃO, 2005).

A Reanimação Cardiopulmonar – RCP teve início da década de 50 quando os estudiosos verificaram que, de fato, as manobras tinham ênfase na PCR. Até então décadas anteriores, os pacientes que eram acometidos pelo episódio não eram ressuscitados, pois havia uma crença que nada poderia ser realizado para salvar a vida do paciente. Kouwenhoven e Jude, a partir da década de 60 descreveram a circulação do sangue quando o coração está parado, e que quando o mesmo é bombeado contra a coluna sobre a massagem pertinente o coração e o fluxo sanguíneo voltará a se estabelecer. A partir desta década as melhorias nas técnicas de ressuscitação estão sendo atualizadas até os dias atuais (NEVES; FEY, 2011).

Na década de 80, foi padronizado o atendimento pediátrico e neonatal para ressuscitação cardiopulmonar – RCP, denominado Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida Pediátrico. Esses cursos de treinamento em RCP pediátrica foram introduzidos no Brasil, a partir de 1998, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em convênio com a Sociedade Brasileira de Pediatria, priorizando a capacitação do profissional médico e, posteriormente, dos profissionais de enfermagem (NEVES et. al, 2013).

2.2. Emergência Pediátrica

A emergência pediátrica é um setor que ocasiona em bastante desgaste emocional na equipe de enfermagem. É uma área de atuação que requer responsabilidade da equipe, pois além de estar sob as situações de pressão, onde há o risco de vida iminente da criança, que em nossa cultura não deveria estar passando por uma situação como essa por não ter vivido o suficiente, existe a família que está acompanhando toda a situação, que está em estado de tensão extrema, e devido a essa ansiedade, ela espera que a enfermagem tenha as soluções para a enfermidade da criança (FELDMANN, 2006).

Os profissionais que atuam na unidade de emergência devem receber treinamento específico, tanto técnico e científico, quanto uma educação continuada voltada para o autoconhecimento, o que exige deles domínio de suas próprias emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades. Por outro lado, a angústia e a ausência de informações aos familiares são também fontes de tensão nesse ambiente (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Mas da mesma forma que existe esse sentimento de tensão, existe também a gratificação ao notar que seus esforços, suas medidas corretivas, proporcionaram a restauração da saúde da criança. É este sentimento que estimula e impulsiona o trabalho dos profissionais. É esta capacidade de perceber que por causa de seus esforços o enfermo retoma a sua vida, que faz com que a equipe de saúde continue atuando para o bem dos pacientes (FELDMANN, 2006).

Recentes estudos têm analisado uma prática em voga na América do Norte, que é permitir a família que assim desejar assistir à RCP. A reação dos familiares e a atitude dos profissionais de saúde têm sido positivas. Este procedimento ainda não é uma recomendação do novo guia apenas um comentário. Contudo, permitir a presença dos pais ou responsáveis com o auxílio de um facilitador (assistente social, clérigo ou enfermeiro) para explicar em tempo real o que está acontecendo deve merecer consideração dos responsáveis pelas emergências e UTI locais (ZORZELA; GARROS; CAEN, 2007).

O Sistema de Permanência Conjunta de pais e filhos caracteriza-se como marco filosófico, revelador do respeito às necessidades do ser criança – em suas etapas de crescimento e desenvolvimento – especialmente as de caráter afetivo, visualizando a família como integrante da equipe de saúde, por entender que esta é a maneira de prestar atendimento integral à criança hospitalizada (LIMA et al., 2006).

3.3. Atendimento Bem Sucedido

O primeiro passo, para atendimento da criança crítica é o rápido reconhecimento de falência respiratória, visto que esta é a causa mais frequente de parada cardiorrespiratória – PCR em pediatria. Sinais como o aumento da frequência respiratória, respiração errática, batimento de aleta nasal, retrações torácicas, gemência, cianose e alteração do nível de consciência são importantes marcadores de sofrimento respiratório e não podem ser subdiagnosticados (ZORZELA; GARROS; CAEN, 2007).

É necessário um atendimento de emergência, o qual é possibilitado por uma equipe devidamente capacitada e pela disponibilidade dos materiais e equipamentos necessários para o suporte básico e avançado de vida. As drogas e equipamentos utilizados para a reversão da PCR situam-se no Carro de Emergência – CE, que funciona como um armário e cuja padronização é proposta pela Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC com base nas normas da *American Heart Association* – AHA. (SILVA et al., 2013).

O CE armazena materiais destinados à avaliação e diagnóstico da PCR, controle de vias aéreas, acesso vascular, controle circulatório e medicamentos. Para sua organização considera-se como setor de permanência para o CE o Centro Cirúrgico (CC), as Unidades de Internação (UI), as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou o Pronto Socorro (PS) e inclui-se a idade da vítima (adulto ou criança) e a demanda de PCR no local (SILVA et al., 2013).

Todo o serviço de urgência/emergência deve ter seu material checado a cada plantão e todo o pessoal preparado. Existem recomendações de que o pediatra seja treinado pelo curso PALS (Pediatric Advanced Life Support), o qual contém ações sistematizadas conforme protocolos estabelecidos pela American Heart Association (AHA) e American Academy of Pediatrics (AAP), sendo estes aceitos mundialmente (MELO; VASCONCELLOS, 2005).

Assim, entendemos que o serviço de emergência é um complexo cenário, onde devem estar congregados profissionais suficientemente preparados para oferecer atendimento imediato e de elevado padrão à clientela que dele necessita (CRISTINA 2006).

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo é conhecer e analisar as principais contribuições teóricas existentes na literatura sobre as dificuldades encontradas pelo profissional enfermeiro a uma Parada Cardiorrespiratória em pediatria. Durante a pesquisa bibliográfica, foram utilizados os seguintes descritores: Parada cardiorrespiratória, Pediatria, ressuscitação e dificuldades do profissional enfermeiro, através da utilização de artigos científicos publicados em revistas indexadas nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE*, *Biblioteca Regional de Medicina – BIREME*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS* e *Scientific Electronic Library Online - SCIELO*.

Uma vez decidido pela revisão literária foi realizada a leitura de 40 artigos científicos distintos, publicados no período de 1999 a 2014, onde destes foram selecionados 20 artigos que apresentaram correlação entre esses termos, que subsidiaram no desenvolvimento do trabalho.

4. RESULTADO E ANÁLISE

Até pouco tempo atrás a PCR era sinônimo de morte, pois não mais que 2% sobreviviam. Atualmente, esse índice de sobrevida chega a alcançar cerca de 70% se o socorro for precoce e eficaz, para tanto é indispensável à capacitação da equipe de enfermagem, a qual sempre se apresenta preparada frente a essa situação (MENEZES; ROCHA, 2013).

No ambiente intra-hospitalar, a RCP é um procedimento de emergência rotineiramente aplicado a todos os pacientes que apresentam parada cardiorrespiratória com indicação de reanimação. Esse evento é mais comumente observado nas áreas consideradas críticas como unidades de emergência, centros de terapia intensiva, unidades coronarianas e salas de cirurgia. Como para qualquer outro procedimento de emergência, o consentimento dos pacientes é presumido, uma vez que a morte será inevitável, se a RCP deixar de ser instituída (CRISTINA, 2006).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia esclarece que a etiologia da PCR é diversa, dependendo da idade. Assim as causas da PCR em crianças são diferentes das que ocorrem em adultos. O mais comum é a parada cardíaca devida à parada respiratória, devendo-se menos de 10% dos casos à fibrilação ventricular, geralmente associada a doenças cardíacas congênitas. Por este motivo a sobrevida é muito baixa (ASSUNÇÃO, 2005).

Em crianças, a incidência, a etiologia precisa e a evolução da parada cardíaca e da ressuscitação são difíceis de averiguar, por que a maioria dos relatos contém um número insuficiente de pacientes, ou definições inconsistentes que impedem a generalização das conclusões, bem como as causas de parada cardiorrespiratórias pediátricas são heterogêneas, não possuindo um padrão que sirva de estereótipo para a pesquisa (GIURIATTI et al., 2014).

Um trabalho realizado por Morais, 2007 sobre os atendimentos realizados pelas unidades de suporte avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte no ano de 2005, apresenta os seguintes resultados: Pessoas com idade entre 45 a 74 anos estão distribuídas em três faixas etárias (45-54 anos, 55-64 anos e 65-74 anos) equitativamente totalizando 637 (41,1%) pessoas. A menor frequência ocorreu em pessoas com idade de 0 a 14 anos totalizando 38 (2,5%) onde corrobora com o estudo de Giuriatti et al., 2014.

Um estudo realizado em Londrina – PR em 2003 relata que 100% dos óbitos, a maioria (73,5%) ocorreu com pessoas que tinham 50 anos ou mais; 19% tinham entre 20 e 49 anos; 3,3% tinham entre 5 e 19 anos; 0,8% tinham entre 1 e 4 anos e 3,3% em menores de 1 ano. Quanto às causas específicas, observa-se que as doenças cerebrovasculares são, em primeiro lugar, as do aparelho circulatório, com 11,2% das mortes (ASSUNÇÃO, 2005).

Nos relatos literários, o índice de sobrevivência na alta hospitalar encontra-se em torno de 15%. Portanto, isso significa que de cada 07 pacientes submetidos à tentativa de reanimação por profissionais treinados em suporte avançado de vida, 06 não são reanimados com sucesso (CRISTINA, 2006 apud ATLS, 1997).

As enfermeiras vêm de uma história acadêmica e social em que os valores colocados são para que façam o possível para salvar vidas. A morte de uma criança desencadeia sentimentos de perda. Quando alguma criança sobrevive à doença grave, com risco de morte, o sentimento é de alívio e bem-estar. Quando uma criança doente há algum tempo falece, aflora uma cascata de sentimentos de tristeza, de perda, de impotência, de frustração, de medo. Mas a morte súbita de uma criança previamente hígida é algo quase inaceitável para o profissional da enfermagem (HADDAD, 2006).

Segundo Assunção (2005) apud Sanghavi e Shefler (2002) explicam que eventos danosos à vida em crianças que requerem RCP são relativamente esporádicos, porém quando estes ocorrem há necessidade de um conhecimento específico, julgamento e habilidade. Corroborando com o estudo de Assunção (2005) apud Araújo L. e Araújo, S. (2003) onde relata que o diagnóstico da PCR é de extrema importância. Completando ainda que também os leigos deveriam saber identificar uma PCR, em razão do pouco tempo necessário, realizar o diagnóstico e iniciar as manobras de RCP.

ZORZELA; GARROS; CAEN, 2007 afirma que diante de uma criança com suspeita de parada cardíaca, o tempo para verificar a presença de pulsos deve ser de, no máximo, 10 segundos. Se, nesse período, não é possível palpar o pulso braquial em um lactente ou femoral na criança maior, que não está respondendo aos estímulos (não se move ou não respira normalmente), iniciam-se as compressões torácicas. Se constatada uma frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto com sinais de baixo débito cardíaco, compressões torácicas devem ser iniciadas compressões na metade inferior do esterno para todas as idades, com cuidado de não comprimir o processo xifóide. Após cada compressão, permite-se ao tórax expandir

totalmente para aumentar o retorno venoso ao coração. Em lactentes e crianças menores, a manobra dos dois polegares, com as mãos do profissional envolvendo o tórax do paciente, é a mais indicada.

Durante a reanimação cardiopulmonar à enfermeira deve levar o carrinho contendo um desfibrilador, caixa de urgência com laringoscópio, cânulas, seringas, agulhas e drogas básicas para o atendimento de urgência. O primeiro profissional que chega começa a reanimação, iniciando as manobras com o paciente monitorizado: massagens cardíacas, intubação orotraqueal, ventilação mecânica, infusões de drogas e cardioversões; estas são feitas por cinco a seis vezes e são cessadas quando o traçado cardíaco persiste em tornar-se uma linha reta. O momento de cessar não é manifestado verbalmente, mas sim com gestos e olhares desesperançosos dos profissionais que, então, retiram todos os aparelhos, retornando aos seus locais de origem. Por outro lado, quando se consegue uma reversão da parada, um sentimento de satisfação é manifestado pelos profissionais através de sorrisos, olhares esperançosos e gestos expressivos de vitória (SALOUM; BOEMER, 1999).

Em um estudo realizado por Ferreira; Ferreira; Casseb et al., 2012 revela que a maior proporção de enfermeiros sem especialização (75%) sustenta a necessidade, prioritária, de realização de capacitação desses profissionais, considerando que a realização de RCP pelo enfermeiro é fator determinante nos índices de sobrevida em PCR por ser este profissional, normalmente, o primeiro a prestar condutas nesse evento.

Nesse mesmo estudo de Ferreira; Ferreira; Casseb et al., 2012 afirma que o tempo de experiência entre os profissionais que não fizeram o curso suporte básico de vida e aqueles que o realizaram mostrou associação limítrofe com o conhecimento no atendimento da PCR. Achados de outros estudos são semelhantes. O conhecimento de medidas de Suporte Básico de Vida – BLS na reanimação cardiopulmonar caracteriza medidas mais efetivas na sequência de reanimação e, portanto, maior chance de sobrevida. Estudos apontam que a retenção do conhecimento e habilidades 6 meses a 1 ano é baixa, o que significa a necessidade de se obter maior regularidade de treinamento em serviço. As novas diretrizes contêm importantes modificações para melhorar a prática de reanimação e a sobrevida de pacientes com PCR, sendo, portanto, a sua atualização de suma importância para os profissionais de saúde.

A melhora do atendimento à criança criticamente enferma é a meta dos guias de ressuscitação. A cada cinco anos, o *International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR*

promove a revisão da literatura vigente e publica as orientações para que os comitês de ressuscitação das sociedades médicas locais realinhem os seus protocolos, objetivando o adequado atendimento em casos de PCR. Infelizmente, a maioria das mudanças ocorridas em pediatria é extrapolada de estudos em manequins, adultos e animais. Isso é o que de melhor se pode sugerir, baseado nas poucas evidências existentes (ZORZELA; GARROS; CAEN, 2007).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os profissionais de enfermagem necessitam de capacitação técnica e científica voltada para o atendimento pediátrico em parada cardiorrespiratória, devido à carência de dados publicados sobre o tema, causando prejuízos ao atendimento desta faixa etária.

Apesar de a literatura apontar dificuldades na aplicação do processo de enfermagem é de fundamental importância que os esforços sejam direcionados para sua concretização teórico/prática, visando à assistência humanizada e científica. Dificuldades sempre existiram e continuarão existindo, porém isso não justifica um trabalho simplesmente intuitivo e rotineiro.

O conhecimento científico do enfermeiro é fundamental dentro das instituições que atendem crianças em risco de PCR. Este conhecimento agiliza o atendimento, através da organização da equipe diante de seu embasamento teórico. Os enfermeiros das unidades aliam a fundamentação teórica (imprescindível) a capacidade de liderança, o trabalho de percepção a iniciativa a habilidade do ensino a maturidade e a estabilidade emocional. Certamente, o investimento em treinamento para os profissionais que prestam assistência direta aos pacientes em PCR podem garantir um atendimento eficaz e seguro proporcionando segurança no decorrer do atendimento (NEVES; FEY, 2011).

Este estudo mostra que o tempo de experiência no atendimento de PCR aliado aos conhecimentos adquiridos nos cursos Suporte Básico de Vida / Advanced Cardiac Life Support - BLS/ACLS sugerem que há influência nas ações desses cuidados que poderiam evitar mortes prematuras e assegurar maior sobrevida aos pacientes. Sendo assim de suma importância maior investimento em capacitação para o atendimento de PCR, principalmente, para os profissionais com menor tempo de experiência e aqueles não especialistas, com vista à eficácia da ressuscitação cardiorrespiratória.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, R.C. **Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná.** 2005. 12f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../Assuncao_RC.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2014.

BERTOGLIO, V.M. et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.29, n.3, p.454-460, Porto Alegre (RS), set. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6774>>. Acesso em 08 fev. 2014.

CRISTNA, J.A. **Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória.** 2006. 137f. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18012007-174313/pt-br.php>>. Acesso em: 09. Abr. 2014.

FELDMANN, C.M. **As vivências de técnicos de enfermagem relacionadas ao atendimento na emergência pediátrica.** 2006. Monografia – Centro Universitário Feevale Instituto de Ciências da Saúde, Novo Hamburgo, dez. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300005>. Acesso em: 15 jan. 2014.

FERREIRA, J.V.B.; FERREIRA, S.M.B.; CASSEB, G.B. Perfil e conhecimento teórico de médicos e enfermeiros em parada cardiorrespiratória, município de Rio Branco, AC. **Rev. Bras. Cardiol.**,v.25, n.6, p.464-470, nov/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.rbconline.org.br/artigo/perfil-e-conhecimento-teorico-de-medicos-e-enfermeiros-em-parada-cardiorrespiratoria-municipio-de-rio-branco-ac/>>. Acesso em: 05 mar. 2014.

GIURIATTI, M.P.Z. Norma técnica para intervenção de enfermagem em parada cardiorrespiratória pediátrica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Brasília, v.6, n.2, p.11-17, mar/maio 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212439.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

HADDAD, D.R.S. **A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica:** vivência do enfermeiro. 2006. 74f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-6VZQAP>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

LIMA, E.C. et al. Modelo de cuidado diferenciado de enfermagem à família da criança internada na unidade de terapia intensiva pediátrica. **Fam. Saúde Desenv.**, v.8, n.2, p.168-177, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/7991>>. Acesso em: 05 fev. 2014.

MELO, M.C.B.M.; VASCONCELLOS, M.C. **Atenção às urgências e emergências em pediatria**. 2005. 400f. – Escola de Saúde Pública, Minas Gerais, 2005. Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/atencao-urgencias-emergencias-pediatria.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2014.

MENEZES, R.R.; ROCHA, A.K.L. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória., **Rev. InterScientia.**, v.1, n.3, p.2-25, João Pessoa, set/dez. 2013. Disponível em: <<http://unipe.com.br/periodicos/index.php/interscientia/article/view/209>> Acesso em: 02 abr. 2014.

MORAIS, D.A. **Parada cardiorrespiratória em ambiente pré-hospitalar:** ocorrências atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. 2007. 89f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/563M.PDF>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

NEVES, D.D.; FEY, A. A auto-percepção do enfermeiro no atendimento a PCR em pediatria de uma instituição hospitalar., **Rev. Caminhos, On-line, “Dossiê Saúde”.**, v.2, n.3, p.7-25, Rio do Sul, abr/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.caminhos.unidavi.edu.br/wp-content/uploads/2012/02/A-auto-percep%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro-no-atendimento-a-PCR-em-pediatria-de-uma-Institui%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar1.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2014.

NEVES, T.S. et al. Atualizações no atendimento a vítima pediátrica em parada cardiorrespiratória., **Rev. Rede de Cuidados em Saúde.**, v.7, n.1, [s.l.], 2013 Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/1858>>. Acesso em 10 abr. 2014.

OLIVEIRA, A.D.S. et al. Atendimento do enfermeiro do serviço de urgência à vítima de parada cardiorrespiratória. **Rev. Interd.**, v.6, n.2, p.64-74, abr/maio/jun. 2013. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/50>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

SALOUM, N.H.; BOEMER, M.R. A morte no contexto hospitalar – as equipes de reanimação cardíaca. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v.7, n.5, p.109-119, dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691999000500014&script=sci_arttext>. Acesso em 14 jan. 2014.

SILVA, C.C.S.; HOLANDA, A.R. Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e prática de uma equipe de saúde da família. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde.**, v.15, n.4, p447-454, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10329>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

SILVA, C.R. O enfermeiro na parada cardiorrespiratória em unidades de emergência intra-hospitalar: revisão da literatura. **Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – Mestrado Profissionalizante em Enfermagem Intensiva.**, [2008?] 5f. Disponível em: <www.ibrati.org/sei/docs/tese_343.doc>. Acesso em: 10 de abr. 2014.

SILVA, D.A.F. et al. Ensino em enfermagem e tomada de decisão: Guideline 2015-2010. **Rev. Ensino, Saúde e Ambiente.**, v.6, n.3, p.83-95, dez.2013. Disponível em: <<http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/147>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

TACSI, Y.R.C.; VENDRUSCOLO, D.M.S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, v.12, n.3, p.477-484, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a05.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2014.

ZORZELA, L.; D, GARROS.; CAEN, A.R. Análise Crítica das novas recomendações para reanimação cardiopulmonar. **Jornal de pediatria.**, v.83, n.2, p.64-70, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021755720070003000008>. Acesso em: 06 jan. 2014.