

ATENDIMENTO A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM ADULTOS: CONHECIMENTOS NECESSÁRIOS AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de submissão: 17/07/2023

Data de aceite: 01/08/2023

Laura Corrêa Ferraz

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-6497-9030>

Claudia Zamberlan

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-4664-0666>

Janine Vasconcelos

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8150-4213>

Oclaris Lopes Munhoz

Universidade Federal do rio Grande
(FURG)
Rio Grande, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0001-8901-7148>

Silomar Ilha

Universidade Franciscana (UFN)
Santa Maria, Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2132-9505>

da Literatura realizada a partir da leitura de materiais disponibilizados em formato on-line e impresso. Realizada, no mês de outubro de 2022, a leitura dos protocolos da *American Heart Association*, artigos científicos, livros e sites que discorrem com propriedade sobre a temática. Os materiais foram submetidos a análise textual discursiva. A análise dos materiais permitiu a construção de uma categoria central: conhecimentos necessários aos profissionais de enfermagem no atendimento a parada cardiorrespiratória em adultos. A mesma, foi unitarizada em três categorias de análise: Definições e causas da parada cardiorrespiratória; Atendimento à vítima de parada cardiorrespiratória e, Cuidados de enfermagem pós parada cardiorrespiratória. Essa revisão apresenta informações fundamentais aos profissionais da enfermagem, além de uma linguagem simples e de fácil compreensão, podendo servir de base para consulta rápida ou para estudo mais aprofundado sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE: Emergências Complexas. Socorro de Urgência. Enfermagem em Emergência. Enfermagem.

RESUMO: Objetivou-se identificar os conhecimentos necessários aos profissionais de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória em adultos. Trata-se de uma Revisão Narrativa

CARE FOR CARDIORESPIRATORY ARREST IN ADULTS: NECESSARY KNOWLEDGE FOR NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: The objective was to identify the necessary knowledge for nursing professionals in caring for cardiorespiratory arrest in adults. It is a Narrative Review of the Literature carried out from the reading of materials available in online and printed format. In the month of October 2022, the American Heart Association protocols, scientific articles, books and websites that properly discuss the subject were read. The materials were submitted to discursive textual analysis. The analysis of the materials allowed the construction of a central category: knowledge necessary for nursing professionals in caring for cardiorespiratory arrest in adults. It was unitarized into three categories of analysis: Definitions and causes of cardiopulmonary arrest; Assistance to the victim of cardiorespiratory arrest and nursing care after cardiac arrest. This review presents fundamental information to nursing professionals, in addition to simple and easy-to-understand language, which can serve as a basis for quick consultation or for a more in-depth study on the subject.

KEYWORDS: Complex Emergencies. Emergency Relief. Emergency Nursing. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) afetam o coração e os vasos sanguíneos e incluem: a doença coronariana, a doença cerebrovascular, a doença arterial periférica, a doença cardíaca reumática, a cardiopatia congênita, a trombose venosa profunda e embolia pulmonar (OPAS, 2022). Além disso, são a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo, ocasionando o aumento da morbidade, mortalidade prematura, redução da qualidade de vida (QV) e aumento dos custos diretos e indiretos ao sistema de saúde (GOMES, 2021).

Segundo dados epidemiológicos do estudo *Global Burden of Disease* (GBD), mundialmente, houve um aumento significativo na prevalência de DCV entre 1990 e 2019, passando de 271 milhões para 523 milhões, respectivamente. Verifica-se também o aumento no número de mortes por DCV de 12,1 milhões em 1990 passando para 18,6 milhões, em 2019. No Brasil esses dados se repetem, sendo as DCV a principal causa de morte desde os anos 90, havendo elevação de 270 mil em 1990 para 400 mil mortes em 2019, correspondendo a 48% do total de óbitos (GBD, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mudança de hábitos como a interrupção do uso do tabaco, redução do sal na dieta, ingestão de frutas e vegetais, atividade física regular e evitar o uso nocivo do álcool têm demonstrado reduzir o risco de doenças cardiovasculares. Tal redução combate os efeitos dos fatores de risco comportamentais como a hipertensão arterial, hiperglicemia e hiperlipidemia, bem como a obesidade (OMS, 2022).

Dentre as alterações cardiovasculares, destaca-se a Parada Cardiorrespiratória (PCR), compreendida pela *American Heart Association* (AHA) como a intercorrência de emergência que consiste na interrupção severa e repentina das atividades respiratórias

e mecânicas do coração, levando a um ritmo cardíaco inadequado ou ausência dele, e consequentemente ao risco de morte às vítimas acometidas (AHA, 2020; LOPES, NOGUEIRA, 2021).

Dados da AHA destacam que aproximadamente 350.000 adultos nos Estados Unidos apresentaram PCR não traumática extra-hospitalar (PCREH) e que 1,2% dos adultos internados em hospitais no país sofrem PCR intra-hospitalar (PCRIH) (AHA, 2020). Nesse sentido, destaca-se a necessidade de os profissionais da saúde estarem capacitados para o atendimento a essa emergência, o qual é realizado por meio da ressuscitação cardiopulmonar (RCP). A RCP é definida como um conjunto de manobras realizadas com o objetivo de manter artificialmente o fluxo sanguíneo ao cérebro e a outros órgãos vitais até que ocorra o retorno da circulação espontânea (RCE) (AHA, 2020).

Salienta-se nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem, uma vez que esta é composta por profissionais que passam a maior parte do tempo junto aos pacientes em diferentes condições do processo saúde-doença, especialmente em ambiente intra-hospitalar. Desse modo, são normalmente, os responsáveis por identificar a situação de PCR e iniciar o atendimento até a chegada da equipe como um todo. Para além dessa identificação, as pesquisas devem fornecer subsídios para a melhoria do atendimento em PCR, o que justifica a necessidade e relevância desta pesquisa.

Frente ao exposto, questiona-se: Quais conhecimentos são necessários aos profissionais de enfermagem no atendimento a parada cardiorrespiratória em adultos? Na tentativa de responder ao questionamento, a pesquisa objetivou identificar os conhecimentos necessários aos profissionais de enfermagem no atendimento a parada cardiorrespiratória em adultos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de Revisão Narrativa da Literatura (RNL), a qual se constitui como uma publicação ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. As RNL constituem-se, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, sites, artigos de revistas impressas e ou eletrônicas, vídeos, manuais ministeriais, políticas públicas, anais de eventos e tudo que possa contribuir para o primeiro contato com o objeto da pesquisa. A RNL não necessita indicar as fontes utilizadas, a metodologia para a busca das referências e nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos consultados (BRUM et al., 2015). Contudo, optou-se por descrever algumas informações.

Para esse estudo, utilizou-se materiais disponibilizados em formato on-line e impresso. Para tanto foi realizado, no mês de outubro de 2022, a leitura dos protocolos da *American Heart Association* (AHA, 2016; AHA, 2020). Além disso, analisou-se artigos

científicos (BERNOCHE, SAKO, 2019; EVANGELISTA, et al, 2018; FABRIC, et al, 2023), livros (SANTOS, MEDEIROS, SOARES, 2018; SANTOS, SILVA, 2019; MARTINS, NETO, VELASCO, 2016) e *sites* (OPAS, 2022; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022) e manuais (MSD MANUAIS, 2021; MSD MANUAIS, 2022) que discutissem a temática com propriedade.

Os materiais foram submetidos a análise textual discursiva, organizada a partir de uma seqüência recursiva de três componentes: 1) Unitarização, onde o pesquisador examinou com intensidade e profundidade os textos em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado; 2) Momento em que buscou-se o estabelecimento de relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, resultando em um ou mais níveis de categorias de análise; 3) Comunicação, onde o pesquisador apresentou as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, resultando nos metatextos, que foram constituídos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados (MORAES, GALIAZZI, 2011).

3 | RESULTADOS

A análise dos materiais permitiu a construção de uma categoria central: conhecimentos necessários aos profissionais de enfermagem no atendimento a parada cardiorrespiratória em adultos. A mesma, foi unitarizada em três categorias de análise, conforme a figura 1. Nesse artigo discute-se, de forma descritiva, cada uma das categorias.

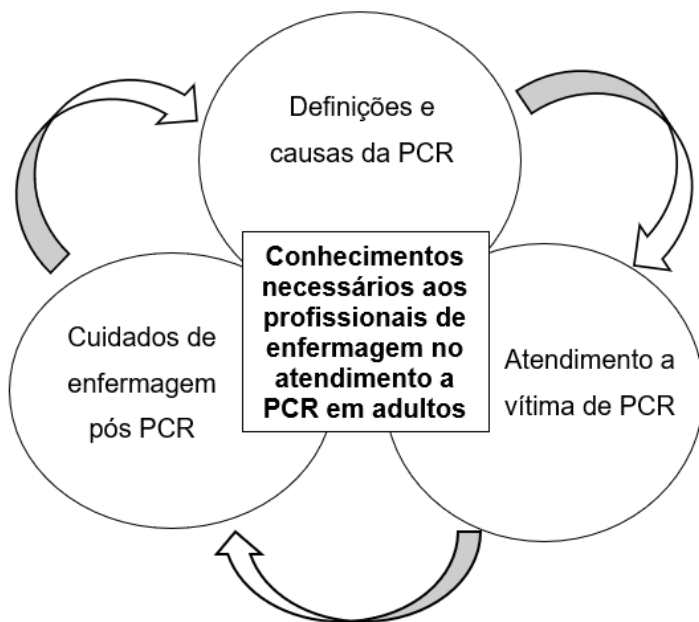


Figura 1- Representação esquemática da relação entre a categoria central e as categorias de análise.

Fonte: elaboração própria, 2023.

3.1 Definições e causas da parada cardiorrespiratória

Em relação ao conhecimento necessário aos profissionais de enfermagem no atendimento a uma PCR, emergiu a necessidade destes em conhecerem as definições; as principais causas de PCR, bem como saber analisar os ritmos cardíacos.

A PCR é definida pela interrupção súbita da circulação sanguínea sistêmica e atividade ventilatória, culminando em ausência de pulso e de movimentos respiratórios ou, ainda, respiração anormal, conceituada como *gasping*, o que conduz a perda da consciência (AHA, 2016). As situações com maior risco de evoluir para uma PCR são: cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, antecedentes familiares de morte súbita, afogamento, choque, obstrução de vias aéreas e reação anafilática. As principais causas de PCR, são didaticamente divididas em 5Hs e 5Ts, as quais podem ser visualizadas no quadro 1.

5 H	5 T
Hipovolemia	Tamponamento cardíaco
Hipóxia	Tensão do tórax
Hipotermia	Tromboembolismo pulmonar
Hipercalemia e Hipocalemia	Trombose de coronária
H + Acidose metabólica	Tóxico

Quadro 1 – Principais causas de parada cardiorrespiratória.

Fonte: Adaptado da *American Heart Association* (2020).

No que concerne à hipovolemia, essa corresponde a uma redução importante do volume sanguíneo contido no sistema circulatório a qual, na maioria dos casos, é causado por um grave trauma, queimaduras, entre outros. O tratamento dessa causa consiste em reposição volêmica, hemoderivados e medidas de resgate para contenção de sangramentos, sendo vital a correção da acidose e hipoxemia. Assim, deve-se repor o volume, até que a pressão venosa central fique na faixa de 10 a 12 mmHg (BERNOCHE; SAKO, 2019).

Em relação a hipóxia, que se conceitua pelo impedimento da troca gasosa podendo causar asfixia e conseqüentemente a hipoxemia, pode ser causada por obstrução de via aérea, hipoventilação central, asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica, afogamento, enforcamento, pneumonia, pneumotórax hipertensivo, entre outros. Nessa causa deve-se priorizar a ventilação com apoio da oxigenioterapia, para evitar sequelas neurológicas significativas (BERNOCHE; SAKO, 2019).

Referente à hipotermia, que consiste na redução da temperatura central inferior a 35°C, a mesma conduz a múltiplas disfunções orgânicas progressivas. Portanto, deve-se ter atenção dobrada nos casos de história de exposição ao frio e quando houverem causas secundárias, como: anorexia nervosa, transecção medular, AVC, toxinas, cetoacidose diabética, acidose láctica, hipoglicemia, entre outras. O tratamento nessa situação consiste

em RCP eficiente e reaquecimento com fluido aquecido intravenoso, cobertor ou manta térmica e aquecimento do ambiente. Salienta-se, ainda, que o uso de drogas vasoativas, marca-passo e desfibrilação quando necessários, são recomendados após o paciente atingir o reaquecimento a uma temperatura de 30°C (BERNOCHE; SAKO, 2019).

A hipercalemia refere-se aos níveis elevados de potássio e a hipocalcemia consiste nos níveis extremamente baixos desse eletrólito no sangue. As causas relacionam-se, respectivamente, com distúrbios renais e medicamentos que impedem que os rins excretem potássio suficiente ou resulta de episódios de vômitos, diarreia, distúrbios da glândula adrenal ou do uso de diuréticos. Tanto a hipercalemia como a hipocalcemia causam ritmos cardíacos anormais, podendo levar a PCR. Para o tratamento da hipercalemia a glicose é administrada por via intravenosa e para a hipocalcemia é administrado cloreto de potássio (MSD, 2021).

A acidose metabólica corresponde pela perda excessiva de bicarbonato ou pela produção em excesso de ácido no sangue, sendo causada pela ingestão de substâncias que metabolizadas se tornam ácido, como também diabetes mellitus tipo 1 e insuficiência renal. O melhor tratamento para essa causa é a compressão torácica adequada, podendo ser administrado bicarbonato de sódio (BERNOCHE; SAKO, 2019; MSD, 2021).

Na parte dos 5Ts, existe o tamponamento cardíaco que é definido como um estágio descompensado cardíaco em que há excessivo depósito de líquido no saco pericárdico, junto a elevação da pressão intrapericárdica (FABRIC et al, 2023). Infecções, infarto e trauma são algumas das causas que levam ao tamponamento cardíaco e o seu tratamento consiste em o médico realizar a pericardiocentese, na qual retira o sangue e/ou líquido ao redor do coração, diminuindo a pressão e permitindo ao coração voltar a bater normalmente (MSD, 2022).

O pneumotórax hipertensivo é decorrente da entrada de ar no espaço pleural, o que conduz a um colapso parcial ou total do pulmão, sendo causada principalmente por trauma. Na emergência deve-se realizar uma toracocentese com agulha, procedimento realizado no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular, ou no quinto espaço intercostal na linha médio-axilar, do lado comprometido (EVANGELISTA et al, 2018). Na sequência, deve ser realizada uma toracostomia de resgate, com a incisão da pele e dissecação muscular até o espaço pleural, mas sem a inserção do dreno durante a fase de RCP, evitando atrasos no procedimento, obstrução por coágulos ou acotovelamento com retorno da tensão pulmonar (BERNOCHE; SAKO, 2019).

O tromboembolismo pulmonar é geralmente causado pela obstrução da artéria pulmonar por um coágulo de sangue trazido pela corrente sanguínea, podendo ser diagnosticada por meio de uma angiografia por tomografia computadorizada. Para reverter essa obstrução, a administração de fibrinolíticos oferece chance maior de sobrevivência, mesmo que isso aumente o risco de hemorragias, associada a uma RCP prolongada (BERNOCHE; SAKO, 2019).

Seguindo esse raciocínio, relaciona-se também a trombose coronária, conceituada como a oclusão de uma artéria coronariana por um coágulo de sangue e/ou gordura, diminuindo o fluxo sanguíneo, podendo ser causada pelo tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia. Seu tratamento consiste em realizar uma angiografia coronariana e reanimação cardiopulmonar com extracorpórea e intervenção coronariana percutânea (MARTINS; NETO, VELASCO, 2016).

Nos casos de intoxicação com substâncias que causem lesão celular, alteração de receptores, canais iônicos, organelas e disfunção orgânica, segue-se o protocolo de atendimento padrão adotado de SBV e SAV, junto do uso de antídotos ou intervenções medicamentosas específicas, como descontaminação do trato gastrointestinal ou uso de carvão ativado em dose única, quando o antídoto não estiver disponível no momento da emergência e o tempo de ingestão for menor de 60 minutos. Salienta-se que no contexto brasileiro, é recomendado o contato do profissional com os centros de tratamento de intoxicação (BERNOCHE; SAKO, 2019).

Para além disso, a PCR pode ser acompanhada de quatro ritmos cardíacos, a saber: fibrilação ventricular (FV); taquicardia ventricular sem pulso (TVSP); assistolia; e atividade elétrica sem pulso (AESP) (SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Na FV, o traçado do eletrocardiograma se apresenta irregular e de amplitude variável. Os ventrículos fibrilam em vez de se contraírem de forma coordenada, tornando desordenada a atividade elétrica do coração. Sua constatação deve ser precedida da desfibrilação precoce (AHA, 2016; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018). Na TVSP, o paciente apresenta o ritmo acelerado com frequência cardíaca maior que 120 batimentos por minuto (bpm) e complexos QRS largos e regulares. A TVSP é tratada do mesmo modo que a FV, ou seja, deve-se priorizar a desfibrilação (AHA, 2016; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

A assistolia se apresenta como a ausência total de qualquer atividade elétrica do coração, sendo indicado por uma linha reta plana no eletrocardiograma (ECG). Já na AESP, o paciente apresentar-se-á com presença de qualquer atividade elétrica no ECG, mas com ausência de pulso palpável em decorrência da contração cardíaca ineficaz (AHA, 2016; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

3.2 Atendimento a vítima de parada cardiorrespiratória

Para o bom atendimento a uma PCR é necessário que os profissionais de enfermagem possuam conhecimento sobre a sequência de atendimento no SBV e VAV, tanto no ambiente intra, quanto no extra-hospitalar. Para auxiliar nesse processo, a *American Heart Association disponibiliza* o modelo de Cadeias de Sobrevivência de PCR Intra-hospitalar (PCR IH) e PCR Extra-hospitalar (PCREH). Estas cadeias são compostas por sequências de seis elos que, se forem implementadas corretamente, proporcionam taxas de sobrevivência em 50% (AHA, 2020; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Existe duas formas de atendimento na PCR, desenvolvidas por meio de protocolos de Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SVA). O SBV consiste em manobras de RCP com o objetivo de recuperar a vida de uma vítima em PCR. Os primeiros passos do SBV são: avaliar a segurança da cena, chamar a vítima para verificar a responsividade, pedir ajuda para acionar o serviço de emergência, verificar o pulso e os movimentos respiratórios simultaneamente e se for constatado a irresponsividade, segue-se as manobras de RCP com uma sequência denominada CAB - compressões, abertura de via aérea e boa ventilação (AHA, 2020).

As compressões torácicas são realizadas a uma velocidade de 100 a 120 por minuto. Deve-se comprimir de 05 a 06 cm, permitindo o retorno total do tórax e reavaliar o pulso a cada dois minutos ou cinco ciclos de trinta compressões para duas ventilações (30:2). É recomendado minimizar o número de interrupções por mais de 10 segundos e substituir o agente compressor a cada dois minutos (AHA, 2020; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

A abertura das vias aéreas pode ser feita de dois modos diferentes: *Head tilt-chin lift*, que consiste na elevação da cabeça e do queixo, em casos sem evidências de trauma cervical, e *Jaw thrust*, realizado por meio da manobra de elevação da mandíbula sem a extensão da cabeça, nos casos suspeitos de lesão da coluna cervical (SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Após a abertura das vias aéreas, deve-se administrar duas ventilações para cada 30 compressões torácicas (30:2). Cada ventilação deve durar um segundo e não pode levar mais do que dois segundos para cada ciclo de duas ventilações. O volume corrente aplicado tem que ser o suficiente para elevar o tórax. O dispositivo mais utilizado na ventilação é chamado de bolsa-válvula-máscara manual, que consiste em uma bolsa de ventilação acoplada a uma máscara facial, sempre atentando-se para o posicionamento correto no rosto do paciente, evitando escape do ar (AHA, 2020; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Considerado parte integrante do SBV, o Desfibrilador Externo Automático (DEA) é um aparelho eletrônico portátil que desencadeia um choque elétrico com corrente contínua sobre o tórax da vítima em PCR que esteja com ritmo cardíaco chocável, sendo mais utilizado em ambiente extra-hospitalar e por pessoas leigas (MARTINS; NETO; VELASCO, 2016). A posição recomendada da vítima durante o atendimento é o decúbito dorsal horizontal sobre uma superfície rígida (AHA, 2020).

Os algoritmos para os profissionais de saúde têm como objetivo auxiliar no manejo da PCR e nas manobras de RCP. O SAV, por sua vez, consiste na sequência do SBV com ênfase nas compressões torácicas associadas a procedimentos mais avançados, como a utilização de dispositivos invasivos de via aérea, o estabelecimento de acesso venoso periférico preferencialmente nos membros superiores para administração dos fármacos e a desfibrilação, sendo realizados em uma unidade estruturada para esse tipo de ocorrência (AHA, 2020; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

A inserção de uma via aérea avançada pode ser obtida por Tubo Endotraqueal (TET). Logo após a intubação, deve-se verificar a localização correta do TET na traqueia, iniciando a ausculta pelo epigástrico, a qual não pode demonstrar sons respiratórios. Após, segue-se com a ausculta dos campos pulmonares que devem ser audíveis bilateralmente e serem simétricos, além de observar a expansão do tórax (AHA, 2020; MARTINS; NETO; VELASCO, 2016). Após a instalação, deve-se providenciar uma ventilação a cada seis segundos com frequência de 10 ventilações por minuto (SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Outra importante ferramenta é a desfibrilação com desfibrilador manual, o qual possui a finalidade de dar o choque no coração fazendo suspender toda a atividade elétrica por um breve período para que o coração possa retornar com ritmo espontâneo e com perfusão sanguínea, caso o músculo cardíaco ainda esteja viável. O desfibrilador manual é mais utilizado no ambiente intra-hospitalar por profissional treinado e deve ser usado imediatamente quando um ritmo passível de desfibrilação for detectado (AHA, 2016).

Além disso, as pás do desfibrilador também podem ser utilizadas para avaliar o ritmo. Os locais para a colocação das pás são o ápice cardíaco e região infraclavicular direita. Se o ritmo for chocável (FV ou TV), as compressões são interrompidas brevemente e o choque é aplicado. Após a aplicação do choque, as compressões torácicas são retomadas imediatamente, sem reavaliar o ritmo, que só será checado novamente após dois minutos de RCP (MARTINS; NETO; VELASCO, 2016).

A carga de energia apropriada é determinada pelo tipo de desfibrilador. O monofásico possui carga de 360 *Joules* e toda a energia elétrica selecionada é aplicada em um único sentido vetorial. Já o bifásico, possui carga de 120 a 200 *Joules* e parte da corrente é administrada em um sentido, e a outra parte no sentido inverso (inversão de polaridade). O desfibrilador bifásico é o mais utilizado, pois traz maior segurança ao paciente e é mais eficaz para encerrar uma FV com uma faixa de carga específica (AHA, 2016).

O algoritmo do SAV (Figura 4), descreve todas as etapas de avaliação e tratamento do paciente em FV/TV sem pulso, bem como em Assistolia e AESP.

3.3 Cuidados de enfermagem pós parada cardiorrespiratória

Tão importante quanto prestar o atendimento a pessoa em PCR é conduzir os cuidados de enfermagem pós-PCR. Estes referem-se a um conjunto de intervenções implementadas de forma organizada e iniciados imediatamente após o retorno na circulação espontânea (RCE), sendo executado com eficiência por uma equipe multiprofissional em um ambiente treinado (AHA, 2020; SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018). A equipe de enfermagem por presta atendimento 24 horas por dia ao paciente, é um dos profissionais aptos a detectar os fatores de risco e/ou sintomas após o RCE.

Alguns dos diagnósticos de enfermagem que abrangem esses fatores dentro do processo de enfermagem são: risco de débito cardíaco diminuído, ventilação espontânea prejudicada, risco de função cardiovascular prejudicada, risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, risco de choque, risco de desequilíbrio hidroeletrólítico e risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (SANTOS; MEDEIROS; SOARES, 2018).

Os principais cuidados pós-PCR incluem a identificação e o tratamento das causas da PCR, garantir a monitorização contínua, providenciar um ECG de 12 derivações e exames laboratoriais que incluam eletrólitos e marcadores de necrose miocárdica, garantir a estabilização hemodinâmica, realizar o controle dos sinais vitais e da glicemia, administrar fármacos conforme prescrição médica, instituir medidas de controle térmico, além da realização de cateterismo sonda vesical, gástrica ou enteral, conforme a necessidade (SANTOS; SILVA, 2019).

De acordo com as novas pesquisas, a AHA (2020) recomenda que os sobreviventes de PCR tenham avaliação de reabilitação multimodal e tratamento para prejuízos fisiológicos, neurológicos e cognitivos antes da alta do hospital. Assim, os pacientes e seus cuidadores devem receber um planejamento de alta abrangente e multidisciplinar que inclua recomendações de tratamento médico e de reabilitação para poder retornar as atividades de vida diária (AVD).

Também é importante a realização de uma avaliação psicológica para ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e fadiga para os sobreviventes de PCR e seus cuidadores. Dessa forma, o processo de recuperação e encaminhamento na rede de atenção à saúde (RAS) deve iniciar durante a hospitalização e continuar o tempo que for necessário para garantir bem-estar físico, cognitivo e emocional e o retorno ao funcionamento social e profissional (AHA, 2020).

Frente ao exposto, tanto a atuação do enfermeiro quanto do processo de enfermagem, são ações e cuidados necessários para o suporte de vida adequado pós RCE. Diante dessa complexidade no atendimento à vítima de PCR, a equipe multiprofissional do serviço deve estar sincronizada e em capacitação contínua e minuciosa (SANTOS; SILVA, 2019).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa permitiu identificar os conhecimentos necessários que os profissionais da equipe de enfermagem devem possuir durante o atendimento a uma parada cardiorrespiratória em adultos junto da equipe multiprofissional, alcançando assim o objetivo proposto nessa pesquisa.

Como principais conhecimentos destacaram-se o raciocínio clínico acerca das causas que levaram a uma PCR que não reage a desfibrilação; a implementação correta da cadeia de sobrevivência preconizada pela AHA; as medidas de cuidados pós RCE

sendo uma estratégia primordial para a sobrevivência e o reconhecimento da importância da família e/ou cuidadores no processo de recuperação pós alta hospitalar.

Como contribuições desse estudo, entende-se que ele traz informações acerca da importância do conhecimento dos profissionais de enfermagem no que se refere a área de Urgência e Emergência para oferecer um atendimento de excelência a essa população de risco tanto intra-hospitalar como extra-hospitalar. Para tanto, essa revisão traz informações fundamentais aos profissionais, além de uma linguagem simples e de fácil compreensão, podendo servir de base para consulta rápida ou para estudo mais aprofundado na temática.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Advanced Cardiovascular Life Support Provider Manual**. EUA: Integracolor; 2016.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destques da American Heart Association 2020: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE**. EUA: American Heart Association; 2020.

BERNOCHÉ, C.; SAKO, Y.K. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia - 2019. **Arq Bras Cardiol**, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019.

BRUM, C. N. et al. Revisão narrativa: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: COSTENARO, R.; LACERDA, M. R. Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 124-142.

EVANGELISTA, A. R. et al. Intervenções Fisioterapêuticas no Tratamento e Estabilização de Paciente com Pneumotórax. **EEDIC**, v.5, n.1, 2018.

FABRIC, P. L. C. et al. Tamponamento Cardíaco: Uma Revisão Bibliográfica. **RECIMA21**, v. 4, n. 4, p. 1-8, 2023.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE. Doenças Cardiovasculares no Brasil - Dados GBD-2019. Disponível em: <<https://www.estatisticabrasil.cardiol.br/gbd-dasboard?lang=pt>>. Acesso em: out/2022.

GOMES, C. S.; et al. Fatores associados às doenças cardiovasculares na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **REV BRAS EPIDEMIOL**, v.24; p.E210013.SUPL.2, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gMDXYbgRpnN5QcsG5MCS5DGr/?format=pdf&lang=pt>>.

LOPES, A.P.O.; NOGUEIRA, G. B. O conhecimento do enfermeiro e sua atuação no atendimento intra-hospitalar à vítima de parada cardiorrespiratória. **REAS**, v.13, n.5, 2021. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7520/4648>

MARTINS, H.S.; NETO, R.A.B.; VELASCO, I.R. **Medicina de Emergências: abordagem prática**. 11. ed. Barueri, SP: Manole; 2016.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. 2. Ijuí: Editora Unijuí, 2011. 224p.

MSD MANUAIS. **Acidose Metabólica**. 2021. Disponível em:< <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/regula%C3%A7%C3%A3o-e-dist%C3%BArbios-%C3%A1cido-base/acidose-metab%C3%B3lica?query=acidose%20metab%C3%B3lica>>. Acesso em: jun/2023.

MSD MANUAIS. **Hipocalemia**. 2021. Disponível em:< <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-end%C3%B3crinos-e-metab%C3%B3licos/dist%C3%BArbios-eletrol%C3%ADticos/hipopotassemia>>. Acesso em: jun/2023.

MSD MANUAIS. **Tamponamento Cardíaco**. 2022. Disponível em:< <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/trauma-tor%C3%A1cico/tamponamento-card%C3%ADaco>>. Acesso em: jun/2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. 2022. Disponível em:<<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em: out/2022.

SANTOS, M.N.; MEDEIROS, R.M.; SOARES, O.M. **Emergência & Cuidados Críticos para Enfermagem: conhecimentos – habilidades – atitudes**. Porto Alegre: Moriá, 2018.

SANTOS, M.N.; SILVA, W.P. **Enfermagem no Trauma: atendimento pré e intra-hospitalar**. Porto Alegre: Moriá, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Doenças Cardiovasculares. 2022**. Disponível em:<https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_2> Acesso em: out/2022.