

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA CEREBRAL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM APÓS A REANIMAÇÃO

Stefanny Faunny Mota de Souza¹
Glaydes Nely Sousa da Silva²

RESUMO

A parada cardiorrespiratória cerebral é definida pela cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral. Diante do exposto, iremos trabalhar os cuidados de enfermagem pós-reanimação, para conhecermos as condutas prestadas ao paciente por enfermeiros que trabalham no setor de urgência e UTI. O presente estudo tem por objetivo geral conhecer a assistência de enfermagem prestada aos pacientes após a reanimação cardiorrespiratória cerebral. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, na qual a população foi constituída por Enfermeiros pertencentes à equipe de enfermagem do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, no município Santa Rita-PB. A amostra foi constituída por 06 Enfermeiras. Os dados foram analisados de modo quantitativo, com o intuito de possibilitar uma integração entre as questões objetivas e subjetivas. Os dados encontrados foram agrupados e distribuídos segundo frequência e apresentados em gráficos e tabelas para que, sequencialmente, sejam analisados com base na literatura pertinente ao conteúdo abordado. Após análise e discussão dos dados, chegamos aos seguintes achados: na caracterização profissional, obtemos os seguintes dados, que 50% dos profissionais entrevistados concluíram o curso há cerca de 01 a 02 anos; 67% dos enfermeiros entrevistados responderam que trabalham no setor de Urgência e Emergência; analisou-se também que 50% dos profissionais entrevistados responderam que possuem apenas 01 ano de trabalho na Urgência e Emergência; 67% responderam que não possuem nenhuma especialização. Aos demais objetivos tivemos 100% dos profissionais entrevistados respondendo que sim, que atendem com frequência vítimas de parada cardíaca; 83% afirmaram que não existe pós-parada; enquanto que 83% responderam que não têm conhecimento de ter um protocolo no hospital; 83% responderam que encontram dificuldades na assistência aos pacientes vítimas de parada cardiovascular. Conclui-se que o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à assistência de enfermagem ao paciente após a reanimação não é totalmente satisfatória. Apesar dos profissionais da Urgência e Emergência e UTI afirmarem ter conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados ao paciente pós-reanimação.

Palavras-Chave: Parada cardiorrespiratória. Reanimação Cardiopulmonar. Cuidados de enfermagem.

¹ Enfermeiro. Graduação pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. End.: Rua Elísio Pereira de Paiva, S/N, Qd. 56 Lt. 28, Mangabeira VIII – Cidade Verde. João Pessoa-PB. Tel.: (83) 8710-5394. E-mail: faunny3@hotmail.com.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: glaydesnely@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

O primeiro relato de caso de parada cardiorrespiratória (PCR) descrito remota à antiguidade, sendo registrado na Bíblia Sagrada, que cita o sucesso do profeta Eliseu no processo de reanimação do filho da mulher sunamita. Posteriormente, outros relatos foram identificados, mas somente no final do século XX, é que surgiram estudos mais detalhados, partindo-se do relato do professor Schiff, que realizou massagem cardíaca com tórax aberto em cães¹.

A parada cardiorrespiratória cerebral é definida pela cessação abrupta das funções circulatória, respiratória e cerebral. É a cessação de pulso em grandes artérias e da ventilação espontânea ou presença de respiração agônica, ocorrendo a perda da consciência, devido à deficiência abrupta de oxigenação tissular. Tudo isso ocorre simultaneamente em um indivíduo².

Pacientes pós-PCR devem ser internados, monitorizados e tratados em unidades de terapia intensiva. Os cuidados envolvem a manutenção da pressão sistólica maior que 100mmHg. Caso o ritmo cardíaco da PCR tenha sido FV/TV, a administração de um fármaco antiarrítmico deve ser iniciada ou continuada (amiodarona ou lidocaína). Caso o ritmo pós-PCR seja idioventricular ou bloqueio AV de terceiro grau, com ritmo de escape ventricular, não devem ser iniciados antiarrítmicos. Minimizar as sequelas neurológicas: manter a pressão arterial efetiva no período posterior à PCR, evitando o agravamento do eventual dano cerebral por meio de reposição de volume e/ou vasopressores. Nesse período, o paciente deve também se manter normoglicêmico. Evitar a infusão de soluções glicosadas de rotina, mantendo-se níveis glicêmicos próximos do normal³.

De modo geral, o enfermeiro(a) deve enfatizar alguns pontos. O tratamento após a PCR destina-se a preservar as funções orgânicas (em particular a cerebral), evitando a progressão da lesão e mantendo adequada a pressão de perfusão nos diversos territórios vasculares. A abordagem inicial deve incluir eletrocardiograma, para identificação da causa da PCR e de disritmias intercorrentes, radiografia de tórax, para exclusão de iatrogênicas associadas às manobras de reanimação, como pneumotórax e fraturas de costelas e gasometria com dosagem de eletrólitos e ácido láctico⁴.

Em situações de hipertensão intracraniana, o paciente deverá ser hiperventilado, sendo mantida a elevação da cabeceira do leito a 30°; nestes casos, a restrição hídrica e o uso de diuréticos deverão ser feitos de acordo com a necessidade de cada caso. Mais tarde, em situações específicas, poderá ser avaliada a implantação de um aparelho de desfibrilador implantável no paciente, para prevenção de novos episódios de fibrilação ventricular e de arritmias potencialmente malignas⁵.

Após a PCR, o aumento da Pressão Intracraniana (PIC), mesmo temporário, pode contribuir para a lesão cerebral. A PIC aumenta a obstrução e a drenagem do sangue pelas veias jugulares internas, devendo ser evitada a cateterização destes vasos ou a rotação cervical mantida. Preferencialmente, a cabeça deve permanecer alinhada com o tronco e a cabeceira da cama elevada a 30°. A sedoanalgesia, por diminuir a resposta simpática, e os bloqueadores neuromusculares, por diminuírem o reflexo da tosse e o esforço respiratório, podem minimizar a elevação da pressão torácica, relacionada com a aspiração de secreções brônquicas, com as manobras de recrutamento alveolar e com a PEEP elevada (superior a 8 cmH₂O)⁴.

Na Glicemia, após a PCR à hiperglicemia, quer na admissão no hospital, quer mantida nas primeiras 24 horas, agrava-se independentemente do prognóstico. Em ensaio clínico realizado num único centro, em UTI de pacientes cirúrgicos, o controle da glicemia capilar com um nível de corte de 110 mg/dL diminuiu a mortalidade, bem como a incidência de neuropatia. O valor recomendado dependerá da experiência da UTI e da sua capacidade de monitorização, pois o uso agressivo de insulina para manter a glicemia em níveis baixos está associado ao aumento do risco de hipoglicemia e neuroglicopenia, as quais podem, por seu lado, agravar a lesão neurológica⁴.

Outra medida terapêutica clínica no período pós-PCR é a hipotermia induzida (temperatura central 32 – 34C) por 12 a 24 horas de duração. Quando iniciada até 6 horas após a reversão da PCR, a hipotermia determina melhor prognóstico neurológico bem como de mortalidade. Por outro lado, a hipertermia deve ser evitada a todo custo, assim como a hiperventilação. Caso ocorra quadro convulsivo, o uso de anticonvulsivantes é recomendado⁶.

Após retorno da circulação espontânea, alguns pacientes evoluirão com insuficiência respiratória, dependendo de ventilação mecânica invasiva e frações

elevadas de oxigênio inspirado. Devem-se realizar exame físico completo e radiografia de tórax para avaliação da posição adequada do tubo traqueal, detecção de complicações relacionadas às manobras de reanimação cardiopulmonar e identificação de prováveis causas desencadeantes ou patológicas preexistentes (classe III)⁷.

Após avaliar esses parâmetros, será iniciado o suporte farmacológico dando início à sedação após PCR. Esta conduta facilita a adaptação do paciente à prótese ventilatória e/ou a instituição de manobras terapêuticas, em particular a hipotermia. Podem ser usados benzodiazepínicos ou propofol, preferencialmente titulados por escalas de sedação, de forma a evitar o efeito cumulativo⁴.

Os distúrbios eletrolíticos são comuns após a PCR, consequência da ausência de circulação e das manobras de reanimação, incluindo o aporte de soluções e adrenalina. A diminuição da concentração de potássio, igualmente agravada pela migração intracelular deste cátion durante a hipotermia, está associada ao aumento de disritmias, devendo a sua concentração estar entre 4 e 4,5 mEq/L. A sua infusão facilita a hipotermia terapêutica e diminui a incidência de disritmias⁴.

METODOLOGIA

A pesquisa é descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa científica é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para os problemas propostos, mediante o emprego de métodos científicos⁸. A pesquisa descritiva é caracterizada pela descrição exposta por uma população ou um determinado fenômeno⁹.

A população deste estudo foi constituída por Enfermeiros pertencentes à equipe de enfermagem do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho (Santa Rita). A amostra foi composta por 6 enfermeiros, cuja seleção adotou os seguintes critérios: fazer parte da equipe de enfermagem dos setores de urgência e emergência e de terapia intensiva; ter no mínimo um ano de experiência nos referidos setores e aceitarem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pela banca examinadora e pelo Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da FACENE/FAMENE. Foi encaminhado um ofício à direção da Faculdade solicitando autorização para efetivar a coleta. O projeto também foi aprovado pelo NEP (Núcleo de Educação Permanente) do Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho. A pesquisa levou em consideração a Resolução nº 196/96 CNS/MS, no tocante aos aspectos éticos que retratam o envolvimento de seres humanos em pesquisa, assim como a Resolução nº 311/2007 COFEN, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem¹⁰.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Os dados obtidos com a presente pesquisa serão demonstrados a seguir em dois momentos: inicialmente serão expostas as informações referentes à caracterização dos enfermeiros entrevistados quanto ao tempo que concluiu a graduação de enfermagem, setor que trabalha, quanto tempo trabalha no referido setor e se possui alguma qualificação ou capacitação. No segundo momento, serão apresentadas as informações referentes aos demais objetivos.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais entrevistados quanto ao tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem (n = 06).

Tempo de graduação	F	%
1 a 2 anos	03	50
4 a 6 anos	02	33
10 anos	01	17
TOTAL	06	100

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

De acordo com os dados demonstrados na Tabela 1, 50% dos profissionais entrevistados concluíram o curso há cerca de 1 a 2 anos; seguido por 33% dos que concluíram há cerca de 4 a 6 anos; e 17% há 10 anos. Observa-se entre os enfermeiros entrevistados que, apesar de exercerem suas funções em setores que necessitam de experiência, a metade deles possuía graduação concluída há um tempo relativamente pequeno.

Gráfico 1 - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o setor que trabalham (n=06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 1, 67% dos enfermeiros entrevistados responderam que trabalham no setor de Urgência e Emergência; e 33% dos entrevistados responderam que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A Enfermagem no setor de urgência/emergência tem como função primordial oferecer a manutenção das funções fisiológicas vitais do indivíduo, tendo como “foco do cuidado a preservação da vida, evitando a deterioração, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido”¹¹.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor do hospital que reúne recursos mais adequados ao tratamento de pacientes em estado grave; aquela que necessita de vigilância constante e intensiva. Na UTI, há uma equipe de profissionais treinados, em plantão permanente de 24h, a serviço da recuperação do paciente; médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas constituem a equipe básica de atendimento. Nutricionistas, psicólogas, acadêmicos de medicina, auxiliares administrativos e de higienização completam o “time” de apoio¹¹.

Gráfico 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com o tempo que executam as funções nos setores de Urgência e emergência e UTI (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Conforme repostas obtidas e a representação no Gráfico 2, observa-se que 50% dos profissionais entrevistados responderam que possuem apenas 1 ano de trabalho na Urgência e Emergência; e 50% responderam que trabalham há mais de 2 anos, sendo uma com 4 anos e 6 meses, a segunda com 8 anos, e a terceira com 10 anos, exercendo suas funções no mesmo setor.

A experiência profissional é algo importante, permitindo maior habilidade e conhecimento. Por exemplo, para se conseguir um emprego, muitas vezes, é solicitada uma experiência anterior. Muitas empresas utilizam esse critério para minimizar gastos com treinamento de novos funcionários, por isso, a importância de se qualificar para uma melhor experiência sobre o setor em que trabalha. A experiência contribui para que haja uma competição saudável entre a equipe, para uma melhor assistência aos pacientes.

Gráfico 3– Distribuição dos profissionais entrevistados de acordo com possuir ou não cursos de qualificação ou capacitação (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Conforme o Gráfico 3, 33% responderam que sim, que tem um curso de qualificação ou capacitação, onde ambas tem o curso de Especialização de Enfermagem em UTI; e 67% respondeu que não, que não possuem nenhuma especialização. Portanto, podemos observar que a maioria das enfermeiras dos setores não estão qualificadas para assumirem os setores em que trabalham com a devida competência que os devidos setores necessitam.

É muito importante que os profissionais de enfermagem estejam sempre à procura de se qualificarem, de modo a aperfeiçoarem os seus conhecimentos para desempenhar uma assistência com segurança e melhor conhecimento do serviço prestado; como também proporcionar uma melhor assistência de enfermagem aos pacientes, de modo que o enfermeiro é um membro essencial da equipe de enfermagem para a delimitação de tarefas e supervisão de serviços prestados aos pacientes.

Gráfico 4 - Distribuição dos dados referentes à frequência do atendimento a vítimas de parada cardíaca (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

O gráfico 4 representa a distribuição dos dados obtidos referentes ao questionamento feito sobre o atendimento frequente a vítimas de parada cardíaca, que se mostra da seguinte forma: 100% dos profissionais entrevistados responderam que sim, que atendem com frequência vítimas de parada cardíaca.

É esperado que os enfermeiros entrevistados executem suas funções no setor que haja frequência no atendimento de vítimas de PCR. Portanto, o resultado obtido foi o esperado. Sendo constantes os atendimentos, mesmo assim, não há uma porcentagem satisfatória para reanimações nos setores de Emergência Urgência e UTI.

Gráfico 5 - Distribuição dos dados obtidos de acordo com a afirmativa de reanimações às vítimas de parada cardíaca bem sucedidas (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 5, a amostra apresenta-se da seguinte forma: 17% (1) respondeu que sim, que é possível ter êxito positivo pela assistência imediata, mas 83% (5) afirmaram que não. Estas citaram diversos motivos: “Pelo estado geral”, “Os nossos clientes são idosos, acometidos de várias patologias”, “Os pacientes geralmente chegam com muito tempo de parada”, “Pois a maioria dos casos há demora no atendimento, em relação ao transporte da vítima de casa para o hospital” e “Pois, a grande maioria dos pacientes que atendemos são idosos, que, por sua

vez, já recebemos com estado geral e nutricional bem debilitado, o que, na grande maioria das vezes, contribui para uma RCP sem sucesso”.

A maioria das mortes após reanimação ocorre nas primeiras horas pós-retorno à circulação espontânea. Por isso, toda a atenção deve ser voltada na monitorização e tratamento desses pacientes. O manuseio do paciente pós-parada cardíaca é complexo e deve tratar vários problemas importantes simultaneamente. As questões a serem abordadas incluem a determinar e tratar a causa da parada cardíaca; minimizar a lesão cerebral; manusear a disfunção cardiovascular; corrigir os problemas que possam surgir a partir da isquemia global e lesão de reperfusão¹².

Gráfico 6– Distribuição dos dados de acordo com a existência de um protocolo de atendimento para pacientes após a reanimação cardiorrespiratória cerebral (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

De acordo com o Gráfico 6, a amostra apresenta-se da seguinte forma: 17% (1) enfermeira afirmou que sim, que há um protocolo; enquanto que 83% (5) responderam que não têm conhecimento de ter um protocolo no hospital.

De certa forma, os profissionais já estão sem uma qualificação digna de prestar atendimento eficaz, pois ainda existe outro problema que é a não existência de um protocolo na instituição. Pela coleta dessa pesquisa, as enfermeiras apontam o hospital por não ter um protocolo para dar uma melhor assistência, mas, por outro lado, as enfermeiras poderiam procurar se qualificar para um maior entendimento dos procedimentos realizados por elas com o paciente. É uma responsabilidade coletiva.

Tabela 2 – Distribuição das condutas de enfermagem nas primeiras 24h após a reanimação das vítimas de parada cardíaca (n =06).

SSVV constantemente; ECG; manter VA abertas; Monitorização mais Oximetria.

Não temos protocolo algum, pois, após parada e posterior reanimação os pacientes são conduzidos à UTI onde recebem cuidados mais intensos.

As condutas adotadas são: monitorização, gasometria exames específicos, monitorização do sistema respiratório, cardiovascular e neurológico.

Observação contínua; medicação; monitorização; exames específicos; cuidados de enfermagem e possível transferência.

Verificação de sinais vitais; Realizar aspiração de secreção quando necessária. Realizar gasometria, PVC, balanço hídrico, instalação das drogas em Bic (Noradrenalina, Bicarbonato, Dobutamina), etc.

Monitorização, exames laboratoriais, gasometria arterial, medicações prescritas, balanço hídrico, SSVV.

Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Observa-se na Tabela 2 que os procedimentos citados com maior frequência foram a monitorização e a realização da gasometria arterial. 4 dos seis enfermeiros entrevistados referiram essa conduta; 3 enfermeiros falaram em gasometria arterial e verificação de SSVV; e 2 em balanço hídrico, vias aéreas pérvias; apenas 1 citou que a conduta era transferir para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois este executa suas atividades profissionais no setor de urgência e emergência.

De acordo com os dados obtidos junto aos enfermeiros, podemos enunciar algumas condutas ou procedimentos após a reanimação.

A monitorização cardíaca é o primeiro procedimento feito após a admissão do paciente em uma unidade de terapia intensiva. Sua importância vai além da verificação da frequência cardíaca e do diagnóstico dos distúrbios hidroeletrólíticos.

A oximetria de pulso é um método não invasivo de interpretação da relação oxi-hemoglobina e desoxi-hemoglobina (expressa em porcentagens), medida por pletismografia óptica e espectroscopia por transiluminação do leito capilar pulsátil. É utilizado um sensor colocado no dedo ou no lóbulo da orelha (parte translúcida do corpo) que transmite comprimentos de onda, sendo possível determinar a taxa de concentração de oxigênio por meio da absorção¹³.

Em relação à monitorização, cabe ao enfermeiro muito mais do que habilidade em manipular o sistema de monitorização, é importante que saiba utilizar a disponibilidade da monitoragem para identificação dos níveis pressóricos e das ondas anormais emitidas e registradas graficamente, a fim de intervir rápida e efetivamente nos tratamentos que visam diminuir este evento, assim como adequar

aqueles procedimentos de enfermagem que, por associação, podem aumentar a hipertensão intracraniana¹⁴.

A gasometria arterial é um exame invasivo que mede as concentrações de oxigênio, a ventilação e o estado ácido-básico. Os valores gasométricos são obtidos quando o quadro clínico do paciente sugere uma anormalidade na oxigenação, na ventilação e no estado ácido-básico. Os níveis dos gases arteriais também são obtidos para avaliar alterações na terapia que podem afetar a oxigenação, tal como a mudança na concentração de oxigênio inspirado (FiO₂), níveis aplicados de pressão expiratória final positiva (PEEP), pressão das vias aéreas, ventilação ou equilíbrio ácido-básico. Normalmente, essa amostra é coletada na artéria radial, perto do punho, mas também poderá ser coletada pela artéria braquial ou femoral. Através da amostra de sangue arterial, o laboratório pode determinar as concentrações de oxigênio e de dióxido de carbono, assim como a acidez do sangue, que não pode ser mensurada em uma amostra de sangue venoso¹⁵.

Pacientes vítimas de PCR, normalmente, têm infusão de líquidos em excesso logo após a reanimação, portanto, é necessário realizar o balanço hídrico. O balanço hídrico já faz parte da rotina das unidades de terapia intensiva, sendo de extrema importância o lançamento adequado desse dado nos controles, para que a equipe possa adequar a volemia do paciente¹³.

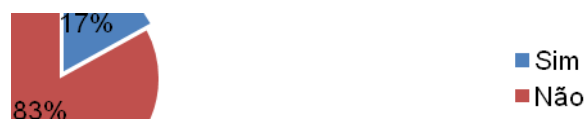
Na parada cardiorrespiratória, a hipoperfusão tissular e pulmonar associada à hipoventilação resulta em acúmulo de gás carbônico (acidose respiratória). A consequência acidemia diminui o limiar da fibrilação, reduz a contratilidade miocárdica, diminui a taxa de despolarização espontânea do sistema de condução, diminui a possibilidade de sucesso da desfibrilação e atenua a resposta agonista beta-adrenérgica¹⁶.

A adrenalina é a droga mais utilizada no tratamento da PCR. Seu efeito estimulante beta-adrenérgico provoca intensa vasoconstrição periférica (artéria e venosa), aumento da pressão aórtica e da perfusão coronária e, por consequência, melhora o automatismo do nó sinusal, cronotropismo e inotropismo cardíaco. Existe também a possibilidade de a epinefrina transformar a fibrilação ventricular fina em grossa (maior amplitude), o que a torna mais sensível à desfibrilação¹⁶.

A dobutamina é um agente inotrópico de ação direta. Sua atividade primária resulta da estimulação dos receptores beta 1 do coração; tem poucos efeitos em

receptores alfa 1 (vasoconstritor) e beta 2 (vasodilatador). A ação da dobutamina, ao contrário da dopamina, não depende da liberação de norepinefrina endógena e, portanto, não depende das reservas cardíacas desse mediador. A dobutamina e a medicação que não produz um aumento da frequência cardíaca e uma menor diminuição da resistência vascular periférica do que o isoproterenol. Em pacientes com depressão da função cardíaca, a dobutamina e o isoproterenol aumentam o débito cardíaco até níveis semelhantes¹⁷.

Gráfico 7 – Distribuição dos dados referentes à existência de dificuldades durante a assistência prestada após a reanimação das vítimas de parada (n =06).



Fonte: Pesquisa direta, João Pessoa – PB, 2013.

Segundo o Gráfico 7, 17% (1) dos entrevistados afirmaram que encontraram dificuldades durante a assistência. Segundo uma destas enfermeiras, “nosso serviço não tem referência para patologias cardiovasculares, então há uma dificuldade no sentido de transferência dos mesmos”; 83% (5) não encontram dificuldades em uma assistência aos pacientes vítimas de parada cardiovascular.

Referente às respostas das enfermeiras, existem, de fato, dificuldades em dar um suporte mais adequado aos pacientes pós reanimação, por se tratarem de idosos, principalmente, que necessitam do auxílio de reanimação. As enfermeiras acreditam que, para ter uma melhora no atendimento, seria necessária uma equipe para acompanhar o paciente do início da parada até seu término, na sua estabilização. Particularmente, concordamos que a presença de uma equipe treinada para agir e estar de prontidão seria a mudança mais eficaz para a melhora desse quadro. Consequentemente, a assistência seria muito mais satisfatória, pois a equipe teria conhecimento dos procedimentos realizados nas etapas anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à assistência de enfermagem ao paciente após a reanimação não é totalmente

satisfatória. Apesar dos profissionais da Urgência e Emergência e UTI afirmarem ter conhecimento sobre os procedimentos a serem realizados ao paciente pós-reanimação, ainda não está bastante claro sobre a real situação.

De acordo com os enfermeiros (as) entrevistados, os fatores que interferem para que essa assistência não aconteça rapidamente é a falta de uso de um protocolo na instituição, a ausência da capacitação e educação continuada dos profissionais e o estado geral dos pacientes.

Através desta pesquisa, foi possível chegar às seguintes conclusões. A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem necessitam de maior conhecimento acerca da problemática citada. Algumas soluções seriam a existência de um protocolo nos setores de atuação onde a situação está mais crítica; oferta de cursos de capacitação às equipes para um melhor atendimento; obrigatoriedade de reciclagem anual para uma melhor capacitação dos profissionais; a existência de uma equipe para acompanhar desde a parada até a reanimação e estabilização das funções vitais do paciente, ocasiões em que muitas vidas podem ser salvas e sequelas evitadas.

De acordo com os objetivos dessa pesquisa, podemos observar que existe deficiência tanto institucional quanto profissional, quanto à hipótese de que as condutas de enfermagem adequadas que devem ser adotadas após a reanimação do referido paciente.

As enfermeiras responderam, de forma unânime, que não há um protocolo na instituição, o que dificulta muito a assistência aos pacientes. Além disso, outro agravante é a idade e a gravidade patologias dos pacientes.

Chegamos à conclusão que os enfermeiros não estão qualificados, adequadamente, para desempenhar ou, até mesmo, assumir setores que necessitam de profissionais capazes de prestar assistência a pacientes com quadros clínicos de maior complexidade. Porém, considera-se o fato de que, mesmo sem a existência de um protocolo, as respostas foram semelhantes e coerentes para a assistência de enfermagem aos pacientes pós-reanimação.

CARDIORESPIRATORY BRAIN FREEZE: NURSING CARE AFTER LIFE SUPPORT

ABSTRACT

Cardiac arrest is defined by cerebral sudden ceasing of circulatory, respiratory and brain. Given the above will work in nursing care post-resuscitation, to know the behaviors provided to patients by nurses working in the sector of emergency and ICU. The present study aims to generally know the nursing care provided to patients after cardiopulmonary-cerebral resuscitation. This is a descriptive research with quantitative approach, where the population consisted of nurses belonging to the nursing staff of the Hospital Governador Flávio Ribeiro Coutinho, municipality Santa Rita - PB. The sample consisted of 06 nurses. Data were analyzed quantitatively, in order to facilitate integration between the objective and subjective questions. Data were pooled and distributed according to frequency, and presented in graphs and tables that are sequentially analyzed based on literature related to content covered. After review and discussion of the data, we come to the following findings: the characterization professional get the following data, that 50% of professionals interviewed, completed the course at about 01-02 years old, 67% of respondents said nurses who work in the sector of Urgency and Emergency; analyzed also that 50% of professional respondents who only have 01 years working in the Emergency Department, 67% responded that they have no expertise, the other goals we had 100% of professional respondents answering yes, that meet often the victim of cardiac arrest, 83% said that there is post-arrest, while 83% said they have no knowledge of having a protocol in the hospital, 83% responded that they have difficulties in patient care cardiovascular arrest victim. It is concluded that the knowledge of nursing staff in relation to the nursing care of patients after resuscitation is not entirely satisfactory. Despite the professional Emergency Department and ICU claiming to have knowledge of the procedures to be performed to the patient post resuscitation.

Keywords: Cardiopulmonary arrest. Cardiopulmonary resuscitation. Nursing care.

REFERÊNCIAS

1. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.
2. Bartholomay E, Dias FS, Torres FA, Jacobson P, Mariante A, Wainstein R, et al. Impacto das Manobras de Reanimação Cardiorrespiratória Cerebral em um Hospital Geral. Fatores Prognósticos e Desfechos. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo. Ago. 2003 [acesso em: 10 fev. 2013];81(2):182-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2003001000007&lng=en&nrm=iso.
3. Nasi LA. Rotinas em pronto socorro. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
4. Pereira JCRG. Abordagem do Paciente Reanimado Pós-Parada cardiorrespiratória. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. abr./jun. 2008;20(2):190-6.

5. Pires MTB. et al. Erazo: Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
6. Martins HS, Damasceno MCT, Awada SB, editores. Pronto-socorro: condutas do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo. Manole, Barueri; 2007.
7. Pires MTB, Starling SV. Manual de Urgência em Pronto-Socorro, 9. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2010.
8. Andrade MM. Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1998.
9. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre ética e pesquisa com seres humanos. 2. ed. São Paulo; 2004.
11. Smeltzer SC. et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
12. Tallo FS, Moraes Junior R, Guimaraes HP, Lopes RD, Lopes AC. Atualização em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Revista Brasileira Clínica Médica - Medicina de urgência, São Paulo. 2012;10(3):194-200.
13. Jerônimo RAS. Técnicas de UTI. São Paulo: Riddel; 2010.
14. Marinho M. Cuidados de enfermagem na PVC. [acesso em: 20 maio 2013]. Disponível em: www.mmcuidadosintensivos.com.br.
15. Presto BV, Presto LDN. Fisioterapia Respiratória: uma nova visão. Rio de Janeiro: Bruno Presto; 2003.
16. Guimarães HPL. et al. Parada Cardiorrespiratória. São Paulo: Atheneu; 2005.
17. Dobutrex: dobutamina. [acesso em: 21 maio 2013]. Disponível em: <http://portalpharmacia.com/wp-content/uploads/2011/07/Dobutamina1.pdf>.

Recebido em: 17.07.13 Aceito em: 22.07.13
--