

Parada Cardiorrespiratória: Conhecimento e Prática de uma Equipe de Saúde da Família

Cardiopulmonary Arrest: Knowledge and Practice of a Family Health Team

CLEYTON CÉZAR SOUTO SILVA¹
ARISTOFÉNES ROLIM DE HOLANDA²

RESUMO

Objetivos: Os objetivos deste estudo são conhecer a percepção dos profissionais de uma Equipe de Saúde da Família sobre parada cardiorrespiratória. **Material e Métodos:** Este estudo é do tipo exploratório, descritivo com abordagem quanti-qualitativa; realizado em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa – PB. Foram seguidas as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e a coleta de dados foi realizada no mês de janeiro de 2010. Para a análise do banco de dados foram construídos, descritivamente, tabelas e gráficos com o auxílio dos recursos do Microsoft Excel 2007. **Resultados:** 80% dos entrevistados responderam que os primeiros sinais que evidenciam uma parada cardiorrespiratória são apnéia, inconsciência, ausência de pulso carotídeo; 60% referiram que a ordem correta era respiração boca a boca/ circulação artificial pela compressão torácica externa/ desfibrilação precoce pelo uso de desfibriladores automáticos; 60% dos entrevistados referiram que a sequência assistencial correta para as manobras da ressuscitação cardiorrespiratória são 5 ciclos de 30 compressões para 2 ventilações; e 40% dos profissionais entrevistados nunca tiveram uma experiência com pacientes em parada cardiorrespiratória. **Conclusão:** Estes profissionais, apesar de possuírem conhecimentos técnicos e científicos, não possuem a prática reconhecida como necessária para o enfrentamento de uma situação de parada cardiorrespiratória.

DESCRITORES

Parada Cardíaca. Saúde da Família. Enfermagem.

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to investigate the perception of professionals from a Family Health Team on cardiopulmonary arrest. **Material and Methods:** This an exploratory and descriptive study, with quantitative and qualitative approaches, performed in a Family Health Unit in Joao Pessoa - PB. The study followed the ethical observances of 196/96 Resolution of the National Health Council, and data collection was conducted in January 2010. For database analysis, tables and charts were built descriptively in Microsoft Excel 2007. **Results:** Data showed that 80% of respondents said that the first signs revealing a cardiopulmonary arrest are apnea, unconsciousness, and absence of carotid pulse. 60% reported that the right order was mouth-to-mouth resuscitation / artificial circulation by external thoracic compression / and early defibrillation by use of automatic defibrillators. 60% of respondents reported that the correct support sequence in cardiopulmonary resuscitation maneuvers are 5 cycles of 30 compressions to 2 breaths, and 40% of professionals interviewed have never had an experience with patients in cardiac arrest. **Conclusion:** Although these professionals have technical and scientific knowledge, there is a lack of skills required when facing a situation of cardiac arrest.

DESCRIPTORS

Cardiac Arrest. Family Health. Nursing.

1 Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva. Aluno da Residência em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba.

2 Enfermeiro. Especialista em Terapia Intensiva do Hospital Memorial Santa Theresa, João Pessoa, PB.

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é considerada como uma intercorrência de alta complexidade comum a todas as especialidades médicas, podendo ocorrer em qualquer setor de saúde (ZANINI, PEREIRA, BARRA, 2006).

O atendimento nessas circunstâncias exige da equipe multiprofissional rapidez, eficiência, conhecimento científico, habilidade técnica no desempenho da ação bem como o aprimoramento de suas habilidades cognitivas, motoras e atualização sobre as manobras de reanimação, visto que a incidência deste tipo de ocorrência é alta. Portanto, torna-se importante um trabalho harmônico, sincronizado e multidisciplinar, pois a atuação em equipe resulta no sucesso da conduta, bem como o alcance dos objetivos que é a recuperação preferencialmente sem sequela, visto que o tempo de atuação encontra-se diretamente relacionado à atuação das manobras de ressuscitação do paciente (ZANINI, PEREIRA, BARRA, 2006).

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 (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2005).

A equipe de saúde deve estar apta para reconhecer quando um paciente está em franca PCR ou prestes a desenvolver uma, pois este episódio representa uma grave emergência clínica com que se pode de-parar. A avaliação do paciente não deve levar mais de 10 segundos. Na ausência das manobras de reanimação em aproximadamente 5 minutos, para um adulto em normotermia, ocorrem alterações irreversíveis dos neurônios do córtex cerebral. O coração pode voltar a bater, mas os “cinco minutos de ouro” se perdem e o cérebro morre. Assim, esses profissionais devem adquirir habilidades que os capacitem a prestar adequadamente a assistência necessária e eficaz (ZANINI, PEREIRA, BARRA, 2006).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2000).

A importância de conhecimento, tanto de fatores

quanto dos marcadores de risco, é fundamental para estabelecer estratégias de prevenção de doenças cardiovasculares, pois o risco de desenvolver parada cardiorrespiratória é avaliado com base na análise conjunta de caracteres que aumentam a probabilidade de um indivíduo a vir apresentar esta complicação de doença cardíaca (JACOBINO, AMESTOY, THOFEHR, 2007).

Na Unidade de Saúde da Família, os profissionais atuam na identificação dos primeiros sinais de parada cardiorrespiratória até a realização das manobras iniciais de reanimação cardiopulmonar. Desse modo, surgem os seguintes questionamentos: Os profissionais prestadores do cuidado em saúde na atenção básica sabem identificar os sinais de parada cardiorrespiratória e a sequência assistencial para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar? Quais as dificuldades para o enfrentamento da parada cardiorrespiratória? Quais serão as primeiras intervenções adotadas diante de uma parada cardiorrespiratória?

Diante deste contexto e por ter observado uma situação de parada cardiorrespiratória em um usuário da referida Unidade de Saúde da Família, surgiu a necessidade de se responder esses questionamentos e refletir sobre o conhecimento e a prática de uma Equipe de Saúde da Família sobre parada cardiorrespiratória.

Os objetivos desta pesquisa são: investigar o conhecimento dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre os sinais de parada cardiorrespiratória e a sequência assistencial para as manobras de ressuscitação cardiopulmonar; identificar as dificuldades para o enfrentamento da parada cardiorrespiratória por estes profissionais; identificar quais as primeiras intervenções adotadas pelos profissionais diante de uma parada cardiorrespiratória.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quanti-qualitativa. O local de estudo foi uma Unidade de Saúde da Família em João Pessoa/ PB.

A população deste estudo foi constituída pelos profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família pesquisada. Não houve distinção de faixa etária, sexo e tempo de serviço. Os profissionais foram escolhidos através de um sorteio, com o intuito de incluir quaisquer sujeitos expostos a situações diferentes.

Inicialmente foi realizado contato com o apoiador matricial do serviço, a quem foi solicitado autorização para realização da pesquisa, mediante apresentação de declaração enviada à unidade de saúde referida, sendo solicitado a permissão para o campo do estudo, e

explicado a importância da pesquisa, seus objetivos e assegurado o sigilo em relação aos sujeitos participantes.

A amostra inicial seria composta por 7 profissionais de saúde de nível superior da unidade referida, mas devido a alguns se encontrarem de férias a amostra foi constituída por 5 profissionais, sendo 2 médicas e 3 enfermeiras, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para realizar a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado sendo a primeira parte constituída por questões que levantaram dados de identificação dos profissionais da equipe de saúde quanto ao sexo, idade, estado civil e qualificação profissional, a segunda, por questões norteadoras visando a obter dados sobre o conhecimento e a prática destes profissionais com relação à parada cardiorrespiratória.

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2010, onde o participante respondeu ao roteiro e devido à impossibilidade das suas respostas serem gravadas por recusa e falta de tempo disponível dos participantes devido à sobrecarga de trabalho, foi realizada a entrevista com transcrição direta feita pelo pesquisador.

Para realizar a coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista contendo questões objetivas e subjetivas pertinentes aos objetivos do estudo divididas em duas partes.

Os dados quantitativos foram analisados no programa Microsoft Excel, versão Windows XP, através do índice de frequência e percentual. Os dados qualitativos foram analisados utilizando-se a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC) que consiste em um conjunto de falas individuais, onde são retiradas as idéias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo (LEFÈVRE, LEFÈVRE, TEIXEIRA, 2003).

As etapas desta técnica envolveram as etapas de: 1. Seleção das expressões-chaves: estas expressões foram retiradas de cada discurso particular, copiando integralmente as respostas referentes à cada questão, sendo estas a representação do conteúdo discursivo; 2. Destaque das ideias centrais: estas ideias foram destacadas nas expressões-chaves e representam a síntese dessas expressões; 3. Identificação das ideias centrais: as ideias centrais e complementares destacadas de cada discurso foram separadas e colocadas nas caselas correspondentes; 4. Reunião das ideias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos identificados por letras ou outro código; 5. Denominação de cada grupo que expresse da melhor maneira possível as idéias centrais e semelhantes, e, por último a construção de

um discurso síntese que corresponde à construção do discurso do sujeito coletivo.

Os pesquisadores seguiram as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. A coleta de dados foi realizada após aprovação (protocolo 002/10) do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. Para identificação dos discursos cada sujeito foi identificado por letra maiúscula, seguida de algarismo arábico (total de 05 entrevistados = E1 a E5).

RESULTADOS

Foram entrevistados 5 profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família em pesquisa, 2 médicas e 3 enfermeiras, e de acordo com as variáveis socio-demográficas observou-se uma distribuição equitativa com relação às faixas etárias de 25 – 29 anos; 30 – 35 anos e 36 – 40 anos, ou seja, uma em cada faixa. Já a faixa de maiores de 40 anos houve duas participantes. Com relação ao sexo, todos os sujeitos da pesquisa eram mulheres, evidenciando um maior número deste sexo no serviço. Quanto ao estado civil três são casadas, uma é solteira e uma das entrevistadas é divorciada.

Dos participantes da pesquisa quatro eram especialistas em saúde da família, além de possuírem também outras especializações, como ginecologia e obstetrícia, administração dos serviços de saúde, pneumologia, pediatria, e educação em saúde. Nenhum das entrevistadas possuía mestrado ou doutorado. Veja a seguir, nas tabelas 1, 2 e 3, os primeiros sinais e sintomas que você identifica em uma parada cardiorrespiratória, a ordem correta dos procedimentos para o suporte básico de vida (SBV) e a sequência assistencial para as manobras de reanimação cardiopulmonar.

Experiência com PCR

De acordo com os dados da pesquisa, uma das profissionais entrevistadas nunca teve uma experiência com pacientes em parada cardiorrespiratória, enquanto quatro já presenciaram e/ou deram assistência em um caso de PCR.

Complementando esses dados, a análise qualitativa mostra que na idéia central 1 - no ambiente de trabalho; e na idéia central 2 – no meu primeiro emprego, as situações de experiência com uma PCR aconteceram

Tabela 1 - Frequência da amostra de acordo com a resposta à questão: quais os primeiros sinais e sintomas que você identifica em uma parada cardiorrespiratória? João Pessoa, 2010

PRIMEIROS SINAIS E SINTOMAS DA PCR	n=5
Febre, palidez, bradicardia	0
Sialorréia, taquicardia, sede	0
Apnéia, dor precordial, ausência de pulso periférico	1
Apnéia, inconsciência, ausência de pulso carotídeo	4

Tabela 2 – Frequência da amostra de acordo com a resposta à questão: Qual a ordem correta dos procedimentos para o suporte básico de vida (SBV) em uma PCR ? João Pessoa, 2010

SEQUÊNCIA CORRETA DO SBV	n=5
Circulação artificial pela compressão torácica externa/ Respiração boca a boca/ Desfibrilação precoce pelo uso de desfibriladores automáticos	1
Respiração boca a boca/ Circulação artificial pela compressão torácica externa/ Desfibrilação precoce pelo uso de desfibriladores automáticos	4
Desfibrilação precoce pelo uso de desfibriladores automáticos/ Circulação artificial pela compressão torácica externa/ Respiração boca a boca	0

Tabela 3 – Frequência da amostra de acordo com a resposta à questão: qual a sequência assistencial para as manobras de reanimação cardiopulmonar que você realiza?.João Pessoa, 2010

SEQUÊNCIA CORRETA DA RCP	n=5
5 ciclos de 15 compressões para 2 ventilações	0
5 ciclos de 15 compressões para 5 ventilações	1
5 ciclos de 30 compressões para 2 ventilações	4
5 ciclos de 30 compressões para 5 ventilações	0

no ambiente de trabalho, uma na própria Unidade de Saúde da Família e outra em um pronto-socorro que era o antigo emprego de um dos participantes da pesquisa, como mostra os seguintes depoimentos:

[...] Sim, uma vez quando cheguei ao trabalho o usuário estava acianótico, sem pulso, inconsciente e apnéico. No serviço não existia instrumentos e equipamentos para os procedimentos. Além da demora para o SAMU chegar. [E1]

[...] Estava de plantão no antigo pronto-socorro municipal, setor de emergência, era recém-formada e foi a minha 1ª experiência. O paciente era portador de cardiopatia, deu entrada referindo dor torácica, e palpitações, e sudorese, evoluindo para perda da consciência. Iniciamos o suporte básico de vida. Foi tudo muito rápido, a equipe estava preocupada para realização do procedimento. Posteriormente o paciente foi transferido para o CTI. [E2]

Dificuldades no enfrentamento da parada cardiorrespiratória

Na ideia central 01 - Falta de capacitações e experiência dos profissionais da equipe multiprofissional, o discurso dos entrevistados enfoca como dificuldades a falta de capacitações e experiência dos profissionais da equipe de saúde com relação a PCR como demonstra o depoimento a seguir:

[...] As equipes saúde da família necessitam de capacitações para assistir nos casos de PCR, tendo em vista que é uma emergência clínica. Treinamento e capacitação dos profissionais. Falta experiência numa PCR. Equipe multiprofissional treinada. [E3]

Já na ideia central 02 - Falta de medicamentos, equipamentos e atendimento rápido, os entrevistados visualizam como uma dificuldade a falta de suporte de equipamentos e insumos específicos como medicamentos, AMBU, ECG, além de transporte rápido com

suporte avançado de vida, como mostra o depoimento a seguir:

[...] Requer intervenção imediata, suporte ventilatório, materiais e medicações específicas. Falta AMBU. Aparelhagem e equipamentos. Aparelho para entubação, desfibriladores, aparelho ECG, medicação de reanimação. Atendimento rápido de transporte com SAV. Atendimento rápido de transporte com suporte avançado de vida. [E4]

DISCUSSÃO

Define-se como PCR a interrupção súbita da respiração e da atividade mecânica ventricular útil e suficiente, o que acarreta inconsciência, ausência de movimentos respiratórios e ausência de pulso. Todas as pessoas que trabalham em serviços de saúde devem saber reconhecer uma PCR, tomar as medidas iniciais e acionar imediatamente a equipe responsável pelo recurso avançado (BARRETO, VIEIRA, PINHEIRO, 2001).

Os profissionais de saúde entrevistados, na sua maior parte, sabem identificar os primeiros sinais e sintomas, relatando avaliar o nível de consciência, checar respiração e pulso. Apenas um se confundiu quando ao local que primeiro apresenta ausência de pulso.

Sendo assim, a PCR é clinicamente diagnosticada quando pelo menos quatro condições coexistem: inconsciência, apnéia ou esboço da respiração, ausência de pulsos nas grandes artérias e aparência moribunda. Considera-se o paciente em PCR quando pela palpação digital nas regiões carotídeas e femorais não é possível detectar pulsações efetivas. Lembrando que os pulsos periféricos ainda persistem pulsando por algum tempo mesmo quando já instalada a PCR (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2005).

O atendimento a uma PCR, ainda constitui um desafio para qualquer equipe de saúde, pois para que esse seja efetivo são necessários o reconhecimento da mesma e o início das manobras de reanimação o mais cedo possível, com a finalidade de restabelecer os batimentos cardíacos, evitando lesão cerebral (BARRETO, VIEIRA, PINHEIRO, 2001).

Os entrevistados em sua maioria reconhecem como se realizam as manobras do suporte básico de vida que devem ser empregadas durante uma PCR, embora um dos profissionais tenha se confundido em relação à ordem que devem ocorrer as manobras da reanimação cardiopulmonar (RCP).

A RCP é constituída por um conjunto de procedimentos que podem ser executados por profissionais da área de saúde ou por leigos treinados. Consiste no ABCD primário da RCR, ou seja, abertura e desobstrução de vias aéreas (A), respiração boca a boca (B), circulação artificial pela compressão torácica externa (C) e desfibrilação precoce pelo uso de desfibriladores automáticos (BARRETO, VIEIRA, PINHEIRO, 2001).

As manobras de reanimação isoladamente não alteram a sobrevida dos pacientes. No entanto, a prática precoce de manobras básicas seguidas da eficiente implantação, também precoce, do suporte avançado, aumentam as chances de recuperação imediata e de sobrevida (AHA, 2010). Esta associação ainda refere que RCP tem como meta, além da preservação da vida, o alívio do sofrimento, a restauração da saúde e a limitação das incapacidades. Sendo assim, quando o início das manobras de reanimação for realizado tardiamente é possível restabelecer as funções vitais por algum tempo, mas a lesão cerebral grave e irreversível que se instala em decorrência da demora do atendimento, estará determinando a futura qualidade de vida do indivíduo (JACOBINO, AMESTOY, THOFEHR, 2007).

Com relação ao conhecimento sobre a sequência correta da RCP, no que diz respeito ao número de compressões e ventilações, também as maiores partes dos entrevistados tiveram êxito nesta resposta. Mas ainda sim um dos profissionais apresentou confusão quanto ao número de compressões.

As diretrizes da American Heart Association (AHA) de 2010 preconizam a RCP sincronizada em 30 compressões para 2 ventilações. As manobras de reanimação em crianças abaixo de 8 anos seguem a mesma sequência das do adulto, porém as compressões torácicas devem utilizar apenas uma das mãos. Em crianças muito pequenas, as compressões são feitas com os dedos médio e indicador, 1 cm abaixo da linha inframármica (CARDOSO, TORGLER, 2005).

A PCR representa a mais grave emergência com a qual podemos nos defrontar. Para tanto, é necessária agilidade, sincronismo e coesão da equipe durante o

atendimento para que possa prestar adequadamente os cuidados imediatos no procedimento. Existem equipes que fazem dessa situação um momento de estresse, excedendo em seus atos imediatos. Como toda e qualquer emergência que se passa, a equipe deverá ter capacidade suficiente para desenvolver técnicas e manobras que recuperem hemodinamicamente o paciente, mesmo porque o momento de PCR exige da equipe total atenção e concentração de cada membro, para um bom resultado no que diz respeito à coletividade profissional e consequentemente ao paciente (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2005).

Nos discursos dos entrevistados, as falas revelam que dois profissionais já se depararam com uma situação de PCR em sua rotina de trabalho, se sobressaindo bem na resolução do caso apesar dos problemas da falta de estrutura dos serviços para lidar com a situação. Com relação ao trabalho na Unidade de Saúde da Família revelam a dificuldade para enfrentar situações de emergência como a PCR, devido à falta de experiência da maioria dos profissionais da equipe com relação ao tema, bem como de equipamentos e insumos médicos necessários para o atendimento de urgência, havendo a necessidade de treinamento e capacitação da equipe para o atendimento básico de urgência e emergência.

Diante disso, vale ressaltar que todos os profissionais de saúde devem estar constantemente atualizados e preparados para atuar em uma situação emergencial, e, para tanto, é necessário o investimento contínuo das instituições nas educações em serviço, evitando complicações desnecessárias durante a prática e procedimentos realizados erroneamente durante o atendimento que podem levar a sequelas e alterações irreversíveis. Algumas providências são extremamente importantes como obtenção de acesso venoso, identificação do ritmo, administração da medicação prescrita (BERGAMASCO, 2006).

O papel dos profissionais de saúde em uma PCR inclui a contactação de uma equipe de suporte avançado, a reanimação cardiopulmonar contínua, monitorização do ritmo cardíaco e dos outros sinais vitais, administração de fármacos conforme orientação médica, registro dos acontecimentos, bem como relatar os acontecimentos aos membros da família, sendo que o apoio para os familiares e amigos é muito importante nesta ocasião (HUDAK, GALLO, 1997).

A PCR, em si, não representa um indicador de má

qualidade da assistência, mas demonstra, sobretudo, o nível de gravidade em que o paciente se encontra. Uma vez presente, a chance de sobrevivência depende, em grande parte, da aplicação imediata, competente e segura das manobras de reanimação que precisam ser instituídas prontamente com o objetivo de evitar lesão cerebral irreversível. Neste caso, o fator tempo constitui uma variável fundamental na recuperação do paciente (SILVA, PADILHA, 2001).

Portanto, o pleno êxito da assistência dependerá da presença de recursos humanos, financeiros, de materiais e equipamentos, bem como da determinação de papéis de cada profissional envolvido no processo. Ressalta-se ainda a importância técnica científica dos profissionais e a necessidade de protocolos de atendimento, visando a padronização das ações a serem seguidas, como forma de facilitar a abordagem terapêutica. Estas características no seu conjunto é que possibilitarão um atendimento eficaz em qualquer situação, destacando-se entre elas o atendimento a PCR (COELHO, 1997).

A in experiência profissional, a falta de atenção e desconhecimento técnico-científico dos integrantes da equipe, a quantidade insuficiente de profissionais e problemas inerentes aos materiais e equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, deixam evidente a existência de um amplo leque de fatores, das mais diferentes naturezas, envolvidos na gênese das ocorrências de PCR. É importante um trabalho harmônico e sincronizado entre os profissionais, pois a atuação em equipe é necessária para se atingir o maior objetivo

da assistência, ou seja, a recuperação do paciente (PADILHA, 1998).

Dentre as dificuldades enfrentadas neste estudo, destacam-se: o período de férias de alguns profissionais que coincidiu com o período de coleta de dados da pesquisa e a construção dos discursos sujeitos coletivos por haver algumas respostas vagas e sem possibilidade de discussão.

Acredito que esta pesquisa foi de suma importância para área de saúde. Torna-se relevante enfatizar que este estudo não teve como proposta apresentar métodos ou técnicas inéditas, mas sim favorecer a sociedade um novo referencial que serve como base para novas pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados evidenciou que os profissionais da amostra, e atuantes em Unidade de Saúde da Família, embora possuam conhecimentos científicos, não possuem a prática necessária para o enfrentamento de uma situação de PCR. Dentre as suas falas, uma das principais dificuldades citadas por eles foi a falta de equipamentos, materiais e capacitação da equipe.

Nesse contexto, destaca-se a importância de treinamentos e capacitações, uma vez que a educação continuada traz ao profissional de saúde e a sua equipe uma segurança maior no atendimento, com aprofundamento do seu conhecimento, o que propicia satisfação profissional e qualidade na assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte básico de vida. Rio de Janeiro: AHA, 2010.
2. BARRETO SSM, VIEIRA SRR, PINHEIRO, CTS. *Rotinas em terapia intensiva*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001, 636p.
3. BERGAMASCO JE. Assistência ao paciente em situação de parada cardiorrespiratória [monografia]. Batatais (SP): Centro Universitário Claretiano; 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: Brasil. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2000. p. 65-74.
5. CARDOSO LF, TORGGLER F. Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio Libanês. Padronização do atendimento à parada cardiorrespiratória no Hospital Sírio-Libanês. [Internet] 2005. [Acesso em 15 out 2009]. Disponível: www.hospitalsiriolibanes.org.br.
6. CINTRA EA, NISHIDE VM, NUNES NA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 5ªed. São Paulo: Atheneu; 2005.
7. COELHO OR. Ressuscitação cardiopulmonar. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, São Paulo, 7(1): 1-7, 1997.
8. HUDAK CN, GALLO PM. *Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

9. JACOBINO CB, AMESTOY SC, THOFEHRN MB. Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, 12(4): 466-471, 2007.
10. LEFÈVRE F, LEFÈVRE AMC, TEIXEIRA JJV. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
11. PADILHA, KG. *Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem em UTI [livre docência]* São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1998.
12. SILVA SC, PADILHA KG. Parada cardiorrespiratória na unidade de terapia intensiva: considerações teóricas sobre os fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 35(4): 360-365, 2001.
13. ZANINI J, PEREIRA ERN, BARRA DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, 18(2): 143-147, 2006.

CORRESPONDÊNCIA

Cleyton Cezar Souto Silva
Rua Coronel Souza Lemos, 307 – Miramar,
58043-120 João Pessoa - Paraíba - Brasil

Email
cez2004@hotmail.com