

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LAISA REGINA MADEIRA SILVA

ORIENTADORA: Ms. MARIA CLEIA DE OLIVEIRA VIANA

IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA

NATAL/RN

2013

LAISA REGINA MADEIRA SILVA

IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PARADA
CARDIORRESPIRATÓRIA

Artigo científico apresentado como requisito final
para a conclusão da disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso II.

Orientadora: Ms. Maria Cleia de Oliveira
Viana.

NATAL/RN
2013

RESUMO

A interrupção súbita das ações normais cardiopulmonares constitui um tipo de problema que sempre foi motivo de muitos desafios para a medicina. Representa uma emergência médica de extrema complexidade, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e consequente morte, caso as medidas adequadas para estabilizar o fluxo sanguíneo e a respiração não forem realizadas da maneira mais adequada. Sabe-se que o tempo de atendimento ao paciente vítima de parada cardiorrespiratória (PCR) é essencial para a sua sobrevivência. Assim, é de grande importância que os profissionais da área de saúde estejam e se sintam preparados para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar. Entende-se que cabe ao profissional enfermeiro e à sua equipe assistir os pacientes, dispondo de ventilação e circulação artificiais até que o médico chegue até o local. Assim, estes profissionais têm de adquirir habilidades que os tornem aptos a atuar de maneira rápida e eficaz durante o atendimento ao paciente em PCR.

Palavras-chaves: Parada Cardíaca; Conhecimento; Enfermagem; Ressuscitação cardiopulmonar.

ABSTRACT

The sudden interruption of cardiopulmonary actions is a kind of problem that has always been the subject of many challenges for medicine. Is a medical emergency of extreme complexity, where the results will be irreversible brain damage and eventual death if appropriate measures to stabilize blood flow and respiration are not carried out properly. It is known that the time of patient care respiratory cardiac arrest victims is essential to their survival. So it is very important that health professionals are and feel prepared to act during resuscitation. It is understood that up to the professional nurse and her team will take care of patients, providing artificial ventilation and circulation until the doctor arrives to the place. Thus, these professionals have to acquire skills needed for victim care will.

Keywords: Cardiopulmonary arrest; Knowledge; Nursing; Cardiopulmonary Resuscitation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. REFENCIAL TEÓRICO.....	7
2.1PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	12
3. MATERIAL E MÉTODO.....	8
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	13
5. CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

Um fisiologista francês do séc. XIX (Claud Bernard), foi o primeiro a reconhecer que todos os organismos mais desenvolvidos empenham-se ativamente e constantemente para evitar que o ambiente externo perturbe as condições necessárias à vida dentro do organismo. Por isso, a temperatura, concentração de oxigênio, pH, composição iônica, osmolaridade e outras variáveis importantes do nosso ambiente interno são bastante controladas. O processo de manutenção da “constância” de nosso ambiente externo ficou conhecido como homeostase. A circulação é dividida em pulmonar, composta por bomba cardíaca direita e pulmões, e sistêmica, na qual a bomba cardíaca esquerda fornece sangue para os órgãos sistêmicos (exceto a porção de troca gasosa dos pulmões). Estas são dispostas em série, uma após a outra, e caso essa proporção não seja idêntica e em tempos iguais, haverá desordem entre sangue arterial e o venoso, e nas trocas gasosas (MOHRMAN, 2011).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é conceituada, como a cessação súbita e, na maioria das vezes, inesperada da circulação sistêmica e da respiração. É uma situação de parada dos batimentos cardíacos eficazes e caracteriza-se por inconsciência com ausência de resposta a estímulos, apneia e sem pulsos palpáveis (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Esta é repentina, de grande ameaça vital, sendo de extrema importância a agilidade no atendimento, qualidade, embasamento técnico científico e destreza por parte da equipe que torna o atendimento possível. É necessário também, que haja trabalho ordenado e sincronizado entre a equipe multiprofissional comprometida (HALL, 2011).

Segundo a American Heart Association (2007), se os procedimentos corretos para normalizar o débito cardíaco e a respiração não forem realizados, terão como consequência dano cerebral irreversível e a morte. Devido à necrose do tronco e do córtex cerebral, pela não oxigenação por um tempo acima de cinco minutos, este é fundamental para a sobrevivência do paciente normotérmico, onde o coração pode voltar aos batimentos, mas o cérebro não retorna (NETINNA, 2012).

A PCR, conforme descrito por Rea et al. (2003), independentemente da causa subjacente, possui altos índices de morbi-mortalidade, apresentando sobrevida inferior a 40%, se em ambiente hospitalar, e inferior a 10% se a nível ambulatorial, números constantes nos últimos anos. Porém, para Canini et al. (2008), se as manobras de RCP forem realizadas com êxito, as chances dobram e até triplicam.

Um evento elétrico cardíaco pode ser a principal causa de uma PCR, ou seja, quando a frequência cardíaca estiver acelerada, um dos mecanismos do coração para conservar a si mesmo é desencadear arritmias que progridem para uma das modalidades mais comuns de parada cardíaca: a taquicardia ventricular, ou muito lenta (bradicardia), ou quando há a cessação de batimentos (assistolia). Os fatores ordenados de grande importância para a PCR são episódios anteriores e história prévia de: taquicardia ventricular (TV); infarto agudo do miocárdio (IAM); miocardiopatia dilatada; hipertensão arterial sistêmica (HAS); Em unidades de pronto-socorro é clara a importância da enfermagem dentro da equipe de saúde, em destaque, do profissional enfermeiro, o qual é encarregado a prestar cuidados imediatos e estar apto a reconhecer um evento prévio ou o próprio momento de uma PCR (HALL, 2011).

O atendimento de paciente em PCR pode ser dividido em duas etapas: a avaliação primária e a avaliação secundária. A avaliação primária envolve o suporte básico de vida e suporte hemodinâmico e respiratório. A avaliação secundária envolve a aplicação de manobras para o suporte avançado de vida (MARTINS et al. 2011, p. 16).

O suporte básico de vida consiste em técnicas primordiais realizadas em pessoas com PCR. É a primeira fase no processo de atendimento emergencial, onde se caracteriza rebaixamento do nível de consciência, ausência da respiração, e princípio convulsivo. Nesse caso, a sequência de intervenções será manter vias aéreas permeáveis, ventilação artificial, iniciar as compressões torácicas, sendo no mínimo 100 (cem) compressões para 1 (uma) ventilação, e desfibrilação prévia. É de extrema importância a presença de um profissional médico, caso haja necessidade de uma TOT (intubação orotraqueal) ou administração de medicamentos, e para que o atendimento seja ainda mais competente (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Os treinamentos em RCP devem ser baseados nos protocolos recomendados pela American Heart Association (AHA). Esses protocolos ou recomendações da AHA visam garantir a uniformização dos procedimentos e técnicas preconizadas para o atendimento de pacientes vítimas de PCR. Dentre essas recomendações destaca-se aquela relacionada ao treinamento de profissionais de saúde em RCP, enfatizando a extensão desse treinamento ao público leigo em geral, especificamente no que se refere à fase do Suporte Básico de Vida (BLS) e o Suporte Avançado de Vida (ACLS) tem sido recomendado para os profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e estudantes da área da saúde (GRANITOFF, 2006 p.92).

A curiosidade em abordar este tema surgiu por meio de vivências durante a fase de práticas acadêmicas em cenários reais na área de urgência e emergência, destacando uma ocorrência de PCR, onde foi constatada a importância do profissional de enfermagem na prestação dos primeiros cuidados, e como o conhecimento deste tem que ser vasto quando se fala em uma situação de extrema emergência e precisão de ações.

Este artigo visa identificar as principais causas que predispõem à parada cardiorrespiratória, de modo a descrever a atuação da equipe de enfermagem a cerca da mesma, e assim, expor a importância do conhecimento e da técnica de uma equipe de enfermagem sobre parada cardiorrespiratória.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O sistema respiratório pode ser dividido basicamente em duas porções: a primeira, denominada condutora, composta por nariz, faringe, laringe, traqueia e brônquios; e a segunda, denominada porção respiratória propriamente dita, formada pelos pulmões (NETINNA, 2012).

A sobrevivência humana depende da chegada de oxigênio (O_2) até as células do organismo e da remoção de dióxido de carbono (CO_2) das mesmas. A respiração é o mecanismo que o corpo utiliza para trocar estes gases entre a atmosfera e o sangue e entre o sangue e as células. Este mecanismo envolve ventilação (a movimentação de gases para dentro e para fora dos pulmões), difusão (a movimentação de gases entre os alvéolos e hemácias), e perfusão (a distribuição das hemácias para os capilares sanguíneos e a partir deles) (POTTER; PERRY, 2009).

A adequação da oxigenação e ventilação é medida pela pressão parcial do oxigênio arterial (P_{aO_2}) e pressão parcial do dióxido de carbono arterial (P_{aCO_2}). O sistema pulmonar funciona também como um reservatório de sangue para o ventrículo esquerdo, quando é necessário reforçar o débito cardíaco; como um protetor da circulação sistêmica por filtrar resíduos/partículas; como um regulador de líquido, mantendo a água fora dos alvéolos; e como “fornecedor” das funções metabólicas, como a produção de surfactante e funções endócrinas (NETINNA, 2012).

O fator mais importante no controle da ventilação é o nível de CO_2 no sangue arterial. Seu aumento faz com que o sistema de controle no cérebro aumente a frequência e a profundidade da respiração. O maior esforço de ventilação remove o excesso de CO_2 (hipercarbia), aumentando a expiração. Entretanto, pacientes com doença pulmonar crônica apresentam hipercarbia. A hipoxemia ajuda a controlar a ventilação em clientes com doença crônica nos pulmões. Como os baixos níveis de O_2 arterial fornecem o estímulo que permite que o cliente respire, a administração de concentrações elevadas de O_2 será fatal para pessoas com doença pulmonar crônica (POTTER; PERRY, 2009).

Simultaneamente, os músculos intercostais se contraem, elevando os arcos costais e aumentando o diâmetro transversal da caixa torácica. Esse aumento resulta na diminuição da pressão intratorácica em relação a pressão externa do ar, fazendo com que o ar se desloque do meio externo (mais concentrado) para o interior do pulmão (menos concentrado nesse momento). Com os pulmões já insuflados ocorre a hematose: o oxigênio é captado pelos capilares adjacentes aos alvéolos por simples difusão, caindo na corrente sanguínea, enquanto o ar torna-se mais concentrado em dióxido de carbono (CO_2) que é resultante do metabolismo celular e tóxico ao organismo, devendo ser eliminado pela expiração (NETINNA, 2012).

A respiração passa muitas vezes despercebida pela maioria das pessoas, sendo valorizada apenas em momentos de dificuldade, crises ou patologias do trato respiratório. É interessante constatar que a inspiração e expiração, ou seja, a entrada e saída de ar dos pulmões, respectivamente, ocorrem única e exclusivamente por intermédio de mecanismos físicos nos quais os pulmões funcionam simplesmente como órgãos elásticos capazes de insuflar e desinsuflar, de acordo com a demanda de oxigênio. Tal modificação é intermitente e ocorre em função do aumento e da diminuição do diâmetro da caixa torácica. No momento da inspiração, o diâmetro da caixa torácica aumenta, em virtude da contração do diafragma (principal músculo da respiração), innervado pelo nervo frênico, que ao contrair-se, “abaixa”, comprimindo as vísceras abdominais e aumentando o diâmetro longitudinal da caixa torácica (SLEUTJES, 2012).

O sistema cardiovascular ou circulatório é composto por uma rede de tubos de vários calibres e tipos, os quais são denominados de veias, artérias, vênulas e arteríolas. Tem o objetivo de propiciar a circulação do sangue, impulsionado pelas contrações rítmicas do coração, localizado entre os pulmões na cavidade torácica, região denominada mediastino. Revestido pelo pericárdio, o coração possui a forma de um cone, com posicionamento oblíquo, ligeiramente inclinado para o hemitórax esquerdo e tamanho próximo a um punho cerrado (SILVA; SILVA, 2013).

O coração é constituído de dois tipos principais de células. O primeiro corresponde às células musculares também denominadas fibras musculares, responsáveis pelo trabalho mecânico do coração (sístole e diástole). Estas possuem

muitas estrias e um único núcleo. Os discos intercalados separam as células musculares e constitui uma via de baixa resistência aos impulsos elétricos que podem ser gerados em qualquer parte do miocárdio. Estes se alastram por todo o coração. Assim, o coração é considerado um sincício. As células especializadas do sistema de condução que iniciam o ritmo cardíaco e propagam o impulso elétrico, estimulando a contração das células miocárdicas, coordenam o trabalho mecânico (NETINNA, 2012).

O sistema circulatório é um conjunto composto por um órgão central, de bombeamento muscular, o coração, e uma rede de tubos, vasos sanguíneos, comunicantes e interligados. Este, para funcionar como bomba, conta com um conjunto interno de câmaras e cavidades para entrada e saída do sangue, além de válvulas que organizam, conjuntamente, o direcionamento do fluxo sanguíneo, sendo suas paredes compressíveis, e expulsam o sangue contido em suas cavidades no momento da contração cardíaca, o qual percorrerá o trajeto dos vasos, sendo levado para diferentes regiões de todo o corpo. O sangue é transportado com elementos necessários ao funcionamento metabólico de todas as estruturas corporais, sendo assim, a circulação é responsável pelo transporte dos catabólitos e substâncias nocivas ao organismo (resíduos do metabolismo) até os órgãos respectivamente responsáveis pela sua eliminação para o meio externo. (SLEUTJES, 2012).

Quando há disfunção súbita de ambos os sistemas, ocorre o que chamamos de parada cardiorrespiratória, que é a cessação da atividade cardíaca, incapaz de produzir débito cardíaco adequado para a vida, em um indivíduo sem doença terminal. É diagnosticada pela ausência de pulso central (em artéria de grosso calibre – carótida ou femoral) (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma dramática situação na vida de qualquer indivíduo, seus familiares e dos profissionais de saúde. O tempo conspira contra o paciente e contra o que tenta prestar ajuda, seja ele enfermeiro, médico, ou leigo. As condutas devem ser tomadas, rapidamente, e não se admitem indecisões. A PCR é uma situação de emergência e, portanto, necessita de início imediato das manobras de reanimação cardiorrespiratória (RCP). Considerando que a equipe de enfermagem é a mais presente no momento da PCR, esta deve possuir

conhecimentos teóricos e práticos a fim de realizar de modo seguro e eficaz os primeiros atendimentos ao paciente, influenciando no sucesso final (PALHARES, 2008).

O objetivo principal do atendimento cardíaco de emergência (ACE) é fornecer tratamento eficaz, tão rápido quanto possível, para esse coração que para de bater. A rápida restauração dos batimentos espontâneos produz a melhor oportunidade de encontrar o objetivo final (OLIVEIRA, 2003).

O cérebro é o alvo mais importante nos esforços de RCP, tanto, que foi proposta a nomenclatura reanimação cardiorrespiratória e cerebral. Vários trabalhos tem mostrado que a chance de reanimar um paciente diminui de 7 a 10% por minuto, iniciando com probabilidade estimada de 85 a 92% no tempo zero. A abordagem à vítima de PCR ainda na comunidade e a rápida chegada de socorro médico ou paramédico, são decisivos até a admissão à unidade de pronto atendimento. É essencial que estas unidades médicas disponibilizem profissionais capacitados, treinados e atualizados em procedimentos de reanimação cardiopulmonar, com ênfase no papel do médico no rápido reconhecimento da causa da PCR e do ritmo cardíaco e no uso do desfibrilador externo (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

A padronização de condutas sistematizadas em ressuscitação cardíaca é realizada pela American Heart Association (AHA), com os cursos de Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Avançado de vida em Cardiologia (SAVC) vem servindo de guia para aqueles que trabalham na linha de frente no atendimento de emergências. Para um atendimento organizado e sistematizado em emergência e PCR, é essencial que esse atendimento seja realizado em conjunto, tendo a equipe de enfermagem um importante papel na RCP, mediante a competência técnica e profissionalismo, no desempenho de suas atribuições (OLIVEIRA, 2003).

A AHA preconiza que um dos integrantes da equipe de reanimação seja o líder, objetivando um melhor desempenho e organização durante a assistência. O profissional que assume tal posição, em geral, é o médico, pois também assume o papel legal sob o aspecto da terapêutica aplicada. No entanto, faz-se necessário também que o enfermeiro atue como líder, para administrar a dinâmica da equipe conforme a terapêutica adotada. Fator que implica também seu treinamento em igual

intensidade aos dispensados ao corpo médico (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

2.1 PAPEL DO ENFERMEIRO EM FRENTE À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

A identificação da PCR e o início das manobras de reanimação cardiopulmonar, habitualmente, ocorrem por iniciativa da equipe de enfermagem por serem os profissionais que permanecem mais tempo com o paciente, por isso que foram feitos protocolos de atendimento, para que facilite a tomada de decisões e oferecer informações sobre avaliação deste paciente, agilizar intervenções médicas e de enfermagem que se fizerem necessárias (LANE, 2007).

Segundo American Heart Association (2007) , os procedimentos de atendimento se distribuem da seguinte maneira: levar em consideração a mudança da sequência de atendimento de A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) para C-A-B(compressões torácicas, via aérea, respiração), tendo em vista o grande número de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso; ver, ouvir e sentir foram retirados das recomendações; a compressão torácica de no mínimo 100 por minuto com 5cm de profundidade, pois melhora a sobrevida e prognóstico neurológico.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que segundo Marconi; Lakatos (2005) compreende toda bibliografia já tornada pública quando se trata do assunto estudado, desde publicações avulsas, boletins, jornais, livros, teses até gravações e filmes.

A pesquisa foi realizada no período de maio a novembro de 2013, efetuada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a execução desta, foi estabelecido um recorte temporal dentre os últimos dez anos, de 2003 a 2013, de forma que foram utilizados como descritores: “enfermagem”; “parada cardiorrespiratória”; “ressuscitação cardiopulmonar” e “fisiologia cardiovascular”. A busca também foi realizada em livros que abordassem a temática em estudo. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: publicações disponíveis na íntegra; artigos em português, inglês e espanhol; tema principal a atuação da equipe de enfermagem em uma PCR. Os critérios de exclusão foram compreendidos em artigos apenas com formato de resumo e que não abordassem a temática em questão após a leitura do título e resumo. Dentre os artigos encontrados temos quarenta, porém após leitura criteriosa, resumiram-se a vinte e seis artigos selecionados para a execução deste estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência inesperada em diversos momentos, constituindo uma grave ameaça à vida das pessoas. Esta é definida como o total cessar da atividade miocárdica ventricular útil associada à ausência de respiração (BIRÃO, 2009).

A interrupção das funções cardiopulmonares constitui um tipo de problema que sempre foi um desafio para os profissionais da saúde. Representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, caso as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração não forem realizadas (CUMMINS, 2003).

O diagnóstico clínico de PCR é confirmado quando os seguintes sinais estão presentes: inconsciência, verificada pela comunicação verbal, apneia e ausência de pulso em grandes artérias, verificadas pelo estímulo tátil e visual, sendo o sinal clínico mais importante a ausência de pulso carotídeo (FONSECA; BARTH, 2006).

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 (SILVA, 2003).

O profissional de enfermagem deve estar apto para reconhecer o evento da PCR, pois esse episódio representa uma grave emergência clínica que se pode deparar. A avaliação do paciente não deve levar mais de 10 segundos (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006).

Recomenda-se que a equipe de Enfermagem deve ser atualizada na execução das manobras do suporte básico de vida (ventilação artificial e compressão torácica) e, também, ter conhecimento e domínio do conteúdo existente no carro de emergência e manuseio do equipamento (COELHO; CIRILLO, 2003).

O atendimento a uma parada cardiorrespiratória (PCR) em um ambiente hospitalar, ainda constitui um desafio para a equipe de enfermagem, pois para que esse seja efetivo, são necessários o reconhecimento da PCR e o início das manobras de reanimação o mais cedo possível, com a finalidade de restabelecer os

batimentos cardíacos, evitando lesão cerebral. Para tanto, é necessário agilidade, sincronismo e coesão da equipe durante o atendimento (SLEUTJES, 2012).

Após uma reanimação satisfatória, o enfermeiro juntamente com o médico precisa controlar rigorosamente os sinais vitais e os parâmetros hemodinâmicos desse paciente, bem como estar atento a qualquer sinal de complicação, pois o reconhecimento imediato e o tratamento de algum distúrbio irão refletir no seu prognóstico (HUDAK; GALLO; BENZ, 2003).

Segundo Silva (2003) a capacitação constante dos profissionais de enfermagem pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente em PCR. Conforme afirma Martins (2011) o atendimento de paciente em PCR pode ser dividido em duas etapas: a avaliação primária e a avaliação secundária. A avaliação primária envolve o suporte básico de vida e suporte hemodinâmico e respiratório. A avaliação secundária envolve a aplicação de manobras para o suporte avançado de vida.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que as medidas de pronto atendimento são essenciais, cabendo aos profissionais, em destaque o enfermeiro, conhecimento teórico-prático e habilidade de prestação de serviços em urgências.

As reflexões neste estudo são decorrentes dessa relação entre a PCR vista corriqueiramente como um processo patológico, mas que necessita de um olhar abrangente, em que o processo de trabalho que a envolve precisa ser discutido. Para que esses procedimentos sejam realizados com conhecimento necessário, foi desenvolvido o Suporte Básico de Vida (SBV). É um curso criado pela American Heart Association (AHA) que lida com o ensino da emergência cardíaca, particularmente com a ressuscitação cardiopulmonar. É usado em muitos países para o treinamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde para melhora da sobrevida na morte súbita cardíaca.

O profissional da enfermagem tem que estar sempre buscando conhecimento atualizado, visto que a saúde é uma coisa que nos surpreende todos os dias. Com relação a PCR, o curso de SBV é imprescindível para que se porventura algo ocorra, o mesmo esteja de prontidão para realizar um atendimento de urgência eficaz, contribuindo assim para a sobrevida do paciente.

Os pacientes que sobrevivem à PCR têm alto risco de prosseguir com lesões neurológicas consideráveis. A hipotermia terapêutica e a fiscalização das variáveis fisiológicas, com acepção da perfusão cerebral, podem melhorar a qualidade do seu prognóstico.

REFERENCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care.** Circulation. EUA: AHA, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Advanced cardiac life support:** instructor manual. New York: American Heart Association, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.** Circulation. 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Highlights of the 2007 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Curr. Emerg. Cardiovasc. Care**, v. 16, n. 4, p. 1-26, 2007.

BIRÃO, R.C. et al. Estudo de coorte para avaliar o desempenho da equipe de enfermagem em teste teórico após treinamento em parada cardiorrespiratória. **Revista latino americana de enfermagem**. V. 17, n. 1, janeiro, 2009.

CANINI, S. R. M. S. et al. Novas diretrizes da ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n. 6, dezembro, 2008.

COELHO, O.R. et al. Ressuscitação cardiopulmonar. **Rev. Soc. Card. São Paulo**. São Paulo, n. 7, p. 1-3, 1997.

CUMMINS, R.O. et al. Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival”. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the emergency cardiac care Committee, **American Heart Association**. Circulation. V. 83, n. 5, p. 1832-1847, 2003.

FONSECA, F. A. H.; BARTH, J. D. Arquivos brasileiros de cardiologia. **Revista brasileira de cardiologia**. São Paulo, v. 87, n. 2, agosto, 2006.

GRANITOFF, N. Reanimação cardiorrespiratória: aspectos relacionados a dinâmica do atendimento no Pronto Socorro de um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, v.27, n.3, p. 92, março, 2006.

HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 12ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p.107-116.

HUDAK, M.C.; GALLO, M.B.; BENZ, J.J. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística**. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Artmed, 2003.

LANE, J. C. New guidelines of cerebral cardiopulmonary resuscitation by the American Heart Association (2005-2006). (Soc. Bras. Cardiologia.) [on line]. v.89, n.2, p. 17 e 18, agosto 2007.

MARCONI; LAKATOS, **Metodologia de abordagem do objeto**: métodos hermenêuticos (literaturas e pesquisas bibliográficas), p. 157-175, 2005.

MARTINS, H.S. et.al. **Emergências clínicas**: abordagem prática. 6ª ed. São Paulo: Malone, 2011, p. 3-16.

MOHRMAN, David E. **Lange Série Fisiologia**: Fisiologia Cardiovascular. 6ª ed. Porto Alegre: Mc Graw-Hill, 2011.

NETINNA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, v. 1, p. 192 – 425.

OLIVEIRA, R. P. **A Enfermagem nas situações de emergência**: suporte avançado de vida em emergências. Brasília: Guanabara Koogan, 2003.

PALHARES, V. C. Avaliação da Equipe de Enfermagem Para o Atendimento da Parada Cardiorrespiratória em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Pronto Socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Botucatu, s/n, p. 136- 137, 2008.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos da Enfermagem**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REA, T.D. et al. Emergency medical services and mortality from heart disease: a community study. **Ann Emergency Medical**. N. 41, p.494-499, 2003.

SANTOS, C. et al. **Parada cardiorrespiratória no adulto**: Aspecto clínico tratamento farmacológico e atuação do enfermeiro. Salvador: FASB. 2008.

SILVA, L. D. Fundamentos do Suporte Avançado de Vida. In: SILVA, L. D. **Assistência ao Paciente Crítico**: Fundamentos para a Enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

SILVA, Sandra Regina L. P. T.; SILVA, Marcelo Tardelli da. **Manual de procedimentos para estágio em enfermagem**. 4. ed., São Paulo: Martinari, 2013.

SLEUTJES, Lucio. **Anatomia Humana**. 2ªed. Minas Gerais: Yendis, 2012, p.337-338.

VIEIRA, P.; PIMENTEL, S. O papel do enfermeiro diante de uma parada cardiorrespiratória em ambiente de trabalho. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v. 12, n. 6, abril, 2011.

ZANINI, Juliana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira; BARRA, Daniela Couto Carvalho. Parada e reanimação cardiorrespiratória: Conhecimentos da equipe de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 143-147, 2006.