

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIVERSIDADE CORPORATIVA MÃE DE DEUS  
ÁREA CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

**LETÍCIA SILVA DE ANDRADE**

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: PERFIL DE ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO

PORTO ALEGRE

2011

LETÍCIA SILVA DE ANDRADE

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: PERFIL DO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO

Artigo apresentado a Universidade do Vale do Rio dos Sinos e Universidade Corporativa Mãe de Deus, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> MSc Carmen M. Lazzari

Co-Orientadora: Jaqueline Sangiogo Haas

PORTO ALEGRE

2011

## PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA: PERFIL DE ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Letícia Silva de Andrade<sup>1</sup>

Carmen Maria Lazzari<sup>2</sup>

Jaqueline Sangiogo Haas<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A parada cardiorrespiratória (PCR) é uma intercorrência com alto grau de complexidade e exige da equipe multiprofissional agilidade, eficiência, estabilidade emocional, raciocínio lógico, habilidade técnica, equipamentos adequados e constante atualização de conhecimento. As manobras precoces do suporte básico seguidas da implementação também precoce e eficiente do suporte avançado aumentam as chances de recuperação imediata e de sobrevida.

**Objetivo:** Descrever o perfil do atendimento prestado pela equipe do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com base nos registros efetuados acerca das ocorrências.

**Método:** O estudo tem delineamento transversal, com abordagem quantitativa, descritiva, avaliando as fichas de atendimento de PCR instituídas desde 16 março 2009 até 31 de dezembro 2010, preenchidas pelos enfermeiros do CTI adulto quando da ocorrência e atendimento de PCR nas diversas localizações do HCPA.

**Resultados:** De um total de 211 chamadas para atendimento de PCR, apenas 156 eram de fato; a idade média dos pacientes foi de  $65,1 \pm 16,8$  anos e, em 56,4% dos atendimentos, os pacientes eram do sexo masculino. A causa mais freqüente de PCR foi hipoxemia (37,2%) e o ritmo cardíaco foi o de assistolia (43,2%). Em 83,4% dos chamados foi iniciado Suporte Básico de Vida (SBV) pela equipe local. Foram recuperados 56,4% dos pacientes no momento do atendimento.

**Conclusão:** Na avaliação dos registros observamos que os chamados são para atendimento de PCR e outras situações emergenciais, e que o SBV não é instituído em 100% das ocorrências. Percebem-se falhas nos registros, seja por ausência de informação ou inadequação da ficha.

Palavras-Chave: Parada Cardiorrespiratória. Ressuscitação Cardiopulmonar.

---

1 Enfermeira. Aluna da Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Universidade Corporativa Mãe de Deus.

2 Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora titular da Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva da UNISINOS e Universidade Corporativa Mãe de Deus. Enfermeira assistencial do centro de Terapia Intensiva do HCPA.

3 Enfermeira. Mestre em ciências Médicas – Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Enfermeira assistencial do centro de Terapia Intensiva do HCPA.

## INTRODUÇÃO

O diagnóstico rápido da PCR é fundamental para a correta sucessão de etapas da reanimação. A demora em identificar a PCR e a chamar ajuda tem relação com a relutância em admitir que uma emergência existe ou o desconhecimento de que uma emergência está ocorrendo (DUARTE; FONSECA, 2010).

Segundo alguns autores, quando a PCR ocorre em ambiente hospitalar, tornam-se mais fácil e rápida a aplicação do suporte básico e avançado de vida, sendo frequentemente associada a importantes doenças e não pode ser comparada com paradas cardíacas ocorridas fora do hospital (CAVALCANTE; LOPES, 2006).

Reconhecer a seqüência do atendimento, mantendo certo nível de tranqüilidade, bem como reunir materiais e equipamentos necessários para ventilação e circulação, são condições indispensáveis. É recomendado que a equipe de enfermagem seja treinada para saber manusear e ter domínio de todo o conteúdo existente no carro de emergência e que saiba executar as manobras de SBV (ZANINI; NASCIMENTO; BARRA, 2006)

O tempo é um dos principais determinantes da sobrevida do paciente. Sabemos que após o primeiro minuto de PCR, o índice de sobrevida cai de 7% a 10% para cada minuto de demora no atendimento (CUMMINS et al., 1997; VANHEUSDEN et al., 2007).

A PCR é a emergência clínica mais temida pela equipe de saúde, e o sucesso no atendimento depende fundamentalmente de uma resposta rápida por parte da equipe entre a ocorrência e o início do tratamento. Para que isso ocorra adequadamente é necessária uma fundamentação teórica (imprescindível), uma capacidade de liderança, e a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (WORSTMAN et al., 2005; GOMES, 2005).

A reanimação cardiopulmonar (RCP) é o conjunto de procedimentos destinados a manter a circulação de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, permitindo a manutenção transitória das funções sistêmicas até que o retorno da circulação espontânea possibilite o restabelecimento da homeostase (GUIMARÃES, 2005).

O objetivo deste trabalho é descrever o perfil do atendimento prestado pela equipe do centro de terapia intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com base nos registros efetuados durante as ocorrências, buscando identificar o tempo utilizado no deslocamento, o tempo médio e o percentual de sucesso no atendimento, além da identificação do início de atendimento pela equipe local.

## **METODOLOGIA**

O presente trabalho foi realizado através de um delineamento transversal, com abordagem quantitativa, descritiva através de registros do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), um hospital universitário, de nível terciário. Foram avaliadas as fichas de atendimento de PCR externa, instituídas neste formato, desde 16 março 2009 até 31 dezembro 2010 (ANEXO B), preenchidas pelos enfermeiros do CTI adulto após o atendimento de PCR nas diversas unidades e setores do HCPA. Para melhor caracterização, às 24h do dia foram divididas em 4 turnos (das 7 às 13, das 13 às 19, das 19 à 1 e da 1 às 7 horas; 1º, 2º, 3º, 4º turno, respectivamente). Foram avaliadas as características do atendimento de PCR, conforme constam na ficha de registro, como faixa etária dos pacientes, data, hora e local de atendimento e, o perfil das PCR atendidas. Todos os atendimentos de PCR são centralizados na equipe de saúde do CTI Adulto que se localiza no 13º andar do prédio e atende todos os chamados das unidades de internação (UI) de adulto clínico e cirúrgico, além dos ambulatórios no andar térreo e subsolo e ainda a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os serviços de apoio. Não atendendo apenas a emergência e o bloco cirúrgico que por sua vez atendem suas próprias ocorrências, as unidades pediátricas funcionam com a mesma organização centralizada na Unidade Terapia Intensiva (UTI) pediátrica por suas características específicas. Sendo assim, à distância percorrida pela equipe é a mais variada, dependendo do local de solicitação do atendimento. A equipe que se desloca para o atendimento é composta por 4 pessoas: um enfermeiro, um técnico de enfermagem, o médico contratado do turno e um médico-residente. Esta equipe pode ser maior dependendo do horário de ocorrência, pois esta é uma instituição de ensino.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

As variáveis contínuas foram apresentadas sob forma de média e desvio-padrão, e as categóricas, descritas através de frequência absoluta e relativa. Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS versão 17.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA e foi assinado um termo de compromisso para com a utilização dos dados (ANEXO A).

## RESULTADOS

A amostra estudada consistiu de 211 atendimentos de pacientes em situação de PCR, sendo a maioria do sexo masculino 56,4%, com idade média de  $65,1 \pm 16,8$  anos (2009 -  $65,6 \pm 18,8$  e 2010 -  $64,7 \pm 15,0$ ) e, a faixa etária de maior número de casos, de 60 a 79 anos.

A maioria dos pacientes estava internada nas unidades 6ºN (15,6%) e 7ºN (15,2%), que são unidades clínicas e atendem diversas especialidades.

O turno em que mais ocorreram os chamados foi o da manhã (1º turno), seguidos do que se estabeleceu como a segunda metade da noite (4º turno).

Os meses de maior incidência de PCR foram julho de 2009, junho e agosto de 2010 com 7,1% em cada mês.

Quanto ao número de atendimentos de PCR ocorridos no prazo de coleta da nossa pesquisa, houve pouca diferença entre os dois anos pesquisados (2009 e 2010). Deve-se levar em consideração que no ano 2009 foram registrados os casos a partir do mês de março, por isso não tivemos como comparar fidedignamente a diferença entre estes anos. Demais resultados podem ser vistos na tabela 1.

**Tabela 1 – Características do atendimento PCR**

| Variável                     | n = 211 (%) |
|------------------------------|-------------|
| <b>Sexo Masculino</b>        | 119 (56,4)  |
| <b>Idade</b>                 | 65,1 ± 16,8 |
| <b>Faixa etária (anos)</b>   |             |
| Até 39                       | 9,5         |
| 40-49                        | 7,6         |
| 50-59                        | 5,2         |
| 60-69                        | 21,3        |
| 70-79                        | 24,2        |
| 80-89                        | 17,5        |
| 90 ou +                      | 3,8         |
| <b>Unidade de Internação</b> |             |
| 5° N                         | 13,7        |
| 6° N                         | 15,6        |
| 6° S                         | 7,6         |
| 7° N                         | 15,2        |
| 7° S                         | 9           |
| 8° N                         | 5,7         |
| 9° N                         | 9           |
| Outras UI                    | 24,2        |
| <b>Turno de ocorrência</b>   |             |
| 1° (07  □□□13h)              | 64 (30,3)   |
| 2° (13  □□□19h)              | 44 (20,9)   |
| 3° (19  □□□01h)              | 47 (22,3)   |
| 4° (01  □□□07h)              | 56 (26,5)   |
| <b>PCR/Ano</b>               |             |
| 2009                         | 96 (45,5)   |
| 2010                         | 115 (54,5)  |

Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão

Variáveis categóricas expressas como frequências

**Fonte:** Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS).

Durante o período analisado apenas 73,9% (156) dos chamados eram casos de PCR.

Na avaliação de causa de PCR, a mais freqüente foi hipóxia (28,4%), as causas desconhecidas foram de 20,9% e as sem registro de 19,0%. E em 40,8% dos casos, o ritmo cardíaco foi a assistolia. Entre as situações de emergência, onde a equipe de SAV foi acionada, a parada respiratória foi a causa principal (12,8%).

A maioria das situações de PCR foi testemunhada (72,5%) agilizando assim a constatação e o início das manobras de RCP. As RCP com sucesso foram de 56,4%, ou seja, os pacientes foram encaminhados ao CTI adulto.

O perfil do atendimento de PCR é apresentado na tabela 2.

**Tabela 2 – Perfil do atendimento de PCR**

| Variável  | N=211 (%)  |
|---|------------|
| <b>Situação de atendimento</b>                    |            |
| Parada Cardiorrespiratória (PCR)                  | 156 (73,9) |
| Parada Respiratória                               | 27 (12,8)  |
| Baixo Débito                                      | 10 (4,7)   |
| Outros  | 18 (8,5)   |
| <b>Causas de PCR</b>                              |            |
| Hipóxia   | 78 (37,2)  |
| Choque  | 25 (12,0)  |
| Alterações Metabólicas                            | 23 (10,9)  |
| Desconhecidas                                     | 44 (20,9)  |
| Sem registro                                      | 41 (19,0)  |
| <b>Ritmo de PCR</b>                               |            |
| Assistolia  | 91 (43,2)  |
| Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP)               | 56 (26,5)  |
| Fibrilação Ventricular (FV)                       | 8 (3,8)    |
| Sem registro                                      | 1 (0,5)    |
| <b>PCR Testemunhada</b>                           | 153 (72,5) |
| <b>Instituição de medidas básicas (SBV)</b>       | 175 (83,4) |
| <b>Intubação</b>                                  | 165 (78,2) |
| <b>Desfibrilação</b>                              | 37 (17,5)  |
| Nº choques  | 2,11 ±1,3  |
| <b>Tempo PCR (min)</b>                            | 14:25±10:1 |
| (Mínimo e máximo)                                 | (1 - 55)   |
| <b>Tempo Deslocamento (min)</b>                   | 1:44 ±0:53 |
| <b>Recuperação Cardiopulmonar (RCP) c/sucesso</b> | 119 (56,4) |

Variáveis contínuas expressas como média ± desvio padrão

Variáveis categóricas expressas como frequências

**Fonte:** Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre (RS).

As drogas mais utilizadas na RCP estão descritas na tabela 3.

**Tabela 3 – Drogas usados na RCP**

| Droga                | N=156 | %    |
|----------------------|-------|------|
| Adrenalina           | 146   | 93,6 |
| Atropina             | 112   | 71,8 |
| Bicarbonato de sódio | 39    | 25,0 |
| Amiodarona           | 16    | 10,2 |
| Glicose 50%          | 5     | 3,2  |
| Sulfato de magnésio  | 2     | 1,3  |
| Gluconato de Cálcio  | 29    | 18,6 |

**Fonte:** Pesquisa direta: próprios autores. Porto Alegre -RS, (2009/2010).



## DISCUSSÃO

Nossos dados condizem com os encontrados na literatura onde o índice de PCR é maior em homens, conforme estudo de Timerman et al. (61,6%), Bartholomay et al. (60%) e Gomes et al. (54,87%)(TIMERMAN et al., 2001; BARTHOLOMAY et al., 2003; GOMES et al., 2005).

Estudo realizado em São Paulo (Cavalcante e Lopes, 2005) mostrou que a idade média dos pacientes atendidos em PCR foi de 64,5 anos com mínimo de 19 e máximo de 93 anos. A faixa etária mais acometida pela situação em estudo foi dos 66 aos 70 anos (30%)(CAVALCANTE; LOPES, 2005). Estes dados mostram índices semelhantes aos de nosso estudo, onde as idades variaram de 15 a 98 anos, porém nossa faixa de maior incidência foi entre 70 e 79 anos.

A PCR é um evento observado com maior frequência nas áreas intra-hospitalares consideradas críticas como: unidades de emergência, unidade de terapia intensiva, unidade coronariana e salas cirúrgicas. Porém, há um crescente aumento na frequência de ocorrência em áreas não críticas. Este fato mostra a necessidade de mudança de enfoque: todos os enfermeiros e equipe de enfermagem devem estar preparados para atender esta situação emergencial, conforme coloca Bellan (2006). Nosso estudo mostra que o SBV foi iniciado em 83,4 % (175) dos atendimentos. As equipes da saúde devem ser orientadas e treinadas para que tenham condições de reconhecer uma situação emergencial, e iniciar o SBV com efetividade, aptidão e segurança. Cabe salientar que o número de PCR real foi de 156 casos.

Em pesquisa realizada por Willich et al. (1992), em 4 cidades e vilas de Massachusetts, foi detectado que o maior número de atendimentos às pessoas em PCR se deu no período compreendido entre às 8 e 12 horas. Esses autores verificam que existe maior risco de uma pessoa ter uma PCR até três horas após o despertar do que nas outras horas do dia (WILLICH, 1992). Este fato também foi observado em nosso estudo onde 30,3% dos atendimentos ocorreram entre 7 e 13h, seguido da segunda metade da noite (1 às 7 h) com 26,5% dos atendimentos.

Como em nossa pesquisa, a literatura mostra como causa determinante imediata da PCR as causas respiratórias (43,33%), seguida pela desconhecida (16,66%) (CAVALCANTE; LOPES, 2005). Já a hipotensão aparece como causa principal no estudo de Di Bari (2000) que avaliou uma unidade geriátrica (DI BARI, 2000). O ritmo cardíaco identificado com maior frequência pelos autores Timerman et al. (2001), Bartholomay et al.(2003) e Gomes et al.(2005), assim como pelo nosso estudo, foi a assistolia (TIMERMAN et al., 2001;

BARTHOLOMAY et al., 2003; GOMES et al., 2005). Deve-se levar em consideração que nas UI não há como monitorizar o ritmo cardíaco e este só é visualizado com a chegada do SAV. É provável que outros ritmos de PCR tenham ocorrido, porém evoluído para assistolia antes mesmo da chegada SAV. Poucos foram os registros de Fibrilação Ventricular (FV) e nenhum registro de Taquicardia Ventricular (TV) foi observado em nosso estudo. Entretanto em outro estudo, 68% dos casos foram de FV ou TV como ritmo inicial (ANDREÁSSON et al., 1998). Já na amostra prospectiva de 600 pacientes, realizada por Cooper et al. (1997), (COOPER, 1997); a atividade elétrica sem pulso (AESP) foi o ritmo inicial encontrado em 48% dos casos. Provavelmente, as diferentes características dos hospitais, locais de internações (área fechada ou unidade aberta), bem como o tipo da população, e as comorbidades encontradas nos pacientes internados são as responsáveis pelos diferentes achados em relação ao ritmo inicial da parada cardiorrespiratória (CAVALCANTE; LOPES, 2005).

Estudos atuais indicam que a sobrevivência a PCR em hospitais depende, na maioria das vezes, da resposta imediata. Como na maioria das situações o diagnóstico de PCR é feito pela equipe de enfermagem, pela proximidade da mesma ao paciente, a ela compete iniciar SBV (massagem, ventilação, além de providenciar o oxigênio, o carro de emergência, punção venosa de grosso calibre, preparar medicação em ordem de prioridade (adrenalina, atropina, amiodarona, etc.), monitorização cardíaca e oxímetro de pulso. Enfim, qualquer pessoa da equipe que constate a PCR tem por obrigação iniciar as manobras SBV e solicitar por ajuda até a chegada do SAV (ARAÚJO; ARAÚJO, 2003; MARSCH et al, 2004; UENISHI, 2005; GUIMARÃES; LOPES, 2005).

De acordo com estudo realizado em Botucatu, o tempo da PCR até a desfibrilação é um determinante importante de sobrevivência, e só mantém-se a função cerebral preservada quando atendida em pouco tempo. A sobrevivência elevou-se a 74%, quando o evento foi assistido e o primeiro choque liberado em 3 minutos ou menos. Sendo assim, a desfibrilação precoce é o elo mais importante para melhorar a sobrevivência na PCR intra ou extra-hospitalar (PALHARES, 2008). No hospital (HCPA) onde este estudo ocorreu, a desfibrilação só é realizada após indicação médica, mesmo sendo a enfermeira treinada e apta a realizar este procedimento.

No Brasil, ocorrem 820 mortes prematuras por dia por alguma enfermidade cardiovascular. Apesar dos grandes avanços tecnológicos, os pacientes só têm mortalidade reduzida quando conseguem ter acesso rápido e tratamento adequado pelo SAV (GOMES et al., 2005).

Segundo outro estudo estimou-se o tempo de 1 minuto entre a chamada e o início do atendimento básico e, uma média de 1 minuto e 13 segundos entre o início das manobras de RCP e a chegada da equipe SAV (PALHARES, 2008). Tempo comparável com o encontrado em nosso estudo, mesmo com a longa distância a ser percorrida em alguns atendimentos.

O intervalo médio de tempo entre a detecção de inconsciência e o início das manobras básicas e avançadas, em uma pesquisa realizada em um hospital geral, foi de 1 e 2:30 minutos, respectivamente (BARTHOLOMAY et al., 2003).

O tempo de deslocamento teve média aproximada comparada a da literatura levando em consideração as diversas áreas atendidas pela equipe de atendimento avançado.

Observamos, em nosso estudo, que em apenas 83,4% dos casos é iniciado o atendimento básico. A equipe local deve ser orientada, preparada e estimulada a atender 100% desses casos.

Podemos salientar que a reversão da PCR depende ainda de fatores como: condição clínica do paciente antes do evento, as causas que determinaram a PCR, uniformidade e perfeição das manobras aplicadas envolvendo equipes devidamente treinadas no atendimento, tanto no SBV como também no SAV, do tempo decorrido entre a PCR e a realização das manobras, da continuidade e qualidade da assistência prestada na esfera intra-hospitalar (GOMES, 2005). A RCP é freqüentemente realizada em situações estressantes e os reanimadores, muitas vezes, não têm ciência da condição de doença crônica em fase final iniciando as manobras de reanimação quando estas deveriam ser melhor consideradas (ROBERTS et al., 2000). Por isso, a constante atualização destes profissionais da enfermagem é necessária, pois desenvolvem com a equipe médica habilidades para atuar em situações inesperadas de forma objetiva e sincrônica na qual estão inseridos. A ciência da reanimação continua evoluindo rapidamente. A American Heart Association (AHA) é um dos órgãos que está em constante pesquisa e informa os profissionais da saúde sobre diretrizes de atendimento (AHA, 2005). As complicações da RCP mais freqüentes são: síndrome de angústia respiratória; distúrbios em múltiplos órgãos e comprometimento neurológico com lesão neurológica (BRUNNER; NETTINA, 2003).

## CONCLUSÃO

Na avaliação dos registros observamos que os chamados são para atendimento de PCR e outras situações emergenciais, e que o suporte básico de vida não é instituído em 100% das ocorrências. Percebem-se falhas nos registros, seja por ausência de informação ou inadequação da ficha.

Deixamos como sugestão a alteração na formulação da ficha de atendimento bem como a melhoria na realização dos registros, treinamento com equipe de saúde local para alcançar 100% do atendimento de SBV, melhorar a avaliação do paciente, minimizando as chamadas inadequadas,.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, **Circulation**, v.112(Suppl24), p.IV1-203, 2005.

ANDREÁSSON A, et al. Characteristics and outcomes among patients with a suspect in-hospital cardiac arrest. **Resuscitation**, v.39, p. 23- 31, 1998.

ARAÚJO IEM, ARAÚJO S. Ressuscitação cardiorrespiratória. In: CINTRA, EA; NISHIDE, VM; NUNES, WA. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo, p. 323-41, 2003.

BARTHOLOMAY, E et al. Impact of cerebral cardiopulmonary resuscitation maneuvers in a general hospital: prognostic factors and outcomes. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 81, n. 2, Aug. 2003.

BELLAN, M.C. Capacitação do Enfermeiro para o Atendimento á parada cardiorrespiratória. São Paulo: Campinas, 2006.

BRUNNER; NETTINA, SM. Distúrbios cardíacos In: **Práticas em enfermagem**. 7.ed. Rio de Janeiro (RS): Guanabara Koogan, v 1: p 350, 2003.

CAVALCANTE, TMC; LOPES, RS. O atendimento á parada cardiorrespiratória em unidade coronariana segundo o Protocolo Utstein. **Acta Paul enferm**, São Paulo, v 19 n 1: p 7 – 15, mar. 2006.

COPPER, S et al. Predicting survival, in-hospital cardiac arrest: resuscitation survival variables and training effectiveness. **Resuscitation**, v.33, p. 17-21, 1997.

CUMMINS, RO et al. Hospital Resuscitation – A statement for healthcare professionals from the American Heart association Emergency Cardiac Committee and the Advanced Cardiac life support, Basic life Support, and Program Administration Subcommittees. **Circulation**, v.95, p.2211-2212, 1997.

DI BARI, M et al. Cardiopulmonary resuscitation o folder, in hospital patients: immediate efficacy and long-term outcome. **Crit Care Med**. v. 28, n. 7, p. 2320-5, 2000.

DUARTE, RN; FONSECA, AJ. Diagnóstico e tratamento de parada cardiorrespiratória: **avaliação do conhecimento teórico de médicos em hospital geral**. RBTI, v 22, n.2, p 153-158, 2010.

GOMES, AM DE CG et al. Fatores prognósticos de sobrevida pós- reanimação cardiorrespiratória cerebral em hospital geral. **Arq Bras Cardiol** São Paulo, v 85, n 4, out. 2005.

GUIMARÃES, HP et al. Suporte Básico de Vida. In: GUIMARÃES, HP; LOPES, RD; LOPES, AC (Eds). **Parada Cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, p 7-37, 2005.

MARSCH, SCU et al. Human factors affect the quality of cardiopulmonary resuscitation in simulated cardiac arrests. **Resuscitation**. v.60, n. 1, p. 51-56, 2004.

PALHARES, VC. Avaliação e capacitação da equipe de enfermagem para o atendimento da parada cardiorespiratória em uma unidade de terapia intensiva de um pronto Socorro. **Bvs (bases birene)**. Botucatu, SP. p.136, 2008.

ROBERTS et al. Adult and pediatric CPR: attitudes and expectations of health professionals and laypersons. **Am J Emerg Med** 2000, v.18, p.465-8.

TIMERMAN, A et al. Fatores Prognósticos dos Resultados de Ressuscitação Cardiopulmonar em um Hospital de Cardiologia. **Arq Bras cardiol**, São Paulo, v 78 n 6, jun. 2002.

UENISHI, E.K. Enfermagem Médica-Cirúrgica em Unidade de Terapia Intensiva, 5.ed. rev. e amp. São Paulo: SENAC, p 144-146, 2005.

VANHEUSDEN, LMS et al. Conceito fase- dependente na ressuscitação cardiopulmonar. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v 20 n 1 fev. 2007.

WILLICH, SN, et al. Increased onset of sudden cardiac death in the first three hours after awakening. **Am J Cardiol**, v.70, p. 65- 68, 1992.

WORSTMAN et al. **Assistência ao Paciente Gravemente Enfermo**. São Paulo: (s.e.), 2005.

ZANINI, J; NASCIMENTO, ERP; BARRA, DCC. Parada e reanimação cardiorrespiratória: conhecimentos da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **RBTI**, v.18, n.2, p.143-147, jun. 2006.



**Anexo B - REGISTROS DE ATENDIMENTO DO CTI DE PCR EXTERNAS**

Nome completo do paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Sexo: 1. ( ) M 2. ( ) F Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local de atendimento da PCR: \_\_\_\_\_

Horário da ocorrência: \_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Parada Cardiorespiratoria? 1.( ) Sim 2. ( ) Não

Outra situação de emergência:

1. ( ) Parada respiratória 2. ( ) Baixo débito 3. ( ) Arritmia 4. ( ) Outra

PCR testemunhada? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Iniciadas manobras básicas pela equipe do andar?: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Intubação? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Ritmo da PCR na chegada do Suporte Avançado:

1. ( ) Assistolia 2. AESP 3. ( ) FV 4. ( ) TV

Realizada desfibrilação? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não N° de choques: \_\_\_\_\_

Drogas utilizadas:

1. ( ) Adrenalina 2. ( ) Atropina 3. ( ) Dobutamina 4. ( ) Lidocaína

5. ( ) Outras \_\_\_\_\_

Causa provável da PCR: \_\_\_\_\_

Reanimado com sucesso? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Tempo de PCR: \_\_\_\_\_ minutos

Tempo de deslocamento do CTI até local de atendimento: \_\_\_ min e \_\_\_ seg

Enfermeiro responsável pelo preenchimento

\_\_\_\_\_