

NORMA TÉCNICA PARA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PEDIÁTRICA

STANDARD TECHNIQUE FOR NURSING INTERVENTION IN PEDIATRIC CARDIAC ARREST

MICHELI PEREIRA ZAFFARI GIURIATTI¹, ROSANA AMORA ASCARI^{2*}, LUCINÉIA FERRAZ³, MARILUCI NEISS⁴

1. Enfermeira do Hospital da Criança – Augusta Muller Bohner na Cidade de Chapecó – SC. Aluna de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Comunitária Regional de Chapecó (UNOCHAPECÓ); 2. Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da UNOCHAPECÓ e UDESC. 4. Enfermeira do Hospital da Criança – Augusta Muller Bohner na cidade de Chapecó - SC. Pós Graduada em Enfermagem do Trabalho.

* Rua Quatorze de Agosto, 807 E, Apto 301, Presidente Médice, Chapecó, Santa Catarina, Brasil. CEP: 898001-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 24/02/2014. Aceito para publicação em 27/02/2014

RESUMO

O objetivo deste estudo foi desenvolver uma norma técnica para intervenção de enfermagem em parada cardiorrespiratória pediátrica. Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa, realizada a partir de entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais da unidade de pronto socorro do Hospital Augusta Muller Bohner da cidade de Chapecó. Através da análise de conteúdo foi possível identificar quatro categorias: Capacitação, Etapas da assistência na parada cardiorrespiratória pediátrica, Drogas utilizadas na parada cardiorrespiratória pediátrica e Padronização da intervenção. O estudo possibilitou o desenvolvimento de uma proposta de normas técnicas para a intervenção de enfermagem em parada cardiorrespiratória pediátrica a partir de 29 dias de vida da criança. A proposta foi apreciada pela instituição que após parecer favorável a sua implantação, organizou cronograma de treinamento aos profissionais das equipes de pronto socorro, agregando novo tema ao calendário de educação permanente da instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Parada cardiorrespiratória pediátrica, normatização da assistência de enfermagem, gerenciamento de segurança, administração de serviços de saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to develop a technical standard for nursing intervention in pediatric cardiopulmonary arrest. This is an intervention research with qualitative approach, made from semi-structured interviews with professionals of unit emergency department of Hospital Augusta Muller Bohner city Chapecó. Through content analysis was possible to identify four categories: Training, Stages of care in pediatric cardiopulmonary arrest, Drugs used in pediatric cardiopulmonary arrest and Standardization of intervention. The study enabled the development of a proposed techniques for nursing inter-

vention in pediatric cardiopulmonary arrest from 29 days of a child's life standards. The proposal was considered by the institution to assent to its deployment, organized training schedule to professional teams first aid, adding new theme to the calendar of continuing education institution.

KEYWORDS: Pediatric cardiopulmonary resuscitation, standardization of nursing care, safety management, health services administration.

1. INTRODUÇÃO

Entre as diversas áreas de atuação da Enfermagem, há a pediatria em que o profissional da enfermagem atua diante de diferentes patologias e situações, dentre estas está a parada cardiorrespiratória (PCR), sendo esta uma situação de grande estresse em virtude do risco eminente de óbito e a diversidade de condutas frente a parada cardiorrespiratória pelos diversos profissionais de saúde. Isso por que cada profissional de saúde vem de uma escola com metodologia própria.

Em se tratando de uma intervenção pediátrica na parada cardiorrespiratória, a lacuna de conhecimentos acaba por se ampliar.

A PCR é definida como a cessação da atividade mecânica cardíaca clinicamente detectável. Caracteriza-se por falta de resposta, apneia e ausência de pulso centrais detectáveis. Em lactantes e crianças, a maioria das PCR resulta em insuficiência respiratória progressiva ou choque ou de ambos. Menos comumente, podem ocorrer sem aviso prévio ou secundariamente a uma arritmia¹.

Em crianças, a incidência, a etiologia precisa e a evolução da parada cardíaca e da ressuscitação são difíceis de averiguar, por que a maioria dos relatos contém

um número insuficiente de pacientes, ou definições inconsistentes que impedem a generalização das conclusões, bem como as causas de parada cardiorrespiratórias pediátricas são heterogêneas, não possuindo um padrão que sirva de estereótipo para a pesquisa².

A PCR é uma das situações de emergência mais temidas pelos profissionais de saúde, por que exige a tomada rápida e segura de decisões a fim de evitar morte e seqüelas que interfiram na sobre vida dessas crianças, desse modo ter claro a definição de PCR é importante.

Diante da complexidade da intervenção em PCR, organizar, padronizar e treinar o atendimento a estas vítimas, torna-se essencial para agilizar a prestação do serviço resultando num serviço de qualidade aumentando as chances de sobre vida.

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver uma norma técnica para intervenção de enfermagem em parada cardiorrespiratória pediátrica.

Os cuidados padronizados são diretrizes detalhadas que representam o atendimento previsível, indicado para situações específicas o que irão impulsionar as organizações para o desenvolvimento da melhoria de seus processos e resultados³.

Visando uma padronização acerca da intervenção de enfermagem frente a parada cardiorrespiratória pediátrica bem como que a instituição possui de forma documentado todos seus procedimentos operacionais padrão foi elaborado uma Norma Técnica em RCP que norteie a assistência de enfermagem qualificando o atendimento prestado no Hospital Augusta Muller Bohnner bem como o mesmo será utilizado para todas entidades administrada para Associação Lenoir Vargas Ferreira.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com abordagem qualitativa. Dividida em 4 etapas que são elas Investigação, escolha da amostra ligado ao objeto de estudo, processamento de informações, inferência e compreensão.

Na etapa I – Investigação, onde foi realizado aprofundamento sobre a temática intervenção de enfermagem em PCR ocorrida durante toda a pesquisa;

Na etapa II – A amostra da pesquisa-intervenção foi composta por enfermeiros e médicos atuantes no pronto atendimento de um hospital pediátrico no oeste catarinense.

Na etapa III – Foram entrevistados os 4 enfermeiros e 8 médicos pediatra inseridos no pronto socorro hospitalar para a identificação da intervenção de enfermagem e médica na PCR pediátrica e construção de uma norma técnica de intervenção em PCR. A escolha destes profissionais ocorreu pois é no pronto socorro que ocorrem o maior número destas intercorrências e também por que são estes pediatras que atendem emergências ocorridas em todas as alas do hospital.

Neste processo foi descrito pelos entrevistados condutas normas a serem seguidas, no atendimento a fim de chegar a um consenso para atuação padrão em PCR.

Na etapa IV – Momento em que foi realizada a inferência e compreensão dos dados identificados para a construção da norma técnica de enfermagem em PCR pediátrica.

O processo investigativo-interventivo caracterizou-se por pesquisas bibliográficas, observação, inserção direta na rotina do serviço. Este processo de construção coletiva ocorreu através de um instrumento de coleta de dados onde cada participante descreveu as etapas da intervenção na PCR pediátrica.

Após foi elaborado a norma técnica (NT) para intervenção na PCR pediátrica, esta foi encaminhada ao diretor do corpo clínico, para a coordenação médica dos médicos plantonistas da emergência, e para a coordenação de enfermagem do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner no município de Chapecó – SC para validação interna.

Salienta-se que o modelo para a construção da norma técnica seguiu o formulário desenvolvido e implantado na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste (HRO) em Chapecó/SC⁴.

Para análise dos dados e processamento de matérias inicialmente foi realizado releitura de registro e anotações e ao final foram cruzados com as demais informações obtidas, em seguida foi realizado análise das respostas das entrevistas semiestruturadas posteriormente agrupadas por semelhança de respostas. E por fim a inferência e compreensão onde foi concluído o raciocínio da pesquisa bem como procurado responder o objeto de pesquisa.

Os dados coletados constituíram a fonte primária para a interpretação das informações, sendo baseado nos relatos escritos dos entrevistados. Sendo analisadas pelo método de Análise de Conteúdo.

As informações coletados foram ordenados, classificados e analisados com o método de Análise de Conteúdo que para Minayo (2004)⁵, permite analisar um feixe de relações e pode ser apresentada através de uma palavra, frase ou resumo.

A pesquisa realizada no período de 20 de abril a 05 de maio de 2013 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNOCHAPECÓ sob parecer substanciado n. 002/CEP/2013 de 20 de março de 2013, nas dependências do Hospital da Criança Augusta Muller Bohner no município de Chapecó – SC, em diferentes horários, de acordo com o turno de trabalho das equipes do pronto socorro.

3. RESULTADOS

Para a realização deste estudo foram entrevistados onze profissionais, sendo três enfermeiros e oito médicos.

Dessa maneira surgiram quatro categorias, sendo elas: Capacitação; Etapas da assistência na parada cardiorrespiratória pediátrica; Drogas utilizadas na parada cardiorrespiratória pediátrica e Padronização da intervenção.

Capacitação

Os participantes da pesquisa foram questionados se realizaram algum tipo de capacitação em suporte avançado a vida. Um dos profissionais médicos não respondeu a questão, os outros sete responderam que sim, em período máximo de dez anos e mínimo de dois anos. Nenhum dos profissionais enfermeiros realizou este tipo de capacitação.

O treinamento para profissionais da saúde de SAVP tem como objetivo padronizar as definições, melhorar o reconhecimento, o tratamento e a evolução das crianças gravemente doentes ou feridas¹.

Neste contexto os programas de capacitação que existem são destinados aos profissionais médicos, enfermeiros e paramédicos. Os cursos oferecidos no Brasil em SBV e SAV hoje, sob a permissão da *American Heart Association*, proporcionam o conhecimento com tecnologia adequada e certificação da atuação dos profissionais e possuem validação por dois anos, porém, muitas vezes, está fora das possibilidades financeiras dos interessados⁶.

Etapas da assistência na parada cardiorrespiratória pediátrica

Diz respeito as etapas em que os participantes descrevem como seguem para prestar assistência durante a parada cardiorrespiratória pediátrica. Todos profissionais médicos e a maioria dos profissionais enfermeiros responderam que as primeiramente devem se garantir vias aéreas pérvias, seguido de garantir a oferta de oxigênio, sendo por máscara ou tubo endotraqueal, posteriormente a massagem cardíaca e o uso de drogas. Alguns sugerem a massagem cardíaca antes da intubação. Um dos profissionais médicos citou antes de tudo, a avaliação dos sinais vitais, saturação periférica do oxigênio e realização do hemoglicoteste.

Um dos profissionais enfermeiros respondeu que inicialmente devem ser avaliados sinais vitais, posteriormente chamar ajuda e em seguida iniciar a massagem cardíaca, depois chamar o médico plantonista e auxiliá-lo na intubação.

Algumas das respostas dadas pelos participantes do estudo:

“1-Providenciar vias aéreas pérvias, incluindo aspiração; 2-Fornecer oxigênio; 3-Executar manobras de restabelecimento da circulação, incluindo massagem cardíaca; 4-Infusão de fluidos.” [Entrevistado 1]

“1ª avaliação inicial com sinais vitais, saturação e hgt; 2ª avaliação frequência cardíaca e respiratória e conforme

valor oferecer oxigênio com máscara; 3º caso não efetivo, iniciar oxigênio para ambu; 4ª avaliação frequência cardíaca e massagem cardíaca se bradicardia efetiva. Drogas podem ser utilizadas conforme situação e não efetivação das medidas passos se encaminham com 30 minutos.” [Entrevistado 3]

“ABC, avaliar permeabilidade das vias aéreas rapidamente, ventilação positiva com ambu mais oxigênio, massagem cardíaca ao mesmo tempo, em seguida entubação orotraqueal.” [Entrevistado 4]

Preocupar-se com a qualidade da RCP, coordenar o início e assegurar o desempenho de uma RCP de alta qualidade, são princípios fundamentais ao líder de equipe (enfermeiro)¹.

Segundo os destaques das diretrizes da AHA, a principal mudança do consenso de 2010 foi:²

A alteração de A –B- C, para C-A-B e aplicável a crianças e bebês a partir de 25 dias de vida, não gastar mais do que 10 segundo para verificação de sinais de PCR, processo ver ouvir e sentir foi removido do algoritmo, os socorristas devem iniciar a RCP com 15 compressões adequadas profundas permitindo retorno total do tórax para após 2 ventilações sistema aplicável em suporte de vida avançado.

As alterações contidas nessa nova diretriz visam solucionar algumas questões levantadas nos estudos publicados nas diretrizes anteriores, onde entre outros pontos, destacam-se: a qualidade das compressões⁷.

Drogas utilizadas na parada cardiorrespiratória pediátrica

Em relação as drogas utilizadas, foram citadas: adrenalina, bicarbonato de sódio, atropina, midazolam, dopamina, antiarrítmicos, gluconato de cálcio, adenosina e glicose 50%. O único expansor de volume lembrado foi o soro fisiológico.

As principais drogas preconizadas para utilização na RCP são Epinefrina, Lidocaína, Atropina, Bicarbonato de Sódio, Glicose, Gluconato de Cálcio, noradrenalina, dopamina².

Quando os participantes do estudo foram indagados como essas medicações eram administradas, obtivemos como resposta o puro e o diluído.

“Alguns são puros outros diluídos” [Entrevistado 7]

“Diluídos” [Entrevistado 5]

Quanto a diluição de medicamentos tratando se de crianças todo cuidado é pouco, também as doses variam dependendo da via de administração das drogas, via IV (algumas puras outras diluídas, ou ET puras seguidas de 5 ml de soro para lavagem do tubo⁸.

Observando que a diversidade na conduta médica, gerando dúvida e incerteza aos demais profissionais que irão administrar as medicações na emergência, foi ela-

borado um documento por um médico pediatra baseado nas preconizações indicações das medicações², contendo as medicações utilizadas em emergências pré-calculadas dosagem por KG diluição e dose de aplicação, auxiliando tanto para os médicos como orientando a pessoa responsável pelas medicações.

Padronização na intervenção

Todos os participantes responderam que não existe. Sobre o motivo de não existir essa padronização, foram citadas a falta de um evento para construção desse protocolo, o fato de que cada profissional age de um jeito, a falta de interação da equipe e mudança dos protocolos serem frequentes.

A padronização das condutas na RCP ajuda na adoção de linguagem única dos profissionais de saúde para executar as manobras com eficácia⁹.

Sendo que a carência de uniformidade entre os serviços médicos de emergência levam a uma considerável variação na sobrevivência à PCR^{2,7}.

Em seguida apresenta-se proposta elaborada de Procedimento Operacional Padrão em PCRP (a partir de 29 dias) encaminhado aos dirigentes técnicos para revisão e validação dos responsáveis técnicos de Enfermagem e Médica. Sendo que após a validação serão treinadas todas as equipes de enfermagem com data já estabelecida no calendário de educação permanente, e após será programado treinamento entre a equipe multidisciplinar para acertar as condutas e integrar as equipes a realizar a RCP, de forma mais harmoniosa.

 <p>HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER BOHNER SSOCAÇÃO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA</p>	<p>POP: DE. HC. 09 Setor: Hospital da Criança Revisão: 01 Data da Revisão: ---/---/-----</p>
---	--

Título: Rotina de Enfermagem na Parada Cardiorrespiratória Pediátrica (a partir de 29 dias).

Objetivo: Padronizar e organizar o atendimento em PCR pediátrico, de forma a prestar um serviço de qualidade e agilidade, aumentando a chance de sucesso das manobras de ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).

Equipamento: não aplicável

Materiais:

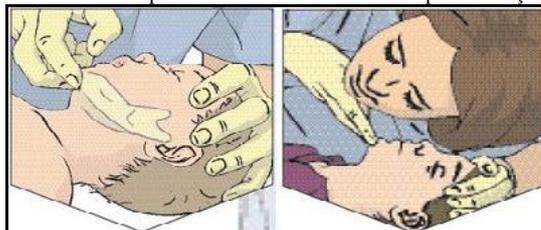
- Carro de emergência;
- Aspirador portátil ou a vácuo;
- Ressuscitador manual pediátrico;
- Cilindro O₂ ou O₂ central;
- Látex;
- Compressas;
- Gel;

- Desfibrilador;
- Lâminas de laringoscópio; Nº 01 ao 05;
- Cabo de laringoscópio (com pilhas);
- Monitor de oximetria;
- Biombo;
- Luva de procedimento.

Descrição do procedimento:

CONSTATAR A PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA:

- Sem respiração ou respiração anormal (gasping);
- Ausência de pulso femoral e carotídeo ou bradicardia severa menor 60 bpm;
- Solicitar ajuda da equipe através da campainha (conforme fluxograma);
- Levar a criança imediatamente para a sala de emergência, ou iniciar o atendimento no leito;
- Solicitar a comunicação a enfermeira responsável ao médico plantonista e ao médico assistente;
- Solicitar carro de emergência e desfibrilador;
- Conduzir o carro de emergência até o leito e os demais materiais necessários;
- Acomodar a criança em superfície rígida em posição horizontal com inclinação da cabeça para trás elevação do mento (se suspeita de trauma anteriorização da mandíbula);
- Realizar C A B primário;
 - Calçar luvas de procedimento;
 - Sentir pulso palpável (artéria de grosso calibre carótida ou femoral) em 10 segundos para constatar pulso;
 - Olhar dentro da boca antes de aplicar ventilação;
 - Observar a existência de qualquer corpo estranho que possa estar obstruindo as vias aéreas superiores, se houver, remover corpo estranho ou se necessários aspirar secreções;



Fonte: SOS VIDA

CAB:

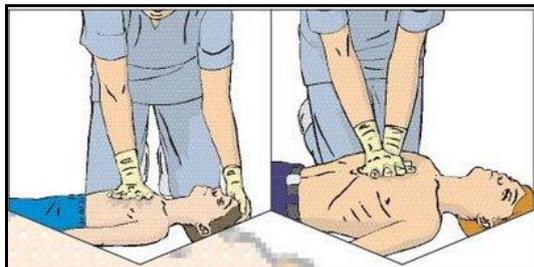
- C – 15 compressões, após A - abrir via aérea com inclinação da cabeça/ elevação do mento anteriorização da mandíbula
- B- Boa ventilação. Se estiver respirando coloque em posição de recuperação, se não fazer duas ventilação de modo que o tórax se expanda (em média 1 segundo cada). Após inicie imediatamente as compressões.
- Iniciar monitoração;

A MASSAGEM CARDÍACA:

- Posicionar o calcanhar de uma mão com a segunda mão por cima (para maiores de 1 ano) sobre a metade inferior do esterno, três a quatro dedos acima do apêndice xifoide em direção a cabeça do criança; pode também ser realizada com apenas o calcanhar de uma das mãos como preferir;
- Para menores de um ano a técnica basicamente é a mesma, porém a massagem não se faz com o calcanhar das mãos, e sim com 2 dedos (2º e 3º dedo), mantém se localização e profundidade;
- Comprimir rapidamente e com força de modo com que o tórax aprofunde aproximadamente de 4 a 5 cm em sentido a coluna vertebral;
- Fazer mínimo de 100 compressões por minuto, de for regular evitando ou interrompendo o mínimo possível;

- Alterar as pessoas que aplicam a massagem a cada 2 minutos;

PARA MAIORES DE UM ANO



Fonte: SOS VIDA

PARA MENORES DE UM ANO



Fonte: SOS VIDA

- Ventilar criança com ressuscitador manual (já montando conforme comentário item 2 de comentários) observando a expansão torácica;
- Realizar 15 compressões para 2 ventilações para 2 socorristas;
- Avaliar a cada 5 ciclos ou (ou aproximadamente a 2 minutos) a criança observando pulso e pupilas;
- Garantir acesso venoso para infusão de medicação ao comando médico;
- Manter manobras até que a criança apresente sinais vitais ou ao comando médico para cessar;
- Disponibilizar durante as manobras de reanimação, as medicações e todo material para intubação orotraqueal;
 - Tubo orotraqueal (TOT) – conforme tamanho solicitado a critério com ou sem cuff (se sim testado);
 - Laringoscópio testado com lâminas compatíveis ao tamanho do paciente ou conforme solicitação médica;
 - Fixações para tubo;
 - Seringas se necessário;
 - Fio guia, para auxílio;
 - Estetoscópio para ausculta e aferição de efetividade de entubação;
 - Luvas estéreis para o médico;
- Auxiliar médico na entubação, posicionamento da cabeça, tração mandíbula, prover materiais necessários;
- Dispor de compressas estéreis á mãos caso seja necessário para entubação ou re-entubação, procurando não contaminar o tubo;
- Alcançar a cânula ao médico;
- Aspirar secreção se necessário;
- Conectar o reanimador pulmonar ao TOT;
- Ventilar com a máscara facial do reanimador manual desconectada;
- Ventilar de 06 a 08 segundo (08 a 10 ventilações por minuto), com compressões torácicas contínuas;
- Administra medicações conforme orientação médica, diluído ou puro conforme indicação seguida de PUSH de SF 0,9%, observando também a via se administração uma vez que via TOT são puros seguidos de 5 ml de solução fisiológica, bem como durante a administração das medicações suspender a

massagem temporariamente e após aplicar 5 ventilações com pressão positiva;

- Observar tempo de medicações conforme comentários;
- Auxiliar o médico na conversão conforme ritmo cardíaco, quando ocorre fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, ou indicação médica;
- Solicitar leito na UTI, quando houver critério médico;
- Transferir a criança para a UTI, quando o mesmo estiver intubado e apresentando pulso carotídeo palpável – nunca transferir a criança antes de estabilizá-la;
- Caso as manobras não tenham sucesso e a criança for a óbito, verificar o horário da determinação de parada das manobras de reanimação, que deverá ser definido pelo médico que está atendendo durante o procedimento;
- Em caso de óbito, se houver algum familiar acompanhando o usuário o médico deverá dar a notícia a família/acompanhante;
- Após o término, retirar o material do quarto ou sala de parada, deixando a unidade organizada;
- Lavar as lâminas e laringoscópio com água e sabão, secar com compressa limpa e friccionar álcool a 70° por durante 30 segundo, manter guardado em caixa com tampa, identificar com data, hora e assinatura legível;
- Lavar o ressuscitador manual com água e sabão enxaguar abundantemente em água corrente (face interna e externa),
- Identificar e encaminhar para Central de Materiais Esterilizados para que seja realizada a desinfecção;
- Retirar luvas e lavar as mãos;
- Anotar na folha de gastos os materiais e medicamentos usados.
- Realizar evolução de enfermagem em formulário próprio, registrando o momento (horário) de detecção da PCR, manobras realizadas, profissional médico que atendeu a ocorrência e destino do criança.

Cálculos: não aplicável

Resultado esperado: eficiência no processo.

Comentários:

- Solicitar ao acompanhante que aguarde do lado de fora do quarto, explicando que assim que possível a equipe dará maiores informações;
- Manter as salas equipadas com sistema de aspiração montado, bem como o de O₂ com fluxômetro, umidificador e látex sendo que este deve ser trocado a cada uso ou conforme padronização da SCIRAS;
- O colaborador responsável pela medicação deverá abrir carrinho de emergência, disponibilizar ressuscitador manual (ambú), montado e conectado com extensor de látex ao O₂; deverá também registrar horário de início da reanimação cardiopulmonar, e cronometrar administração de medicação alertando o médico o tempo de administração da última dose de fármaco de 3 a 5 min.;
- A fonte de O₂ ao ressuscitador manual deve estar entre 10 a 12litros/min no sistema bolsa-válvula-máscara, o mesmo permite a concentração de 100% O₂ à criança;
- Cada tentativa de entubação não pode exceder 30 segundos;
- O enfermeiro responsável pelo setor deverá conferir diariamente o carro de emergência.

Responsabilidade: Enfermeiro

Autoridade: Responsável Técnico.

Normas de segurança: Luvas de Procedimento, avental, máscara e óculos se necessário.

Treinamento: leitura do POP, treinamento em equipe, observar a atividade 02 vezes e supervisionar 02 vezes.

Formulários/ documentos relacionados: prontuário, solicitação de

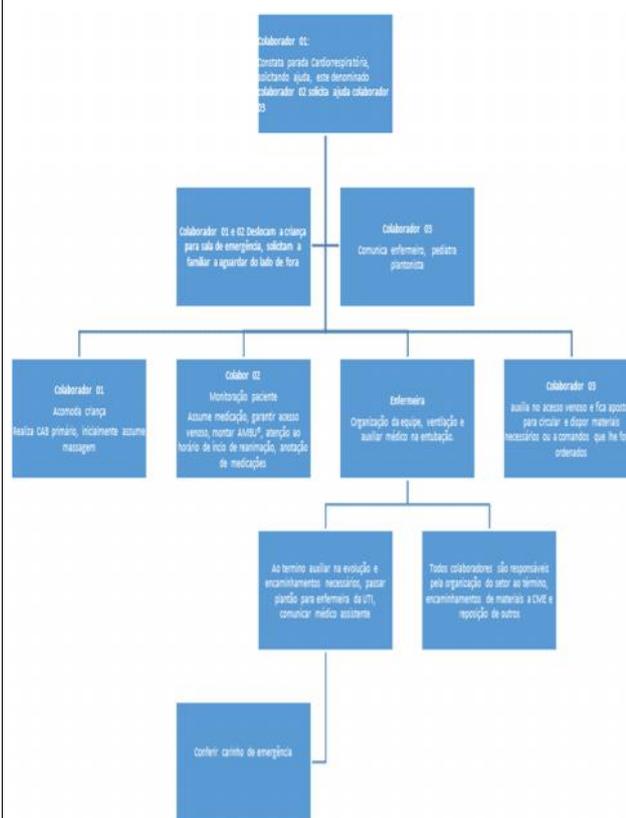
hemoterápicos, folha de controle de hemoderivados.

Documentos referenciados:
 Imagens disponível em:
<http://socorrismo12d.blogspot.com.br/2009/05/reanimacao-cardio-pulmonar-bebes-e.html> data de Acesso: 08/03/2013. às 23hs
<http://socorrismo12d.blogspot.com.br/2009/05/reanimacao-cardio-pulmonar-bebes-e.html> data de acesso : 08/03/2013 às 23hs
<http://socorrismo12d.blogspot.com.br/2009/05/reanimacao-cardio-pulmonar-bebes-e.html> data de Acesso: 08/03/2013 às 23hs
 AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria, livro do profissional da saúde.** Prous Science, São Paulo – SP, Brasil, 2008.
 AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual Para Provedores.** Dallas, 2010.

Controle de registro: não aplicável

Anexos: não aplicável.

Fluxograma: FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM PCR: ORDENAÇÃO DE FUNÇÃO



Data Aprovação:	Data Implementação:
___/___/___	___/___/___

4. CONCLUSÃO

A parada Cardiorrespiratória é uma situação grave e desgastante, em que o paciente necessita de atendimento rápido, sendo fundamental que a equipe esteja preparada para reanimação com êxito. As reflexões neste estudo são resultados de uma vivência em ambiente hospitalar no setor de urgência e emergência, particularmente voltada para atuação de equipes de saúde ao atendimento em PCR, as quais ainda são vistas como eventos isolados e esporádicos, mas que necessitam de um olhar ampliado, em que o processo de trabalho precisa ser discutido.

Diante da complexidade do assunto emerge a necessidade de padronização e treinamento de todas as equipes de forma interdisciplinar para atuar de forma organizada, harmoniosa, com boa liderança bem como agir de forma ágil e precisa para obtenção de sucesso na RCRP.

Durante o transcorrer do trabalho foi encontrado algumas dificuldades, como o tempo limitado dos entrevistados para responder as perguntas, bem como dificuldade de encontrar bibliografias atualizadas sobre o assunto para realização de tal, porém ao longo do processo todos superados.

Ao término deste trabalho conclui-se que o objetivo principal proposto foi alcançado, pois foi apresentada uma proposta de Normatização Técnica para Atuação de Enfermagem em Parada Cardiorrespiratória Pediátrica a partir de 29 dias. A referida proposta foi enviada para aprovação, tendo recebido o parecer extra-oficial favorável à aprovação. Finalmente, e diante da perspectiva de implantação da proposta, a coordenação de Enfermagem do Hospital, já organizou cronograma para treinamento das equipes, com o respectivo agendamento das atividades no calendário de educação permanente do Hospital.

REFERÊNCIAS

- [1] AHA - American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria, livro do profissional da saúde. Prous Science, São Paulo – SP, Brasil, 2008.
- [2] AHA - American Heart Association. Suporte Avançado de Vida em Pediatria. Manual Para Provedores. Dallas, 2010.
- [3] Guerrero GP, Becaria LM, Trevisan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem, nov/dez 2008;3. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 07/11/ 2012.

Elaborado:	Aprova-do/Revisado:	Revisado:	Validado:
— Enfermeira	— Enfermeira Responsável Técnica	— Enfermeira	— Diretor Presidente

- [4] Adamy EK, Brum MLB, Silva OM, Rodrigues OCC, Ascari RA, Zanotelli SS, Zuncowski TT. Procedimentos Operacionais de Enfermagem. 01. ed. Florianópolis/SC: Editora UDESC. 2013; 01:216.
- [5] Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed, São Paulo: Hucitec, 2004; 269.
- [6] Falcão LF, Ferrez D, Amaral JLG. Atualização das diretrizes de ressuscitação cardiopulmonar de interesse ao anestesiológico. Revista Brasileira de Anestesiologia. set/out 2011; 61(5): 624-640. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942011000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18/11/2012.
- [7] Tallo FS, Moraes RJ, Guimarães HP, Lopes RD, Lopes C. Atuação em reanimação cardiopulmonar: uma revisão para o clínico. Rev. Bras Clin Med. São Paulo, 2012; 10(3): 194-200. Disponível em: files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2891 Acesso em: 23/04/13
- [8] Oliveira RG. Blackbook em pediatria. UFMG. Belo Horizonte- MG, 2008.
- [9] Becaria L Marinilza, Pereira RAM, Contrin LM, *et al*, Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(3):276-282. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>. Acesso em: 02/02/2013.

